

Kreftsykepleie



TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

Sykepleien



TEMA | **Å stå i jobben
som kreftsykepleier**

**ANSVARLIG UTGIVER**

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

REDAKTØR

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

REDAKSJONSUTVALG

Marte Wolden, Åse Grøthe
Elianne Ulsaker og Irene Bjällhag

MEDELSANSVARLIG

Bjørn Arne Holtbråten
holtbraten@hotmail.com
Tlf. 92 81 23 20

ANNONSEANSVARLIG

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

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
faggrupper/kreftskykepleiere

**ANSV. REDAKTØR
SYKEPLEIEN**

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK:

Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO:

Colourbox

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

ANNONSEPRISER

Størrelse	Enkeltannose	Årsavtale*
11/2 side	kr. 12 000	kr. 35 000
1/1 side	kr. 8 000	kr. 25 000
1/2 side	kr. 6 000	kr. 15 000
1/4 side	kr. 4 000	kr. 10 000

* Årsavtale gjelder for 3 utgivelser.
Kontaktperson annonser:
Ellen Rosseland Hansen
ellen.rosseland.hansen@halden.
kommune.no/elrh@halden.net

Innhold

03 - 2016

- 3 Leder:
Mona Grytten
- 5 Redaktør:
Marte Wolden
- 6 Smånytt
- 8 Fra heksedoktor
til kunnskapsbasert
sykepleie
- 14 Hvorfor fortsetter
sykepleiere i yrket?
- 22 Foreslå kandidater
til Årets sykepleier
i kreftomsorg
- 24 Det hjelper å snakke
om døden
- 30 Hvordan jakter vi
på dømmekraft?
- 37 Landskonferansen
i Ålesund
- 40 Søk stipend



8



30



14



Foto: Privat



FAKTA

**Mona
Grytten**

Leder FKS

Alle trenger ros

Jeg tror vi alle av og til har godt av å stoppe opp og tenke over hvordan vi er og kan være i møte med våre medmennesker. Alle trenger ros og omtanke. Det er viktig å bli sett både på jobb og privat. Vi trenger en arena om det er familie, vennegjeng eller arbeidsplassen hvor vi kan gi til fellesskapet og hvor vi blir ivaretatt. Alle trenger ros og anerkjennelse for å føle seg verdsatt.

Viktige saker

FKS teller nå 1668 medlemmer. Vi i hovedstyret har jobbet sammen i snart et år. Hovedstyret arbeider kontinuerlig med saker som vi blir invitert til å uttale oss om. FKS hovedstyre med hjelp fra lokalgruppen i Telemark har nå bidratt i revisjonen av NSF's politiske plattform for folkehelse satsningsområde 3. Vi arbeider med å kartlegge hvor mange kreftsykepleiere som blir utdannet årlig. Videre kartlegger vi hvor mange stillinger i hver kommune som er øremerket kreftsykepleiere og hvor mange som har kreftkoordinatorer og om de er sykepleiere, eller har annen helsefaglig bakgrunn.

Sykepleierkongressen

Siden sist har noen av oss vært på Sykepleierkongressen, tydelig modig stolt er slagordet til NSF. Som leder av FKS ble jeg veldig stolt av å høre

kreftsykepleiere forelese på parallellsesjoner og kreftsykepleiere som deltok på posterutstillingen med flotte posters, og noen fikk pris for posters. Dere er så flinke. Flinker sykepleiere som evner å se at ved å systematisere faget vårt blir sykepleien til pasienten enda bedre. Dette gjelder selvsagt også dere som ikke fikk delta på kongressen og som gjør en fantastisk jobb i møte med pasient og pårørende hver eneste arbeidsdag.

Kompetanse

Legeloven har blitt erstattet av helsepersonelloven. Her er det forsvarlighetskrav som gjelder. Dette har ført til at stadig flere sykepleiere driver egne poliklinikker. Innbefattet i dette er også sykepleiere som arbeider i kreftomsorgen. For å sette dette i system trenger kreftsykepleieren tilstrekkelig kompetanse. Behandlingene som gis er mer og mer krevende. Dette krever kontinuerlig oppdatering av kreftsykepleierens kunnskap. Når kreftsykepleieren har faglig vurderings-, tiltaks-, samhandlings-, og forvaltningskompetanse vil pasienten og pårørende i møte med kreftsykepleier oppleve kvalitet, trygghet og respekt. Våre ledere og vi selv må være villige til å utvikle og bruke sykepleierens kompetanse enda bedre.

Alle fortjener en arbeidsplass preget av glede, respekt, ansvar og mulighet til å påvirke. Da får vi motiverte og engasjerte kreftsykepleiere. ■



Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig? I så fall kan du være heldig å få stipend av NSF's FKS i 2017.

Stipend/prosjektmidler å kr 10 000

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

Vilkår:

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

Søknadsfrist 20. desember 2016

Stipend inntil å kr 5 000

Stipend til deltakelse på konferanser/seminar innen tema kreftomsorg.

Vilkår:

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

Søknadsfrist 20. desember 2016

Slik søker du:

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

Søknad sendes stipendansvarlig i NSF's FKS:
FKS NSF's Faggruppe
v/Signe Øverland
Gauselkneiken 43
4032 Stavanger

Tlf: 48105996

E-post:
signeoverland@gmail.com

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



Illustrasjonsfoto: Colourbox



Foto: Privat

 FAKTA**Marte Wolden**

Ansvarlig redaktør

Meningsfullt å lindre lidelse

Jeg har et minne fra da jeg som nyutdannet sykepleier jobbet som nattevakt på en kreftsengepost. Jeg var på vei hjem etter ei hektisk vakt med et dødsfall og flere øyeblikkeligshjelp-innleggelse. Jeg brukte å gå de tre kilometerne hjem, det var et bevisst valg, for å få tid til å legge ifra meg tanker og opplevelser før jeg skulle hvile og sove.

Vel hjemme møtte jeg en samboer ved frokostbordet. Han klagde over et punktert dekk, og uten forvarsel «sprakk» jeg ut i sinne. «At det gikk an å bære seg over noe så trivielt og ubetydelig som et bilhjul!? I en virkelighet der unge mennesker dør og barn mister sine foreldre?» Han ble selvfølgelig irritert. Det hadde han all grunn til. Og samme kveld var også jeg oppgitt over at bilen hadde punktert, innhentet av hverdagen min, heldigvis.

Tett på mennesker

Sykepleiere i kreftomsorgen jobber med liv og død. Kreftsykepleiere skal ivareta pasienter og pårørende gjennom et ofte komplekst og uforutsigbart sykdomsforløp.

I fagplanene ved videreutdanningene pekes det på at vi har både en helsefremmende, forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende funksjon. Det er et bredt felt. En fellesnevner kan sies å være at de fleste sykepleiere i kreftomsorgen jobber tett på mennesker som er redde for, truet av eller befinner seg midt i

vanskelige livsutfordringer. Livet ER utfordrende når døden truer.

Hvorfor velger noen av oss denne yrkesveien?

Vi som gjør det vet at det gir mening å utøve sykepleie – også i de vanskeligste og tøffe situasjonene. Det gir mening å gi pasienter medisiner som bekjemper kreftsykdom. Det gir mening å bidra til å lindre lidelse. Det gir mening å sørge for at pasienter og pårørende er best mulig informert og forberedt på hva som skal skje. Det gir mening å kunne trøste og være til stede. Det gir mening å jobbe sammen med kollegaer som deler et mål: å hjelpe pasienter og pårørende til å forholde seg til og mestre sykdom og død på best mulig måte.

Felles verdigrunnlag

For å få dette til er det avgjørende at vi jobber ut ifra et felles verdigrunnlag og yrkesetiske retningslinjer. Et verdigrunnlag og retningslinjer som til enhver tid løftes opp, undersøkes, evalueres etterspørres og ved behov tørkes støv av. Vi trenger refleksjon, veiledning og ledelse. Et verdigrunnlag har ingen mening uten at det blåses liv og innhold i det hver dag.

Dette nummeret av tidsskriftet belyser viktigheten av kunnskap, kompetanse og gode støtte-systemer på ulike måter. Jeg håper dere kan dra nytte av disse delte erfaringene og at de kan bidra til at dere finner egne «verktøy» som opprettholder og øker motivasjon og arbeidsglede. ■



Flest kvinner

Utdanningsgapet mellom kvinner og menn øker. Hele 57 prosent av kvinner i alderen 30-39 år har høyere utdanning, viser tall fra SSB. Tilsvarende andel for menn er 39 prosent. Og forskjellen øker; tre av fem studenter ved norske universitet og høyskoler er kvinner.

Kilde: Personal og ledelse



Akseptabel ventetid

Etter at pakkeforløpene for kreft ble innført, er det flere kreftpasienter som synes at ventetiden på første time i sykehus er akseptabel. I tillegg har folk flest fått et bedre inntrykk av tilbudet til denne pasientgruppen, viser en rapport fra Folkehelseinstituttet.



Kilde: Fhi.no

«Et godt smil kommer sjelden alene.» *Dag Evjenth*

Ingen gevinst

Har et moderat alkoholforbruk positiv effekt på helsa? Trolig ikke, viser en studie fra Folkehelseinstituttet. Forskerne undersøkte om det var forskjell i sykefravær mellom tvillinger, der den ene drakk moderat mens den andre drakk lite eller ingenting.

– Hvis det hadde vært en hel-segevinst ved å drikke, ville man forventet at den tvillingen som drakk moderat, hadde lavere sykefravær enn sin ikke-drikkende tvilling. Men slik var det ikke. Tvillinger som drakk moderat hadde ikke lavere sykefravær. Det tyder på at moderat alkoholbruk ikke medfører en reell positiv helseeffekt, sier forsker Kristian Amundsen Østby.

Kilde: fhi.no



Finne en venn

Kjenner du ensomme eldre som kan trenge en venn? Organisasjonen Telefonkontakt for eldre og uføre formidler voksne telefonvenner for en ukentlig «trivselsamtale». En fast telefonvenn kan gi både glede og trygghet og er særlig aktuelt for dem som på grunn av helsesituasjon kommer seg lite ut blant andre. Telefonvennen ringer 15–20 minutter en gang i uka. Tilbudet er landsdekkende, og gratis for brukerne. Organisasjonen og tilbudet har eksistert siden 1971 og er finansiert av Helsedirektoratet

Nettside: www.telefonkontakt.no

Vanligste dødsårsak

I sykehjem og i sju fylker er nå kreft den sykdommen som tar flest liv. I 2015 døde i overkant av 40 000 i Norge. På landsbasis er de hyppigste dødsårsakene fortsatt hjerte- og karsykdommer (28,5 prosent), tett fulgt av kreftsykdommer (27,2 prosent) – men kreft er i ferd med å passere hjerte- og karsykdommer som den hyppigste dødsårsaken i Norge.



Kilde: Fhi.no

Forskningens ABC

Hvordan søker man etter forskningsartikler, hvordan leser man forskning og hvordan skal den vurderes og brukes? Sykepleien har samlet spørsmål og svar i artikkelsamlingen Forskningens ABC. Den kan kjøpes for 49 kroner, fritt tilsendt. Bestill på: redaksjonen@sykepleien.no. Artiklene kan også leses på sykepleien.no/article-themes/forskningens-abc



Tar oftere selvmord

Personer som får kreft før de fyller 25 år, har mer enn dobbelt så stor risiko som andre for å begå selvmord, ifølge en ny norsk studie. Det er fra før gjort studier som viser at voksne kreftpasienter har doblet selvmordsrisiko. Studien som er gjort av forskere i Bergen og Oslo, viser at også barn og unge har mer enn doblet risiko for å begå selvmord, skriver VG.

Forsøksgruppen besto av alle personer født mellom 1965 og 1985. Blant de 1,2 millioner personene ble 5440 diagnostisert med kreft før de fylte 25 år. Av disse begikk 24 selvmord.

Kilde: Forskning.no



Ny medisin mot brystkreft



Den nye medisinen ribociclib har vist seg å ha effekt i behandling av brystkreft. Denne medisinen brukt i kombinasjon med en annen medisin, letrozol, ser ut til å være mer effektiv i kampen for å bremse utviklingen av sykdommen, sammenlignet med å bare bruke letrozol. Det tyder en ny studie i The New England Journal of Medicine på. Studien, som ble finansiert av legemiddelprodusenten Novartis, viste at behandlingen ser ut til å kunne forlenge progresjonsfri overlevelse, altså at kreftsvulsten ikke utvikler seg hos pasientene.

Kilde: Forskning.no



Fra heksedoktor til kunnskapsbasert kreftsykepleie

Å jobbe med palliasjon i Etiopia er helt forskjellig fra i Norge, noe som også påvirker undervisningen av sykepleierstudenter.



FAKTA

Av Inger Utne, Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus

Kjersti Stokke, Fagutviklingssykepleier, Avdeling for kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus

Ellen Grov, professor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus

Våren 2016 dro vi som har skrevet denne artikkelen til Etiopia. Vi har til sammen nok så bred erfaring med å arbeide i andre land og kulturer enn den vestlige, men ingen av oss hadde vært i Etiopia før. Oppdraget vi hadde med oss, var å undervise det første kullet med kreftsykepleiere i symptomlindring og palliasjon gjennom en fjortendagers periode. Blant problemstillingene vi hadde med oss på flyet fra Oslo til Addis Abeba i Etiopia var:

- Hvordan kan norske fagpersoner bidra til å utdanne kreftsykepleiere i et land med helt andre forutsetninger og tradisjoner enn våre egne?
- Er det mulig å overføre de erfaringene vi har fra Norge til et afrikansk land?
- Hvordan skal vestlige fagpersoner – som arbeider innenfor et fag basert helt og fullt på vitenskap – stille seg til den utbredte bruken av tradisjonell medisin som man svært ofte møter i afrikanske land?

Akershus og Black Lion Hospital og Addis Abeba University om å utdanne ti kreftsykepleiere på masternivå. Samarbeidet startet i 2015 og undervisningen fant sted ved universitetet i Addis Abeba, Etiopias hovedstad. Ekspertene med langvarige opphold i ulike utviklingsland vil kanskje umiddelbart grine på nesa over vårt opplegg: Vi skulle være der kort tid, og vi hadde som sagt liten erfaring fra afrikanske land og begrenset innsikt i etiopisk kultur og tradisjoner. Til vårt forsvar må vi likevel si at den innsatsen vi skulle yte, var et lite ledd i en større satsing.

Planen er at to norske kreftsykepleiere skal være permanent i Addis Abeba. Tanken er at disse, sammen med en rekke andre fagpersoner fra Norge, skal bistå i gjennomføringen av studieprogrammet inntil det etiopiske universitetet har utdannet eget personell som kan overta undervisning og veiledning.

«Innsatsen vi skulle yte, var et lite ledd i en større satsing.»

- Hvordan skal man skaffe seg innsikt i en virkelighet som bygger på helt andre tradisjoner og erfaringer enn dem vi er vant med?

Samarbeidsprosjekt

Oppdraget vårt var et ledd i et samarbeid mellom Oslo Universitetssykehus og Høgskolen i Oslo og

Et unntak i Afrika

De første forberedelsene vi gikk i gang med, var de mest elementære; nemlig å lære om landet Etiopia. På de fleste måter er Etiopia et unntak i Afrika. Landet er ikke arabisk/muslimsk, det er heller ikke en del av det vi tradisjonelt forbinder med Afrika sør for Sahara, det som i korthet kalles SSA – Sub Saharan Africa. Etiopia er preget av flere særegenheter: For det første er det et av de eldste kristne land i verden. Allerede på 300-tallet ble kristendommen Etiopias statsreligion, og



FAKTA

Om utdanningen

Siden 2013 har OUS bidratt til å utdanne onkologer i Addis Abeba i Etiopia. Addis Abeba universitetet startet i 2015 også utdanning av kreftsykepleiere på masternivå med bistand fra OUS og Høgskolen i Oslo og Akershus. Det andre kullet på 10-15 studenter ble tatt opp i år. Utdannelsen går over to år og følger en programplan utarbeidet av universitetet i Addis Abeba. Høgskolen i Oslo og Akershus har ansvaret for enkelte deler av denne programplanen. På grunn av uroligheter i Etiopia er OUS og HIOA sitt bidrag lagt på is til dette opphøret.



LÆRERNE: Fra venstre Inger Utne, Kjersti Stokke og Ellen Grov. De har på seg etiopiske sjal som de fikk i gave fra studentene. Foto: Privat

dette har vært med på å prege landets kultur i alle århundrer siden.

Det neste som særpreget Etiopia, er det faktum at landet aldri var kolonisert. På 1880-tallet motstod etiopierne et forsøk fra Italia på å okkupere dem. Italienerne kom tilbake i 1935, men det italienske krigsventyret endte samtidig med at Mussolini-regimet brøt sammen under den andre verdenskrigen.

Disse historiske fakta er viktig av flere grunner: Etiopia var en stat lenge før for eksempel Norge

ord mer enn nok av problemer å stri med, men er langt fra det vi forbinder med et tradisjonelt utviklingsland i Afrika sør for Sahara. Den som kommer til Etiopia uten denne kunnskapen, vil lett trå feil.

Å kjenne nasjonen og kulturen der man skal arbeide, er selvsagt viktig. Enda viktigere er det å kjenne forholdene i faget der man skal arbeide. Før avreisen satte vi oss inn i all den litteraturen vi kom over om kreftforskning og kreftsykepleie. Ved søk i Pubmed-databasen med søkeordene «Ethiopia» and «cancer», fikk vi et innblikk i hva som er publisert om temaet. Vi fikk forståelse for at det finnes få tilbud om behandling til kreftpasienter. Spesielt leste vi med stor interesse om bruk av supplerende og alternativ behandling i kreftomsorgen, palliasjon og livskvalitet, samt at spørreskjemaet EORTC-QLQ-30 var oversatt til det mest brukte språket i Etiopia; amharisk (1-4).

Smerte i ulike kulturer

Som allerede nevnt var vårt oppdrag å undervise i symptomlindring og palliasjon. Med dette som bakteppe skjønte vi at vi hadde behov for mer kunnskap om deres kultur og forståelse av kreftsykdom. Vi valgte helt bevisst å begynne med en inngående diskusjon om den enkelte students erfaring med kulturelle normer tilknyttet smerte. Spørsmålene tok utgangspunkt i en artikkel av Narayan om hvordan kultur påvirker smertevurdering og behandling (5).

Helt konkret stilte vi spørsmål som «Hvordan reagerte omsorgspersoner på at du hadde smerte da du vokste opp?» og «Hvordan reagerte de samme

«Til smertelindring ble spesielt kaffe i ulike former brukt.»

ble samlet til et rike. Landet har en kultur som skriver seg minst et par tusen år tilbake i tiden. Det er med andre ord ikke et land som er blitt til ved at europeiske kolonimakter trakk vilkårlige streker på kartet. Etiopierne oppfatter seg – med rette – som en av verdens eldste og mest avanserte kultur nasjoner, selv om landet i høyeste grad fortsatt må regnes til gruppen av utviklingsland i den tredje verden.

Høy vekst

De siste årene har Etiopia vært en suksesshistorie. I løpet av de siste ti år har vekstraten ligget rett over og rett under ti prosent. Regimet i Addis Abeba er langt ifra det vi kan kalle et parlamentarisk demokrati, og i minst to regioner har separatistbevegelser betydelig vind i seilene. Etiopia har med andre

omsorgspersonene på sine egne smerter?»». Studentene svarte først skriftlig individuelt for deretter å diskutere det i plenum. Det er hevet over enhver tvil at gjennom denne dialogen fikk vi innsikt i en måte å lindre symptomet smerte på som er vesensforskjellig fra vår måte, men på den annen side er det også mulig å finne fellestrekk. Kort fortalt fikk vi forståelse for at det først og fremst er familien som lindrer personens smerte, og i den grad man trengte hjelp fra andre, var det medisinsmannen som ble oppsøkt. Vestlig medisin ble i liten grad benyttet. Til smertelindring ble spesielt kaffe i ulike former brukt, - både kaffe i flytende form som drikke og malt kaffe utrørt i vann brukt som omslag. Utallige urter ble også brukt som smertestillende, både i flytende form og som omslag. Stort sett ble problemet med smerte løst med enkle midler, ikke minst fordi det knapt nok fantes penger til medisiner eller utstyr.

Ved å innlede undervisningen med å diskutere smerte i ulike kulturer fikk vi samtidig et unikt innblikk i det etiopiske samfunnet. Selv om Etiopia har kommet lengre enn de fleste andre afrikanske land når det gjelder livsstandard, lever en stor del av befolkningen i enkle hytter uten innlagt vann og kloakk. Mange har knapt nok tilgang på mat eller på hygieniske artikler som såpe og tannbørste. Gjennom diskusjonen med studentene fikk vi kjennskap til en virkelighet som bygger på helt andre tradisjoner og erfaringer enn dem vi er vant med. Dette var helt nødvendig og verdifullt for oss når vi skulle utforme det videre undervisningsopplegget. Selv om vi hadde forberedt våre undervisningsopplegg før avreise, innså vi fort at vi måtte forandre mye – blant annet det vi tok for gitt. Ikke minst måtte vi ta hensyn til dette når vi snakket om hvordan man kunne forebygge infeksjoner i hjemmet.

Overføring av erfaringer

Et fenomen som er av stor betydning i både kurativ og palliativ kreftbehandling i Vesten, er livskvalitet. Siden undervisningen vi drev i Etiopia hadde som mål å utdanne kreftsykepleiere med mastergrad som er i stand til å kunne lese vitenskapelige artikler og å gjøre et selvstendig metodisk arbeid, valgte vi å bruke livskvalitet som eksempel. Det at et sentralt livskvalitetsinstrument EORTC-QLQ-30 er oversatt til amharisk (se spørreskjemaet på denne siden), gjorde det mulig å vise hvordan

EORTC QLQ-C30 (Amharisk)

ደንበኞች ለጥንቃቄ ስምጥናት ለመስጠት የሚያስፈልገውን ስምጥናት ለመስጠት ይጠቀሙ። ስምጥናት ለመስጠት የሚያስፈልገውን ስምጥናት ለመስጠት ይጠቀሙ።

ስምጥናት ለመስጠት የሚያስፈልገውን ስምጥናት ለመስጠት ይጠቀሙ። ስምጥናት ለመስጠት የሚያስፈልገውን ስምጥናት ለመስጠት ይጠቀሙ።

	ጠቅላይ	ግንዛቤ	ጥንቃቄ	ጥንቃቄ
1. አንድ ሰዓት በጊዜ ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
2. ርቀት ስርዓት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
3. ስለሆኑ ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
4. በመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
5. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4

ሌሎች ስምጥናት

	ጠቅላይ	ግንዛቤ	ጥንቃቄ	ጥንቃቄ
6. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
7. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
8. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
9. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
10. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
11. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
12. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
13. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
14. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
15. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
16. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
17. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
18. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
19. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
20. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
21. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
22. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
23. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
24. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
25. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
26. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
27. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4
28. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ	1	2	3	4

ለጊዜዎቹ ከ 1-7 ካት የድርጅት ዕድሜ ለመስጠት የሚያስፈልገውን ስምጥናት ለመስጠት ይጠቀሙ።

	1	2	3	4	5	6	7
29. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ							
ጠቅላይ ስምጥናት	ጠቅላይ ስምጥናት						
30. ለመቆየት ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ ለማስቀመጥ							
ጠቅላይ ስምጥናት	ጠቅላይ ስምጥናት						

MANGESPRÅK: Etiopia er det mellom 70 og 80 ulike språk og mange folk er analfabeter. Ofte kan ikke pasienter beskrive hva de opplever ved å plassere det på en skala fra 0 til 10. For studentene er det være utfordrende å bruke spørreskjema som ledd i sine masteroppgaver.

livskvalitet blir kartlagt hos den enkelte kreftpasient og hvordan det blir presentert i forskning. To av oss som underviste, har også brukt dette i forskning slik at vi hadde god kjennskap til både instrumentet og begrepet.

For de etiopiske studentene var dette instrumentet nytt, men de hadde erfaring med bruk av andre spørreskjema. Generelt var det slik at spørreskjema på amharisk er en utfordring for mange kreftpasienter i Etiopia ettersom langt fra alle snakker dette språket. I Etiopia er det mellom 70 og 80 ulike språk, og ofte kan ikke sykepleier og pasient kommunisere. I tillegg er det mange pasienter

«Kun ett stråleapparat fungerer i Etiopia.»

som hverken kan lese eller har tallforståelse. Ett eksempel på det siste var at det ofte var vanskelig å be pasienten om å beskrive noe han hadde opplevd ved å plassere det på en skala fra 0 til 10. Dermed var det ikke sjelden at pasienten fikk problemer med å svare på det han ble spurt om. Med andre ord vil det være utfordrende for studentene å bruke spørreskjema som ledd i sine masteroppgaver. På den annen side er det viktig å påpeke at den undervisningen som vi drev hva gjaldt livskvalitet, ble positivt mottatt hos studentene. Dette ikke minst fordi de fikk innsikt i et begrep og et instrument som gjør dem bedre i stand til å lese forskning.

Palliasjon

Universitetet har en programplan med emner og temaområder som er inspirert av og skrevet etter mal fra vestlige mastergrader i kreftsykepleie. Denne planen kunne vi forholde oss greit til. Utfordringen var å overføre emner og tema slik at de etiopiske studentene kunne dra nytte av kunnskapen. Vi visste at 90 % av pasientene som kom til universitetssykehuset Black Lion, døde kort tid etter. Hver dag så vi dem i og utenfor sykehuset. Kreftpasientene vendte seg til sykehuset og den vestlige behandlingsmåten altfor sent i sykdomsforløpet. Undervisningen måtte derfor gjenspeile virkeligheten. Lindrende behandling og omsorg, palliasjon, var følgelig helt sentralt i vår undervisning.

Heldigvis favner palliasjon en helhetstenkning med omsorg og oppfølging av både pasient og pårø-

rende – så slik sett nådde vi fram med budskapet om den internasjonale forståelsen av palliasjon. Denne tilnærmingen var samstemt med hva studentene kjente igjen. Men metodene vi arbeider etter, er ulike i Etiopia sammenliknet med den vestlige verden hvor vi har alle mulige hjelpemidler, legemidler og kompetanse. I Etiopia har de fellesskapet, familien, ønsket om å hjelpe og være tilgjengelig – men lite kunnskap om kreft, om behandlingsstrategier og om medikamentell symptomlindring. Dessuten er det mangel på kjemoterapi, strålebehandling og legemidler av ulik art som vi bruker for å lindre de fleste symptomer.

Kun ett stråleapparat fungerer i Etiopia, og det står plassert på Black Lion sykehuset. Helsepersonellet bruker det de har av kjemoterapi, ofte cisplatin, og når det gjelder smertestillende, er det NSAIDs og opiodier som er tilgjengelig. Studentene fortalte at pasientene som kommer til sykehuset, er så smertepreget at de oftest bruker opioider til smertelindring som første tiltak. Verdens helseorganisasjons smertetrapp har i så måte bare ett trinn i den forstand at dersom det gis opioider, opphører bruk av NSAIDs. Vi diskuterte derfor bruken av smertestillende legemidler både for å lindre smerter fra perifert og sentralt nervesystem, videre hvordan inntrykk og angst kan påvirke smerte, og at kvalme og obstipasjon ofte lager symptomknipper ved smerte.

I dialogen med studentene var vi heldige å være tre sykepleiere som til sammen hadde bred forskningskunnskap og samtidig erfaringsbakgrunn. Evalueringen fra studentenes side viste at denne vekslingen mellom klinisk erfaring og oppdatert forskning var berikende for studentene. For oss var den også berikende. Denne læringen kan tilføre våre norske studenter ny kunnskap, forståelse for verdivalg og dilemma som vi ikke hadde kunnet dele uten selv å ha opplevd møtet med de etiopiske studentene.

I løpet av vårt opphold fant vi få fellestrekk mellom våre kulturer i forståelsen av lindring og ivaretagelse av pasienten. Siden mange kreftpasienter hadde forsøkt tradisjonell medisin før de kommer til sykehuset for behandling, var de svært dårlige når kreftsykepleierne møtte dem. Kreftsykepleiere i den lokale helsetjenesten, var rett og slett ikke prioritert. Den var kort og godt fraværende.

Når så kreftpasientene kom hjem etter eventuell behandling på sykehuset, var det heller ingen til å følge



1. ENKLE KÅR: Bildet er tatt i et boligområde i Addis Abeba.
Foto: Kjersti Stokke

2. DYKTIGE: Studentene ved sykepleierutdanningen var meget motiverte. Foto: Kjersti Stokke

3. MATERIELL: Slik så en av øvingspostene ut. Foto: Kjersti Stokke



dem opp. Da var det familien som stilte opp, utførte praktiske oppgaver og tilrettela for den som er syk.

Det er også slik at når døden nærmer seg, er det familien hjemme som bidrar. Mange av studentene fortalte at det på landsbygda i Etiopia ikke er tilgang til helsepersonell for å lindre pasientens symptomer, følge opp pårørendes situasjon og etterstrebe optimal livskvalitet.

Våre refleksjoner om konsekvensen av mangelfullt utbygd helsevesen motiverer spesielt til å utdanne mange kreftsykepleiere – både til arbeid i sykehus, men ikke minst til oppfølging i distriktene. Det trengs informasjon om kreft, om evidensbasert, effektiv behandling og behandlingsmuligheter lokalt. Kreftsykepleiere som blir utdannet fra universitetet i Addis Abeba, vil arbeide spesielt med å dele kompetanse til kolleger, undervise pasienter og pårørende, spre informasjon og organisere tjenesten, i tillegg til pasientnær behandling og oppfølging. ■

Referanser:

1. Ayana BA, Negash S, Yusuf L, Tigeneh W, Haile D. Reliability and Validity of Amharic Version of EORTC QLQ-C 30 Questionnaire among Gynecological Cancer Patients in Ethiopia. *PLoS one*. 2016;11(6):e0157359. Epub 2016/06/16. doi: 10.1371/journal.pone.0157359. PubMed PMID: 27304066; PMCID: PMC4909272.
2. Erku DA. Complementary and Alternative Medicine Use and Its Association with Quality of Life among Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2016;2016:2809875. Epub 2016/07/20. doi: 10.1155/2016/2809875. PubMed PMID: 27433182; PMCID: PMC4940514.
3. Lakew S, Musema H, Shimeles T, Challinor J. Assessment of knowledge, accessibility and utilization of palliative care services among adult cancer patients at Tikur Anbesa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2014: a cross-sectional institution based study. *BMC research notes*. 2015;8:657. Epub 2015/11/10. doi: 10.1186/s13104-015-1630-x. PubMed PMID: 26547548; PMCID: PMC4636827.
4. Smyth D. Politics and palliative care: Ethiopia. *International journal of palliative nursing*. 2016;22(7):362. Epub 2016/07/23. doi: 10.12968/ijpn.2016.22.7.362. PubMed PMID: 27444166.
5. Narayan MC. Culture's effects on pain assessment and management. *The American journal of nursing*. 2010;110(4):38-47; quiz 8-9. Epub 2010/03/26. doi: 10.1097/01.NAJ.0000370157.33223.6d. PubMed PMID: 20335689.



Hvorfor fortsetter sykepleiere i yrket?

Ønsket om å gjøre noe godt for både pasientene og seg selv, er noe av drivkraften til sykepleiere som blir værende i yrket.

FAKTA

Av Margareth Kristoffersen, Førsteamanuensis, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

Innledning

Stor sykepleiermangel gjør det nødvendig å sikre søkere til sykepleierutdanningen, og at allerede utdannede sykepleiere fortsetter i yrket (1,2). Sykepleiermangelen er vanskelig å kvantifisere og varierer i omfang, men gir store utfordringer i helsetjenesten. Endringer i samfunnet, i form av demografisk utvikling, sykdomspanorama, medisinsk og teknologisk utvikling, gjør at etterspørselen etter helsetjenester antas å øke betydelig. Samtidig forventes morgendagens pasienter å ha andre behov og problemer enn i dag (3). Pasienters mulighet til å opprettholde eller forbedre egen helse og sikkerhet henger sammen med antall tilgjengelige sykepleiere (4,5).

Sykepleiere ivaretar en samfunnsnyttig oppgave, og helsetjenesten kan ikke fungere uten deres bidrag. Helsefremming og forebygging av helsesvikt er en av sykepleiernes viktigste oppgaver (6). Helsetjenesten har gjennomgått en utvikling som gjør at sykepleiere også må forholde seg til eksterne krav om kvalitet. Den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten krever at faglig praksis

«De får mer enn de selv har gitt.»

skal være kvalitetssikret i samsvar med oppdatert kunnskap for god og kostnadseffektiv praksis (2,7).

Det er derfor viktig å skape kunnskap om hvorfor sykepleiere prioriterer å fortsette i yrket, og at dette blir gjort ut fra de tanker sykepleiere har relatert til hverdagslige erfaringer med å utøve sykepleie. Mer spesifikt kan det å fortolke sykepleieres livsforståelse

kaste lys over og utdype det som kjennetegner deres tanker knyttet til det å fortsette i yrket.

Hensikt

Artikkelens hensikt er å diskutere hvordan sykepleieres livsforståelse kan bidra til å forstå hvorfor sykepleiere prioriterer å fortsette i yrket.

Artikkelen begynner med å introdusere hva som menes med livsforståelse. Introduksjonen bygger på tenkning hos den tyske filosofen Wilhelm Dilthey (8), den kanadiske filosofen Charles Taylor (9,10) og den danske filosofen og teologen Knud E. Løgstrup (11).

Etter introduksjonen følger eksempler på fortolket empirisk materiale fra min doktorgradsavhandling der problemstillingen var: Hva er det som er av betydning for å fortsette i sykepleien? (12). I denne artikkelen vektlegger jeg å beskrive avhandlingens hovedtema. Tre hovedtema ble formulert: «Tinder sykepleiere strekker seg etter for å nå», «Kneiker sykepleiere må holde ut for å komme lenger» og «Sikringer sykepleiere benytter i pleien av syke». Disse er basert på sykepleieres utsagn slik de framkom i intervjuene og ble analysert fram gjennom en refleksjonsprosess knyttet til avhandlingens problemstilling og fortolkningsrammeverk. Det sykepleierne selv snakket om som er viktig for å fortsette, ble fortolket.

Fordi denne artikkelen ikke rapporterer en empirisk studie, er forutsetninger for analysen av det empiriske materialet i den originale studien nedtonet. I Kristoffersen (12) gis en fullstendig beskrivelse av studiens kvalitative og hermeneutiske forskningsdesign. Her er det likevel relevant å si at data bestod av kvalitative intervjuer og kvalitative oppfølgingsintervjuer. Oppfølgingsintervju ble utført



MOTIVERENDE: Sykepleiere ønsker å hjelpe pasientene, og synes det er hyggelig å få anerkjennelse. Illustrasjonsfoto: Colourbox

for å utdype ytterligere det allerede fortalte. Det ble totalt gjennomført 27 intervjuer. Deltakerne var 13 sykepleiere med variert jobberfaring fra somatisk og psykiatrisk førstelinje- og andrelinjehelsetjeneste, i og utenfor institusjon. Deltakeren med kortest yrkeserfaring har arbeidet drøyt to år i yrket, de andre fra 10 til 40 år. Flere av deltakerne har arbeidet ca. 10 år eller mer på samme arbeidssted. Stilingsprosenten har gjennomgående vært 100% eller henimot 100%.

Hva er livsforståelse?

Livsforståelse kan beskrives på ulike måter. Dilthey (8) relaterer livsforståelse til tanker om livet og menneskets eksistensielle situasjon. Mer konkret er livsforståelse bygget på tanker om hva som er kilder i livet, hva som er verdier og hva som er goder. Livsforståelse er oppfattet som et fenomen som strekker seg utover skarpe skiller mellom filosofi og religion. Det vil si at det kan knyttes til et universelt, eller alminnelig grunnlag som kan relateres til ethvert menneske.

Det sentrale er at en forståelse av livet bidrar til å konstituere livets innhold (8-11), noe som betyr at livsforståelse er innvevd i menneskets forståelse av seg selv (9,10). Dette innbefatter at menneskets livsforståelse kan fungere som et ståsted. Forståelse av livet, hva som er verdier og goder, handler om mer enn hva enkeltmennesket tilfeldigvis måtte tenke og føle. Det er et ståsted mennesket vurderer,

«Livsforståelse bygger på livserfaringer.»

bedømmer og avgjør ut fra (9,10). Livsforståelse gir da bakgrunn for våre moralske vurderinger og valg. Dilthey vektlegger at livsforståelse som fungerer som et ståsted kan være «an inner force» (8, s.71). Mer konkret impliserer dette at forståelse av livet kan inspirere mennesket til handling og gi styrke og utholdenhet i handling for å kunne leve et godt liv.

Ulike former for livsforståelse kan fungere som ståsted. Løgstrup (11) understreker imidlertid viktigheten av ikke å betrakte livsforståelse som fast og gjort til en absolutt størrelse som gir livet innhold, mens det i realiteten forholder seg omvendt. Det vil si at livsforståelsen får for mye å si over livet, uten at det i tilstrekkelig grad blir tatt hensyn til livet slik det ytrer seg i praksis. Det er alltid enkeltmennesket

selv som fritt avgjør hva som skal være innhold i egen livsforståelse.

Å ha som utgangspunkt at livsforståelse er en bidragsyter til å konstituere livets innhold, innebærer ikke at innholdet dreier seg om bare rent personlige preferanser. Livsforståelse finnes også kollektivt i fellesskap og samfunn. Det vil si at livsforståelse oppstår i spenningen mellom den enkeltes refleksjoner og den mer generelle refleksjonen over livet som finnes i språklige, kulturelle og samfunnsmessige ressurser utviklet gjennom tidene (9,10). Taylor (9,10) sier at slike ressurser inngår på en slik måte at i løpet av livet kan en klarere og mer bevisst forståelse av livet utvikle seg. Dette betyr at livsforståelse bygger på livserfaringer.

Eksempler på empirisk materiale som viser hvorfor sykepleiere fortsetter i yrket

I det følgende presenteres eksempler fra avhandlingens tre hovedtema (12).

Tinder sykepleiere strekker seg etter for å nå

Første hovedtema i Kristoffersen (12) viser hva sykepleiere synes er verdt å strebe etter i utøvelse av sykepleie. Det vil si det sykepleiere helst vil se realisert i praksis og som er uttrykt i deres ambisjoner.

Intervjuene med sykepleiere avdekker en forhåpning om at livet skal bli bedre for pasienten. Dette kan bli forstått som en tind de strekker seg etter for å nå. Forhåpningen nedfeller seg i utøvelse av sykepleie, knyttet til at pasientens sykdom sporer til handling. Det innebærer at sykepleiere blir utfordret og merker en indre drivkraft til å handle. Det kommer også fram i intervjuene hvordan sykepleiere viser seg urokkelige i sitt ønske om å hjelpe. At de er urokkelige er ikke ment som en personkarakteristikk, eller at sykepleiere er mennesker som er ubevegelige eller aldri gir seg i utøvelsen av sykepleie. Heller at hjelpen karakteriseres som noe som er forankret i et urokkelig ønske. Dette fordi det har å gjøre med en styrke og utholdenhet til å fortsette å utøve sykepleie og hjelpe pasienten til å få det bedre.

Videre avdekker intervjuene at sykepleiere har et ønske om å foredle seg selv som menneske. Dette ønsket kan også bli forstått som en tind de strekker seg etter for å nå. Ønsket nedfeller seg i utøvelse av sykepleie i form av at sykepleiere blir gitt og tar imot anerkjennelse fra pasienter og fra seg selv. Anerkjennelsen ytrer seg i form av vennlige ord og kroppsspråk



som gjør godt. Intervjuene viser videre at anerkjennelsen medfører at sykepleiere merker en tilfredsstillende selv. De uttrykker at de får mer enn det de selv har gitt. Som en konsekvens spør de seg selv om utøvelse av sykepleie har å gjøre med noe selvisk, eller egoistisk. Det vil si en egenkjærlighet som involverer et ønske om å utvikle seg som et klokere og mer fornøyd menneske, og også en dyktigere sykepleier.

Kneiker sykepleiere må holde ut for å komme lenger

Andre hovedtema i Kristoffersen (12) viser hva sykepleiere synes er krevende underveis mot det de strekker seg etter for å nå. Det krevende er med andre ord kneiker som gir motbør eller yter motstand, og representerer dermed belastninger eller stress. Hvis sykepleiere likevel holder ut, står i kneikene og kommer lenger, kan det bli mulig å nå det etterstrebellesverdige i pleien av syke.

Intervjuene med sykepleiere avdekker at sykepleiere blir skremt, men ikke lar seg skremme bort i møte med sykdom. Dette kan bli forstått

som en kneik sykepleiere må holde ut for å komme lenger. Sykepleiere får sterke inntrykk i møte med sykepleien. Inntrykkene er knyttet til situasjoner sykepleiere må forholde seg til, er av ulike slag, arter seg på ulikt vis og kan ha en mer eller mindre skremmende karakter. Det er aldri mulig å beskytte seg helt mot sterke inntrykk. Det skyldes at pasienter kan befinne seg i akutte og kritiske situasjoner, eller lever med kroniske og livslange sykdommer. Å forvente så mye tilbake fra pasienter som er så syke, kan være urealistisk. Inntrykkene gjør noe med sykepleiere, deres tanker og følelser. De undrer seg over hvor mye hardt arbeid det er mulig å tåle. Dette merkes særlig når sykepleiere er trøtte og befinner seg i en utsatt situasjon, kjenner ansvar og det oppleves vanskelig å skille mellom hva som er godt, mindre godt eller vondt i livet.

Intervjuene avdekker også at sykepleiere må holde ut ekstra byrder som kan komme i kollegialt fellesskap. Dette kan bli forstått som en kneik sykepleiere må holde ut. Byrder i kollegialt fellesskap kommer

PÅKJENNING: Sterke inntrykk gjør noe med sykepleiere, deres tanker og følelser. De undrer seg over hvor mye hardt arbeid det er mulig å tåle. Illustrasjonsfoto: Colourbox



på toppen av krevende og komplekse situasjoner som oppstår i forbindelse med pleien av syke. Disse byrderne er mer konkret knyttet til samarbeid og samspill med leder og kolleger.

Videre kommer det fram i intervjuene at sykepleiere må holde ut samfunnsrelatert bryderi i pleien av syke. Dette er også en kneik sykepleiere må holde ut for å komme lenger. Slikt bryderi er kontekstuelle betingelser som lite tilfredsstillende bemanning, økte effektivitetskrav og brukerperspektivet. Dette fører ofte til at sykepleiere må argumentere for å forsikre seg om at sykepleien er holdbar. Det innebærer at sykepleiere stadig må søke svar på om sykepleien er faglig og moralsk holdbar, gjennom å stille spørsmål om hva som kan eller må prioriteres i sykepleieutøvelsen.

FELLESSKAP:

Gode kolleger er en medvirkende årsak til at sykepleiere blir værende i yrket. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Sikringer sykepleiere benytter i pleien av syke

Tredje hovedtema i Kristoffersen (12) viser tanker sykepleiere har om ulike former for trygginger eller forvissinger. Det vil si ulike handlingsalternativ sykepleiere har. Dette kan være forestillinger,

erfaringer eller tiltak sykepleiere har tilgang til og benytter. Disse er en nødvendig forutsetning for å kunne strekke seg etter å nå tinder, men også for å kunne holde ut i kneikene underveis mot tindene. Det betyr at sikringer gjør det mulig å balansere mellom tinder og kneiker.

Intervju med sykepleiere avdekker at ulike hendelser i livet kan gi ballast senere. Med hendelser menes forhold eller erfaringer som er mer eller mindre gode. De kan likevel fungere som en sikring sykepleiere benytter i pleien av syke. Det er hendelser som har skjedd, og som sykepleiere har måttet forholde seg til. I sin tur gir hendelsene forutsetninger for sykepleieres livsvalg, herunder valg av yrke.

Intervju viser videre at sykepleiere har gjort seg fortrolig med at en selv bare er et menneske og at livet er større. Det innebærer at sykepleiere har ulike forestillinger om mennesket og livet. Disse bidrar til å forstå sykepleien og egne begrensinger som sykepleier, og kan derfor bli forstått som en sikring.

Intervju avdekker at sykepleiere opplever mye glede. Gleden er en mer varig tilstand sykepleiere befinner seg i, men de har også enkeltstunder med intens glede, særlig i samvær med pasienter. Det kommer også fram at sykepleiere har tilflukt i sine egne interesser, noe som innebærer å ha trygge holdepunkter i livet og ha funnet fram til hva som gir viktig atspredelse i fritiden. Sykepleiere benytter i tillegg de rike mulighetene sykepleien gir til trivsel og alternative karrieremuligheter. Det fører til utvikling, både faglig og menneskelig. Alt dette bidrar til at sykepleiere er trygge og tåler mye. Det kan dermed bli forstått som sikringer sykepleiere benytter i pleien av syke.

Intervju viser at sykepleiere er robuste og lite vaklende, og dette vet de om selv. Likevel er de ikke upåvirkelige eller ufølsomme for det som skjer, men lar seg berøre av pasienters situasjon. En slik oppfatning av egen kompetanse kan bli forstått som en sikring sykepleiere benytter fordi det har ulike positive konsekvenser for sykepleiere selv, pasienter og samfunn. Selv om sykepleiere er trygge og tåler mye, benytter de seg av et støttende kollegialt fellesskap. Et gjensidig berikende kollegialt fellesskap betyr mye og kolleger hjelper hverandre i sykepleieutøvelsen.

Å tematisere sykepleieres livsforståelse – et bidrag til å forstå prioriteringen om å fortsette i yrket?

Intervju med sykepleiere avdekket at sykepleiere har en forhåpning om at livet skal bli bedre for pasienten og et ønske om å foredle seg selv som menneske



(12). Slike moralske forestillinger ble forstått i Kristoffersen (12) som et uttrykk for tinder sykepleiere strekker seg etter for å nå. Mer overordnet ble dette formulert som at sykepleiere vil medvirke til å skape noe godt i livsbetingelsene for pasienter, fordi de da skaper noe godt for seg selv. Sett ut fra Taylor (9,10) kan det å ville medvirke til å skape noe godt i livsbetingelsene for pasienter, fordi sykepleiere da skaper noe godt for seg selv, bli forstått som noe som driver og noe som bærer sykepleiere framover i utøvelsen av sykepleie. Sykepleieres synes å bygge på moralske forestillinger som handler om å strebe etter noe godt på pasienters og egne vegne relatert til muligheter i livet. Det betyr at slike forestillinger ikke bare gir noe å strekke seg etter i pleien av syke, men også gir et grunnlag for styrke og utholdenhet i handling. De bidrar til å konstituere livets innhold. Prioriteringen om å fortsette i yrket kan da bli forstått som virkeliggjøring av moralske forestillinger en som sykepleier identifiserer seg med og gjerne vil realisere knyttet til sykepleieutøvelsen (12,14). Sykepleieres livsforståelse fungerer som en meningsskapende forståelseshorison som omgir og gir forutsetninger for deres utøvelse av sykepleie. Forståelsen som nedfeller seg i pleien av syke har å gjøre med preferanser knyttet til hva som er verdier, hva som er goder og hvordan leve et godt liv (12,8). Dette er et grunnlag sykepleiere vurderer og avgjør sine livsvalg ut fra. Å fortsette, kan da bli forstått som noe mer enn hva sykepleiere tilfeldigvis måtte tenke og føle.

Et argument som støtter at det å ville medvirke til å skape noe godt i pasienters livsbetingelser er viktig for å fortsette i yrket, er at forestillingen kan bli forstått som et uttrykk for det å ville hjelpe andre. Forstått som en forestilling rettet mot andre, kan forhåpningen om at livet skal bli bedre for pasienten relateres til språklige, kulturelle og sosiale ressurser innen rammen av sykepleiefaget. Nortvedt (15,16) hevder at pasienten og pleie av den syke er grunnleggende for sykepleiere og det aller viktigste i analysen av sykepleiens grunnlag. Grunnlaget gir innsikter i hvordan det er å være sykepleier og har vært involvert i sykepleie i uminnelige tider. At sykepleiere praktiserer forestillinger om å ville hjelpe pasienten, støttes av tidligere forskning nasjonalt (17,18), og internasjonalt (19,20). Intervju med sykepleiere i Kristoffersen (12) bekrefter at forestillingen om å hjelpe andre fremdeles står sentralt i utøvelsen av sykepleie. Den kan i tillegg være godt befestet

som en motivasjonell faktor for prioriteringen om å fortsette i yrket. Det vil si som en ressurs med relevans for det som er viktig i livet.

Det er særlig interessant å løfte fram at sykepleiere fortsetter i yrket fordi de vil skape noe godt for seg selv. At sykepleiere fortsetter i yrket fordi de har et ønske om å foredle seg selv som menneske, betyr at mer egenrettede moralske forestillinger påvirker prioriteringen om å fortsette. Hensynet til seg selv som sykepleier og det å ville ha noe igjen selv, synes å være grunnleggende viktig. Forstått som et uttrykk for hva sykepleiere trenger for egen del, kan et ønske om å foredle seg selv som menneske også relateres til språklige, kulturelle og sosiale ressurser innen rammen av sykepleiefaget. Profesjonaliseringen av yrket medførte et bredere gjennomslag for mer egenrettede forestillinger, og at det ble en større åpenhet for forestillinger som selvstendighet og frihet (21). Intervju med sykepleiere i Kristoffersen (12) avdekket at sykepleiere synes å ha grepet dette. Mer egenrettede forestillinger nedfelte seg

«Et gjensidig berikende kollegialt fellesskap betyr mye.»

i deres utøvelse av sykepleie. Sykepleiere framstår dermed ikke som rent andrerettede, og andrerettede forestillinger har ikke en enerådende plass i praksis. At sykepleiere praktiserer mer egenrettede forestillinger, er bekreftet tidligere i forskning nasjonalt (18,22), og internasjonalt (23,24). Det er imidlertid verdt å legge merke til at forestillinger om å ville skape noe godt for seg selv, synes å være en bakenforliggende motivasjonell faktor for prioriteringen om å fortsette i yrket (12).

Videre har det relevans å fremheve hvordan ulike livsbetingelser relatert til mennesket selv, samfunn og fellesskap påvirker mulighetene sykepleiere har til å skape noe godt for pasienter og seg selv. Intervju med sykepleiere i Kristoffersen (12) avdekket at sykepleiere må holde ut kneiker for å komme lenger. Kneikene involverer at sykepleiere blir skremt, men ikke lar seg skremme bort. Sykepleiere mottar sterke inntrykk i møte med pasienters sykdom og holder ut hardt arbeid. I tillegg har de byrder i kollegialt fellesskap og ekstra bryderi knyttet til samfunnsrelaterte kontekstuelle betingelser. Dette medfører at sykepleiere ofte «kommer i skvis» når de må balan-





sere mellom tinder de strekker seg etter for å nå. Forhåpningen om å gjøre livet bedre for pasienten og ønsket om å foredle seg selv som menneske balanseres mellom kneikene de må holde ut for å komme lenger. Det er krevende å strekke seg etter tinder, for å nå disse. Sykepleieres livsbetingelser kan bli forskjøvet i retning av noe mindre godt.

«Sykepleiere opplever mye glede.»

Slike endringer medfører ofte utvikling av et usikkert ståsted og en trusselfølelse. Livsbetingelsene kan med andre ord ha en hemmende virkning relatert til det som er viktig for å fortsette i yrket. Det har også kommet fram i annen forskning at ulike dimensjoner som karakteristika ved leder, organisasjon, sykepleieren selv og arbeidet, er påvirkende motivasjonelle faktorer (26-29).

Når livsbetingelsene medfører at sykepleiere må balansere mellom kontraster i pleien av syke, mellom

tinder og kneiker, kan konsekvensen være at det i praksis er vanskelig å skape noe godt for pasienten og seg selv (12,14,25). Intervju med sykepleiere i Kristoffersen (12) avdekket at de har erfaringer med at livet inneholder kontraster. Det kom fram at de gode livsbetingelser synes å bli tillagt størst vekt, samtidig med en forståelse av at livet også er forbundet med mindre gode livsbetingelser. Det er dette som gjør at sykepleiere kan være avhengig av å ha en forståelse av livet som fungerer som en sikring i utøvelsen av sykepleie.

Mer overordnet ble det i Kristoffersen (12) derfor formulert at sykepleiere fortsetter i yrket fordi de stadig fordyper og utvider sin forståelse av livet. Sett ut fra Taylor (9,10) kan livsforståelse bli forstått som innvevd i sykepleieres forståelse av seg selv. Det er i denne forstand at livsforståelse fungerer som et ståsted som kan ha avgjørende betydning for å fortsette i yrket. Sykepleieres ståsted synes å implisere å ha vurdert og tatt stilling til livet som godt og som vondt. Det vil si å ha et mest mulig avklart forhold til sin forståelse av livet, hva som er etterstrebellesverdige og også erfaringer med ulike livsbetingelser.

NY ENERGI: Trivelige aktiviteter på fritiden kan gi energi til å takle utfordringer på jobb. Illustrasjonsfoto: Colourbox



Skulle forestillinger som å ville medvirke til å skape noe godt derimot gå tapt for sykepleiere, kan konsekvensen være tap av en forståelseshorisont som fungerer meningssskapende relatert til å fortsette i yrket. Dette kan skje dersom relasjoner ikke innfrir sykepleieres forventninger til yrket. Da kan det også bli vanskeligere å balansere mellom kontraster i pleien av syke: Tinder sykepleiere strekker seg etter for å nå, og kneiker de må holde ut for å komme lenger. Hensynet til pasienten, kolleger eller samfunnsrelaterte kontekstuelle betingelser kan ikke være det eneste hensynet sykepleiere da tar. De må også ta hensyn til seg selv. Unnlater sykepleiere dette, kan det bli vanskelig å vite hvorfor en som sykepleier skal fortsette i yrket. Viktigheten av dette poenget kan kanskje ikke understrekes nok. Særlig tatt i betraktning av at pasienters mulighet til å opprettholde eller forbedre egen helse og sikkerhet henger sammen med antall tilgjengelige sykepleiere og deres kompetanse (4,5).

Konklusjon

Det er ikke enkelt å forstå hva som gjør at sykepleiere faktisk fortsetter i yrket, og det som er viktig for å fortsette er mulig å forstå på ulike måter. Jeg har satt søkelyset på livsforståelsens betydning. Til tross for at sykepleiere ikke er moralfilosofer, synes livsforståelse å ha en spesiell funksjon relatert til et annet bestemt formål enn et allmennmenneskelig, nemlig utøvelse av sykepleie. Det er relatert til at hva slags livsforståelse en som sykepleier har, kan være avgjørende for prioriteringen om å fortsette i yrket.

For sykepleiere kan en viktig implikasjon av dette være å vektlegge det å fordype og utvide sin forståelse av livet relatert til sykepleieutøvelsen. Det kan tjene som en viktig ressurs for det å fortsette i yrket. En travel hverdag til tross, kan det være avgjørende å ta seg tid til refleksjon og diskusjon knyttet til egne hverdagslige erfaringer. Yrket krever sykepleiere som evner å pløye dypt i spørsmål om livet. Utøvd sykepleie kan ikke gjøres om igjen og dens konsekvenser ikke alltid slettes ut. Kvaliteten på sykepleie er da avhengig av sykepleieren og kapasiteten sykepleieren har.

For organisasjon og ledelse er en viktig implikasjon at sykepleiere behøver tilrettelegging av tid og rom for tematisering av egen livsforståelse nært knyttet til sykepleieutøvelsen, for i sin tur å kunne handle ut fra den innsikten som kommer ut. ■

Referanser:

1. Chan ZCY, Tam WS, Lung MKY, et al. A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *J Nurs Man* 2013;21:605–613.
2. ICN/FNIF. The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention. Geneva: International Council of Nurses, 2006.
3. Samhandlingsreformen. (St.meld. nr. 47 2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
4. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet* 2014;9931: 1824–1830.
5. Cho S-H, Kim Y-S, Yeon KN, et al. Effects on increasing nursing staff on missed nursing care. *Intern nurs rev* 2015; 62(2):267-274.
6. Henderson V. Sykepleiens grunnprinsipper. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 1961.
7. Christensen T, Lægred P. Reform og lederskap. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
8. Dilthey W. The Essence of Philosophy. Chapel Hill: The University of North Carolina, 1956.
9. Taylor C. Human Agency and Language. Cambridge: University Press, 1999.
10. Taylor C. Sources of the Self. The Making of the Modern Identity. Cambridge: University Press, 1989.
11. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1991.
12. Kristoffersen M. Strekke seg mot tinder, stå i kneiker: Om å fortsette i sykepleien. En studie av livsforståelsens betydning for sykepleieres utøvelse av sykepleie. Doktorgradsavhandling. Stavanger: Universitet i Stavanger, 2013.
13. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J of Car Sci* 2004;18(2), 145-153.
14. Kristoffersen M, Friberg F. The nursing discipline and self-realization. *Nurs Ethics* 2015;22(6):723-733.
15. Nortvedt P. Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
16. Nortvedt P. Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
17. Forbæch Vinje H. Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2007.
18. Tveit B. Ny ungdom i gammelt yrke. Doktorgradsavhandling. Oslo: Høgskolen i Oslo, 2008.
19. Horton K., Tschudin, V., & Forget, A. The Value of Nursing: A Literature Review. *Nurs Ethics* 2007; 14(6), 716-740.
20. Lindh IB. Moral responsibility in the light of nursing practice. Doktorgradsavhandling.; Stavanger: Universitet i Stavanger, 2010.
21. Melby K. Kall og kamp. Oslo: NSF og Cappelens Forlag, 1990.
22. Rognstad MK. Nursing students motivation and socialization. A prospective, unbalanced cohort study of nursing students from study time into working-life. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2006.
23. Dahlqvist V, Söderberg A, Norberg A. Dealing with stress: Patterns of self-comfort among healthcare students. *Nurs Edu Today* 2008;28(4):476-484.
24. Gardulf, A, Orton ML, Eriksson LE, m.fl. Factors of importance for work satisfaction among nurses in a university hospital in Sweden. *Scand J Car Sci* 2008;22(2):151-160.
25. Kristoffersen, M, Friberg, F. Relationship-based nursing care and destructive demands. *Nurs Ethics* 2016, Doi:10.1177/0969733015623097, 1-12.
26. Brewer CS, Kovner CT, Greene W, et al. Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *J Adv Nurs* 2012;68(3):521-538.
27. Gilmartin M. Thirty years of nursing turnover research: looking back to move forward. *Med Care research and Review* 2012;7(1):3-28.
28. Carter MR, Tourangeau AE. Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *J Adv Nurs* 2012;68(7):1589-1600.
29. Cowden TL, Cummings GG. Nursing theory and concept development: a theoretical model of clinical nurses' intentions to stay in their current positions. *J Adv Nurs* 2012;68(7):1646-1657.



Foreslå kandidater til Årets sykepleier i kreftomsorg

Hvert år deler Forum for kreftsykepleie (FKS) ut pris til en sykepleier som utmerker seg spesielt i kreftomsorgen.



Forum for kreftsykepleie oppfordrer sine medlemmer og lesere av tidsskriftet Kreftsykepleie til å sende inn forslag på en sykepleier som har gjort en spesiell innsats innenfor fagfeltet.

Hvem kan bli nominert:

- Vedkommende arbeider innen kliniske sykepleie, fagutvikling eller forskning.
- Vedkommende gjør en innsats som utmerker seg - overfor pasienter med kreftsykdom, pårørende eller overfor kolleger.

Send kandidatens navn, arbeidssted, telefonnummer samt begrunnelse for nomineringen til:

FKS NSF's faggruppe
v/ Lillian Rolfsen Grønsund
Lyngveien 16, 4400 Flekkefjord
Telefon: 41695892
E-post: lillian@norgespost.no
Frist: 1. september 2017



*– Vi forbedrer,
forlenger og
redder liv*

Novartis Norge AS – Postboks 237 Økern – 0510 Oslo
Tlf. 23 05 20 00 Fax. 23 05 20 01 www.novartis.no

Lær mer om nevroendokrin kreft på en enkel måte



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

Utviklet for sykepleiere som pleier pasienter rammet av NET, og som har behov for mer kunnskap på dette området.

Enkel tilgang - både fra pc, nettbrett og mobil.

Vil du vite mer eller delta i NET Nurse QUIZ?

Kontakt:

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

Kristin Skrede Mordal: kmordal@ous-hf.no

Anita Henriksen: anita.henriksen@novartis.com





Det hjelper å snakke om døden

Samtalegruppene «Jeg og døden» skal hjelpe helsepersonell og andre som jobber med døende mennesker å bearbeide sitt eget forhold til døden.

FAKTA

Av Ingebrigt Røen, Sykehusprest, St. Olavs Hospital, HFPh.d. Stipendiat European Palliative Care Research Centre (PRC), NTNU

Anne Hirsch, Sykehusdiakon, St. Olavs Hospital HF

Målet med artikkelen er å presentere et gruppeopplegg som kan tas i bruk av ansatte i helse og kirke som arbeider med død, gjerne som tverrfaglig samarbeid. Gruppeopplegget har bevisstgjøring og bearbeiding av egne erfaringer med døden som en viktig målsetting. Opplegget kan brukes som det er, eller endres etter behov.

Hjelp til de gode hjelperne

Ansatte i helsevesenet, prester og diakoner har det felles at de arbeider mye med døden. Pleiepersonell arbeider med alvorlig syke og døende, stiller døde og ivaretar pårørende ved dødsleier. Prester og diakoner besøker syke og har ansvar for de fleste begravelser i Norge. Sørgeamtaler og synet av kiste og sørgende i kirka gang på gang gjør noe med den som er ansvarlig for å ivareta de etterlatte. Både helsepersonell og kirkelige ansatte bærer på sterke inntrykk. Ansiktene og historiene setter seg i følelser og kropp. Noen minner om mor, andre om datter eller barnebarn. For vi har jo selv et liv, engster oss for dem vi er glade i og frykter gjerne sykdom og død. For at vi skal bevare slitestyrken

Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, i over 15 år. Ved Kreftavdelingen arbeider naturlig nok personalet mye med lidelse og død. Ledelsen spurte oss om vi kunne lede grupper for personalet der de kunne få bearbeidet disse erfaringene og eget forhold til døden. Vi startet to grupper samtidig, og sammen utarbeidet vi underveis ett tema for hver gruppesamling. De samme tema eller spørsmål har vi siden brukt i mange gruppeforløp i ulike sammenhenger. Gruppene møter tydeligvis et behov, og deltakerne blir ofte overrasket over hvor stor betydning det har for dem å få jobbet med eget stoff sammen med andre. I en artikkel i tidsskriftet Omsorg, Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin, nr.4/2007, presenterte vi opplegget med sikte på at andre kunne starte slike grupper, og det har skjedd mange steder i Norge og også i våre naboland. I videreutdanningen Omsorg ved livets slutt for prester og diakoner i samarbeid med Menighetsfakultetet og i tverrfaglig videreutdanning for helse- og kirkeansatte i 13 kommuner i Sør-Trøndelag, lærte vi deltakerne å lede «Jeg og døden»-grupper. Denne artikkelen tar også sikte på å ruste ansatte til å starte slike grupper.

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.2012. Den sier at helsevesenet skal samarbeide med andre instanser med faglig kompetanse, for eksempel ansatte i kirken. Dette gruppeopplegget er en konkret måte å få til et tverretatlig og tverrfaglig samarbeid til ansattes, pasienters og pårørendes beste.

Gruppeopplegget

Vi anbefaler 10 gruppesamlinger på 1-1,5 time hver over ca. ett år. Gruppene bør erfaringsmessig ha 5-7 medlemmer. Lederen bør nok ha gjennomført et gruppeopplegg for egen del, for hvis man deler av sitt

«Både helsepersonell og kirkelige ansatte bærer på sterke inntrykk.»

og kunne utholde arbeid med sorg og død over tid, trener de fleste av oss å bevisstgjøre oss vårt eget forhold til disse temaene. Fokus er altså i utgangspunktet ikke møtet med døden i arbeidet, men i privatlivet.

Bakgrunn

Vi har begge vært ansatt i Prestetjenesten ved St.



eget, bør det være gjennomarbeidet. Det viktigste for lederen er å sørge for at alle kommer til orde, og vi anbefaler at man i alle fall på de første samlingene gir ordet til alle etter tur og passer klokka slik at alle får like mye tid. Viktigst for å skape åpenhet, er at lederen sørger for å skape trygghet i gruppa ved å ivareta deltakerne på en god måte.

Ettertanker

Vi starter hver samling med en runde hvor alle sier noe om hva de ble oppmerksom på forrige gang, og hva de har tenkt siden sist. Erfaringsvis er det gjerne mye som blir satt i gang av denne tematikken. Noen drømmer, andre snakker med familien sin om døden og ønsker for begravelse og gravsted. Hvis noen var borte på forrige samling, kan dette fungere som en påkopling og en bedre mulighet til å delta videre i samtalen.

Tema på samlingene:

1. Det første dødsfallet jeg husker. Hvor gammel var jeg, og hvilke følelser hadde jeg?

2. Hva er det å dø? Hva er verst hvis jeg eller en av mine nærmeste skulle dø?
3. Hva vil det si å ta avskjed? Hvordan ville jeg gjøre det hvis jeg selv eller mine skulle dø?
4. Min egen begravelse.
5. Forestillinger om det som skjer meg i og etter døden.
6. Dersom jeg hadde ett år igjen å leve, ville jeg... .
7. Hva gjør arbeidet med humor, kropp og søvn?
8. Hva gjør arbeidet med hjemmesituasjon, familie og venner?
9. Livssyn. Hvordan ble livssynet mitt til, og har det blitt påvirket av arbeidet?
10. Hva gjør det med meg å arbeide med lidelse og død? Hva gir krefter? Hva tar krefter? Hva trener jeg?

Første samling

Tema: Det første dødsfallet jeg husker. - Hvor gammel var jeg, og hvilke følelser hadde jeg?

Hvis deltakerne er ukjente for hverandre, er det naturlig at alle i starten av denne første samlingen

SAMTALE: Delta-kerne deler tanker om døden. Illustrasjonsfoto: Colourbox





kort sier hva de heter og hvor de arbeider og noe om forventningene til gruppa. Lederen bør også gi en innføring i hva som skal være i fokus i gruppa og hensikten med den. Vi tar deretter en runde hvor hver enkelt forteller hva som har ført dem inn i yrket og arbeidsplassen der de er nå. Taushetsplikten understrekes. Når det gjelder temaet, må lederen være forberedt på at minnene kan være sterkere enn deltakerne på forhånd tror. Hvis leder selv deler sine minner, noe vi dels har

«Historiene setter seg i følelser og kropp.»

gjort, dels ikke, må han/hun ha delt dem med andre og bearbeidet dem tidligere. Ellers kan evnen til å ivareta andre minnske, og fokus skifte fra deltaker til leder.

Andre samling

Tema: Hva er det å dø? Hva er verst hvis jeg eller en av mine nærmeste skulle dø?

Vi starter som nevnt hver samling med noe vi kaller «ettertanker» etter forrige gruppesamling, det vil si hvordan det var å delta, og hvilke tanker og følelser de bærer med seg fra første gruppemøtet. Mange nevner at andres historier har gjort inntrykk på dem. De som har fortalt disse historiene, opplever det fint at historiene har blitt tatt imot. Når det gjelder denne samlingens tema, gjelder det å få til en samtale som er ekte, hvor deltakerne tør å komme fram med det de faktisk forestiller seg, og ikke det de har lært eller tror blir forventet av dem. Her undrer man seg gjerne sammen over hva det innebærer å dø, om døden er slutten eller hvordan tilværelsen etter døden eventuelt blir. Men mest handler det om livet. Å miste fellesskapet med sine nærmeste, kan fort bli det sentrale samtaleemnet. Samtale om døden gjør livet tydeligere.

Tredje samling

Tema: Hva vil det si å ta avskjed? Hvordan vil jeg gjøre det hvis jeg selv eller mine skulle dø?

Husk å starte med ettertanker på hver samling. Refleksjon rundt avskjed ved død leder gjerne til tanker om hva som er viktig mens vi lever. For å ta vare på viktige relasjoner, har deltakerne våre for eksempel sagt at de ønsker å si at de er glade i hverandre, og ellers tilgi, takke, glemme det vonde og holde fast på det gode. De vil rydde opp i konflikter mens det

fortsatt er tid. De er nær seg selv og sitt eget liv i det de sier. Det slår oss at utsagnene er ganske jordnære og lite preget av urealistisk romantikk. Ønsket om direkte og åpen kommunikasjon er tydelig. Forholdet til barna synes å være det viktigste.

Fjerde samling

Tema: Min egen begravelse.

Ettertankene etter samtalen om avskjed på forrige møte tar gjerne godt med tid. Det å miste sine, er vel det de fleste av oss er reddet for. Med hensyn til dagens tema, ønsker noen å planlegge sin begravelse, andre ikke. Vil man begraves eller strøs? Vil man belemre sine etterlatte med ei grav som må stelles, og ønsker man utsikt fra grava si? Hva med mark og småkryp der nede? Og kommer det noen i begravelsen? Slik kan samtalen gå.

Femte samling

Forestillinger om det som skjer med meg i og etter døden.

Det som kommer etter døden betyr noe for alle, også for dem som mener at døden er slutten. I døden som i livet er vel den store angsten å bli forlatt og glemt. Å bli husket og få barn er måter å leve videre på. Det å bli akseptert og tatt imot er viktig både i liv og død. Hvordan er eventuelle himmelforestillinger? Gleder man seg til å møte Gud, eller er det når sant skal sies mor og bestemor det blir stas å møte? Og tror man nå egentlig på det? Noen sykepleiere har nevnt still av døde. Tamponering av halsen og tildekking av ansiktet er det siste de gjør. Følelsen av at den døde fortsatt er der, kan være sterk. Og man må jo kunne puste... .

Sjette samling

Tema: Dersom jeg hadde ett år igjen å leve, ville jeg

Spørsmålet gir igjen en mulighet til å snakke om det som er viktig i livet. For i heldigste fall har vel de fleste ett år igjen å leve, minst! Noen bestyrkes gjerne i at de lever slik de ønsker, mens andre har ting de vil endre, eller noe de ikke vil utsette lenger.

Sjuende samling

Tema: Hva gjør arbeidet med humor, kropp og søvn?

Herfra flyttes fokuset fra privatlivet til hva arbeidet gjør med oss. I gruppene våre har deltakere sagt at humøret i perioder kan påvirkes i depressiv retning, men at arbeidet også fører til glede og inten-

sitet i livet, som ikke er noen selvfølge. Noen blir redd for at barna skal bli syke. Andre kan kjenne de mange dødsfallene i mage og skuldre. Drømmer kan handle om død, og våkner man om natta, er pårørende kanskje det første man tenker på.

Åttende samling

Tema: Hva gjør arbeidet med hjemmesituasjon, familie og venner?

Det å arbeide med døden kan være såpass spesielt at familie og venner ikke helt fatter hva det innebærer. Dessuten er det ingen "höjdare" i festlig lag. Taushetsplikten gjør ikke saken enklere. Det gjelder å ikke bruke opp kreftene sine på jobben, men planlegge ting med familie og venner. Noen finner det vanskelig å være helt til stede hjemme, eller ta barna på alvor når de kommer med sine «små» problemer.

Niende samling

Tema: Livssyn. Hvordan ble livssynet mitt til, og har det blitt påvirket av arbeidet?

Det kan være lurt å starte med tanker og minner fra oppveksten. Livssyn trenger ikke være kristent eller religiøst. Men også tro og religion hører med her. Hva er viktig i livet? Er verden et trygt sted å oppholde seg? Eller har tryggheten blitt skaket av mange erfaringer med sykdom og død?

Tiende samling

Tema: Hva gjør det med meg å arbeide med lidelse og død? - Hva gir krefter? Hva tar krefter? Hva trenger jeg?

Det er belastende å bli eksponert for andres lidelse. Samtidig gir det også mye.

Det å gjøre noe som er viktig for andre når livet er vanskelig, oppleves meningsfullt. Det er et privilegium å få være der i siste fase av livet når alt i samfunnet ellers dreier seg om utseende og ytre ting. Det oppleves gjerne viktig å få snakke om hvilke små og store ting på og utenfor jobben som kan gi energi og overskudd. Enkle gleder som turer og en god samtale ved middagen kan være avgjørende for å bevare slitestyrken.

Avslutning

Gruppene handler altså om å bearbeide sitt eget forhold til døden, slik at man blir mer avslappet i forhold til den tematikken arbeidet eksponerer en for. Deltakerne sier gjerne at de har blitt bedre og



mer frimodige til å snakke med pasienter og pårørende om døden.

Hvis noen skulle ønske å starte «Jeg og døden»-ruppe, ta gjerne kontakt med oss hvis dere vil diskutere noe.

Artikkelen er tidligere publisert i Luthersk Kirketidende:

«Noen blir redd for at barna skal bli syke.»

Røen, I. og Hirsch, A. (2012). Jeg og døden-grupper. Samtale om eget forhold til døden. Luthersk Kirketidende, 17, 412-415. ■

Referanser:

- Bang, S. 2008. Rørt, rammet og rystet. Gyldendal Akademisk
- Bugge, K. E., Eriksen, H. og Sandvik, O. (red). 2003. Sorg. Fagbokforlaget.
- Hirsch, A. og Røen, I. 2007. Jeg og døden – en langsom samtale. Omsorg. Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin, nr. 4, s. 57-62.
- Leenderts, T. Aa. 1995. Person og profesjon. Universitetsforlaget.
- Samhandlingsreformen. 2008-2009. Rett behandling på rett sted til rett tid. St.meld. nr. 47.
- Worden, W. 1991. Grief Counseling and Grief Therapy. Springer Publishing Co. Inc.

TANKER: Helsepersonell som jobber med syke og dødende bærer på sterke inntrykk. Illustrasjonsfoto: Colourbox



NY OG EFFEKTIV BEHANDLING AV MYELOMATOSE¹

Farydak er indisert kombinasjon med bortezomib og deksametason for pasienter som har fått residiverende og/eller refraktær myelomatose (benmargskreft). Pasienter skal ha fått minst 2 tidligere behandlingsregimer inkludert bortezomib og et immunmodulerende legemiddel før HDAC-hemmeren Farydak kan forskrives.²

Farydak kombinert med bortezomib og deksametason forlenger pasientenes mediane progresjonsfrie overlevelse med 7,8 måneder, fra 4,7 til 12,5 måneder, sammenlignet med placebo + bortezomib og deksametason.²

Kontraindikasjoner og forsiktighetsregler

Kontraindikasjoner:

Amming eller overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregel:

Før oppstart av behandlingen bør blodplatetallet være $\geq 100 \times 10^9/l$ og absolutt antall nøytrofile granulocytter $\geq 1,0 \times 10^9/l$. Blodplatetallet bør alltid være $\geq 100 \times 10^9/l$ før start av en syklusbehandling.

For fullstendig informasjon: Se felleskatalogtekst.



NO1512414142



Hvordan jakter vi på dømmekraft?

Det meste i vår tid er kortvarig. Jakten på dømmekraft handler om langsomme, langsiktige og langvarige læringsprosesser.

FAKTA

Av Marie Aakre,
Utdannet sykepleierleder,
-veileder og -lærer

Bør det være anledning til å arbeide med sårbare andre uten forpliktende kollegarefleksjon? Mennesker som arbeider med mennesker, er alle verdiarbeidere. Kreftskykepleiere har stor innflytelse og realiserer daglig komplekse faglige, etiske og eksistensielle valg på vegne av andre.

Arbeidslivets rolle i oppdragelse og dannelse er mulighetenes arena. Den enkelte ansattes moralske ryggrad er avgjørende for faglig forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet. Vi er kjent med forbillidlige institusjoner og kulturer som over tid skaper læringskulturer som sitt viktigste kjennetegn. Men vi må altfor ofte erkjenne at entusiastiske kortvarige etikk-prosjekter ikke forløser nødvendig praktisk klokskap. Tross betydelige kommunale etikk-prosjekter de senere år, er det en alvorlig mangel på systematisk etisk refleksjon i våre helse- og velferdstjenester. Hva bør vi gjøre med det?

FAKTA

Om forfatteren

Marie Aakre er selvstendig næringsdrivende og jobber som rådgiver, foredragsholder og veileder i sykepleie, ledelse og etikk.

Hun har vært leder av Rådet for sykepleieetikk, vært medlem av Verdikommisjonen og er æresmedlem av Norsk Sykepleierforbund. I 2007 ble hun utnevnt til Ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden for sin innsats innen pasient- og kreftomsorgen.

Aakre er nå aktuell med boken «Jakten på dømmekraft. Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten.» på Gyldendal Akademiske.

De sterke ideologiske brytningene og marginaliserte personalressurser i dagens helse- og velferdstjenester begrunner etterspørsel etter forsterket verdiarbeid. Vi som arbeider med anvendt etikk har mye å gjøre, særlig med undervisning og refleksjonsledelse. I mine 15 siste yrkesår har jeg hatt mulighet til heltids etikkarbeid i både offentlig og privat virksomhet. Læring gjennom erfaring gir mot til å løfte frem behovet for langt flere verdiarbeidere nær komplekse helse- og omsorgstjenesters praksisfelt. Erfaringen gjør det også mulig å peke på sentrale forutsetninger for bærekraftig praksisnært dannelsesarbeid.

Vi lærer av refleksjoner over erfaringer

Profesjonalisering av ansattes dømmekraft omfatter både utvikling av den enkeltes personlige moralske kjøll og forankring av noen få slitesterke etiske refleksjonsmodeller. De viktigste kilder til dømmekraft er aktiv deltakelse i systematisk og langvarig erfaringsbaserte kollegarefleksjoner. Arbeidsgivere ser ikke ut til å sikre denne dannende kompetanseutviklingen, og mange mellomledere og fagutviklere har verken kompetanse eller ressurser til å dekke behovet. Jakten på dømmekraft er et sjeldent tema i kvalitetssystemer og kompetanseplaner, og systematisk kulturutvikling og etisk refleksjon over tid sikres fortsatt ikke som et lederkrav.

De etiske kravene som stilles til oss kan være tunge å bære i seg selv. For å møte dem behøver aktørene både varsomhet og en særlig styrke. Å danne både kraft og motkraft på det etiske feltet styrkes primært der det er flere til å bære utfordringene sammen. Relasjonsmot mellom kolleger kan sikre at dette skjer aktivt og åpent.



VERDIARBEIDERE: Mennesker som arbeider med mennesker er verdarbeidere. Illustrasjonsfoto: Colourbox



ARBEIDSGLEDE: Verdiarbeidere har ofte høy motivasjon og trivsel, og meningsfulle arbeidsoppgaver. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Vi er kjent med både større arbeids glede og for strekkelser i etikkarbeidet. Vi bør være oss bevisst at styrket moralsk engasjement krever tydelighet og mot. Det er det langsomme, langsiktige og langvarige verdiarbeidet som kan fremme nye innsikter.

Moralens voktere

Vi kan alle være verdiarbeidere. En verdiarbeider bidrar til å styrke refleksjonen over rådende hver-

«Det finnes ingen lettveit vei til moralsk praksis.»

dagsmoral, uten å moralisere. Verdiarbeid er oppdragende og dannende for alle involverte parter. Angsten for dannelsen er velkjent i arbeidslivet, også i mange pleiekulturer, og de mest engasjerte «moralens voktere» kan lett bli en trussel.

Men drivkraften til systematisk etisk kompetanseutvikling ligger ofte i personlig moralsk uro, en bekymring for humanitet og menneskeverd, en overbevisning om nødvendighet og mening. Det blåser en dehumaniserende vind inn i våre institusjoner, og vi får stadig dokumentert uønsket praksis. Tempo er for høyt, kompetansen for begrenset,

hverdagsledelsen for distansert og utydelig.

Aktivt verdiarbeid skal motvirke resignasjonen som lett oppstår i travle hverdager. Noen må stille de kritiske spørsmålene, implementere verdiene, bygge kulturene, utfordre rutinene, rangere argumentene, gi beslutningsstøtte. Ved å «ta et skritt til siden» for praksis, inviteres kolleger til å forstå seg selv og sine handlingsvalg. Verdiarbeid skal belyse spenninger og dilemmaer og stimulere til verdibasert og verdi-bevisst motstand. Men verdiarbeid er også under-visning, refleksjonsledelse og personlig veiledning.

Et lederansvar

Det er et lederansvar å sikre kvalitet og sikkerhet. Mellomledere er helt avgjørende for troverdige etikkprosesser. Men mange finner ikke rom for tilstedeværelse og aktiv deltakelse i kulturutvikling i det praksisnære. Mellomledere trenger ofte selv etisk veiledning og står stadig i betydelig moralsk stress. Både sammen med sine underordnede og i lederutvikling bør søkelyset settes tydeligere på normativt lederskap og lederstøtte.

Ansatte med profesjonsutdanning har selv et personlig ansvar for å utøve sitt fag i pakt med egen yrkesetikk, utvikle normer for fagutøvelsen og reagere når dette ikke gjøres mulig. Krefktsykepleiere har gjennomgående et godt omdømme, de kjennetegnes

av faglig engasjement, årvåkenhet og fremstår som bevisste profesjonsutøvere. De gjør stadig en forskjell i praktisk klokskap, i lederskap og i dannelsesarbeid. Men handlingsrommene for kultur og kompetanseutvikling har stadig blitt trangere, og fortellingene er mange om å gå på akkord med sin profesjonsetikk.

Hvem bør være ressursperson i verdiarbeidet?

Hvordan jakter dere på dømmekraft? Hva er det i særlig grad behov for på din arbeidsplass? Vil tydeligere, tilstedeværende lederskap være det viktigste? Bør det sikres «øremerket» personalressurs for systematisk praksisnært verdiarbeid i personalgruppen? Hvem bør og kan videreutvikle dannelsen hos dere?

Den mest brukte modellen er at en fagansvarlig eller en særlig engasjert ansatt er utpekt til å lede refleksjonsarbeidet. På de fleste større arbeidsplasser er det i tillegg HMS-ansatte, personalrådgivere, prester og veiledere som kan bidra. Noen gjør også en betydelig innsats gjennom kliniske etikk-komiteer (KEK). En ekstern verdiarbeider kan i spesielle perioder være et supplement til den faste staben på bestemte områder. Dette kan gi ny kraft og kompetanse, men aldri erstatte det kontinuerlige og langsiktige dannelsesarbeidet. Noen slike eksterne verdiarbeidere kalles mentor, fasilitator, etisk rådgiver eller veileder.

Med blikket utenfra

Eksterne verdiarbeidere hører egentlig ikke til i de relasjonsprosesser som skal videreutvikles, men har den frie rollens mange fordeler og ulemper. De kan si det farlige og spørre om det «ulovlige». Blikket utenfra ser annerledes, snakker annerledes, spør annerledes, undres over det selvsagte, mener mer frimodig, tar andre hensyn, kjenner større avstand.

Parallelt mangler verdiarbeideren tilhørighet og bør sjelden gi råd uten å bli spurt. Det er en risiko å være både for forsiktig og for modig i ledelse av andres læringsprosesser. Krevende møter kan oppstå når verdiarbeidere tar plass i kulturer og rom der taus kunnskap skal formuleres med etisk språk. Dialogen er sterkt avhengig av gjensidig tillit.

Oppdrager og medmenneske

Det finnes ingen lettveit vei til moralsk praksis. Det er stadig store behov for tydelige ideologiske stemmer for menneskeverdets og humanitetens vilkår. Frykten for å bli avslørt som inkompetent, moraliserende og umoralsk kan bli truende. Som

prosessveiledere og rollemodeller gir vi hjelp til å identifisere det etiske, sette ord på det tause, gir alles tanker plass, bruker kjerneverdier aktivt, oppøver refleksjonsmetoder, identifiserer dilemmaer, trener og forankrer diskursetiske modeller, gir frimodige tilbakemeldinger. Vi vet at vi ikke kan endre andre enn oss selv. Men vi forløser og vedlikeholder refleksjonen i åpent landskap, der emosjonelle og relasjonelle spenninger ligger i å utprøve standpunkter som rører ved noe i oss selv.

Den danske filosof og økonom Finn Janning sier om motstand:

«Motstand handler om at skabe et fundament, som en bedre verden kan vokse frem af. Aldri som en blind troskab overfor en position, heller ikke i opposisjon, hvilket meget motstand fejlaktig reduseres til. Snarere en konstant blottelse. Ingen forbedring finner sted uten denne blottelse, der krever mod. Al utvikling skjer i kraft af en blottelse. En åpenhet overfor det, som ikke er en selv, det ukendte, det fremmede. Det vi ikke umiddelbart kan forstå, men vil forstå. Fordi det ukendte og fremmede måske kan vise seg at skabe et bedre fundament, et tredje sted, hvorfra kommende generasjoner kan skabe ny livsglede.» (Janning F 2009)

En verdiarbeider søker å bruke kvalifisert motstand pedagogisk. Verdiarbeid handler uansett om påvirkning og oppdragervirksomhet og krever mot til motstand. I enhver oppdragelse og dannelsesprosess står parter overfor hverandre, de søker mening og deler et eksistensielt anliggende. Dannelse er læringsprosesser gjennom samvære og samtale over

«Noen ganger bruker vi rollespill.»

tid. Det handler om å løfte frem verdier og skape mening. Ansatte i human virksomhet tørster etter begge deler.

Kandidatenes interesse først

Verdiarbeid er ingen egen profesjon, og heller ingen beskyttet tittel, men man bør allikevel utvikle profesjonalitet i sitt arbeid. Profesjonalitet defineres gjerne som ekspertise og spesialisert kunnskap på det feltet man utøver, som fremragende manuelle og praktiske ferdigheter i tilknytning til fagutøvelse og som faglig arbeid av høy kvalitet. Kandidatenes





interesser settes alltid foran verdiarbeiderens egne. I møte med deltakernes forståelser og forforståelser kan det kreve mye å være en ekspert på det praktiske moralske området.

Kjernen i å lede etiske refleksjonsprosesser er tydelig, kompetent tilstedeværelse. Verdiarbeidet utøves personnært, oppmerksomt, sansende, deltakende og empatisk. Alles tanker og erfaringer er tilgjengelige ressurser for læring. Vi trener alltid på relasjonsmøt og bruker det etiske språket bevisst. Noen ganger bruker vi rollespill. Vi øver på frimodige tilbakemeldinger, bruker reflekterende team, trener på å møte avvisning og vanskelige samtaler og skaper og sorterer kaos. Respekten og varhet for den andres urørlighetssone forhindrer ikke at vi utfordrer grenser. Verdiarbeidere melder fra om særlig alvorlige inntrykk. Kjernen i de ansattes dilemma og moralske stress bør være kjent av ansvarlig leder. Det bør anonymisert bygges broer over gapet av avstand mellom praksis og ledelse både i sykehus og i kommunal virksomhet.

Søren Kierkegaards fine formulering

En verdiarbeider bør helst ha en merforståelse i anvendt etikk. Som andre hjelpere bør hun bruke sin merforståelse på en normative måte. Søren Kierkegaards vakre formuleringer om hvordan denne merforståelsen bør forvaltes har stadig gyldighet:

«... når det i sannhet skal lykkes en at føre et menneske ut bestemt sted hen, må en først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv en inbildning, når han mener at kunne hjelpe andre. For i sandhet at kunde hjelpe en annen

«Mot til motstand må oppøves.»

må jeg kunne forstå mer enn han, men dog først og fremst forstå det han forstår. Når jeg ikke gjør det, da hjelper min mere-forståelse ham slet ikke. Vil jeg likevel gjøre min mere-forståelse gældende, så er det fordi jeg er forfengelig eller stolt, at jeg i grunnen istedet for at gavne ham egentlig vil beundres av ham. Hjelperen må først ydmyke seg under den han vi hjelpe, og hermed forstå at det å hjelpe ikke er det at herske men det at tjene, at at hjelpe er villighet til, inntil videre, at finne seg i

at ha uræt, og ikke forstå hva den andre forstår.»

Den gode verdiarbeider handler både skånsomt og frimodig. Klok forvaltning av nærhet, avstand, medbestemmelse og åpenhet må stadig bevisstgjøres. Etisk veiledning skal både sikre oversikt (metaperspektivet), nødvendig avstand og empatisk nærvær. Hun må kjenne seg selv godt, og ha moden personlig dømmekraft. Et veileder og kandidatforhold vil aldri være maktfritt. Verdiarbeidere forstår forskjellen på å lede åpne etiske refleksjonssamlinger, fortrolige personlige veiledningsprosesser, etiske debatter og ledelse av etiske diskurser. Både møteform, deltakelse, normer og metoder bør være forskjellige i de ulike læringsprosessene. Verdiarbeid krever gode refleksjonsverktøy, skjermete rammer og rom og tydelige normer og tidsrammer.

Hvis jeg skal vare lenge

Verdiarbeidere har ofte høy motivasjon og trivsel i sine meningsfulle oppgaver. Men over tid er vedlikehold som metaveiledning, faglige refleksjons-nettverk, tydelige tilbakemeldinger og personlig støtte nødvendig. Det kan være både personlig og pedagogisk krevende å finne sin plass på andres arena. Det kan være ensomt å være «solist» uten tilhørighet der læringsprosesser skjer. Utdannelse, dannelse og vedlikehold av verdiarbeidere tar tid. Mange gode verdiarbeidere har gitt slipp etter få år, begrunnet med manglende påfyll og støtte.

Verdiarbeid med bærekraft

Vi har lært at moden etisk refleksjon virker. Vi vet at arbeidsgleden øker og sykefravær reduseres gjennom motiverende etisk refleksjon over tid. Der de ansatte trives, gjør de en bedre jobb. Der det stadig skapes rom for å dele inntrykk og dilemma, fremmes kvalitet. Reflektert praksis er moralsk praksis, og omvendt. Etikkarbeid lønner seg både moralsk og økonomisk.

Begrepet bærekraft brukes gjerne som beskrivelse av noe som er solid, holdbart og troverdig over tid. Kraften til å realisere solid kvalitetsutvikling i etisk dannelsesarbeid betinger flere grunnleggende forutsetninger. Jeg oppsummerer kort de aller viktigste:

1: Lederforankring

Lederansvaret, og særlig nærmeste leders holdninger, kompetanse og tilstedeværelse er avgjørende. Etikkarbeid bør gis legitimitet som langsamt, langvarig og langsiktig kompetanseutvikling. Ledere



SAMTALE: Å reflektere om etiske problemstillinger sammen med andre, gir hver enkelt mulighet til å utvikle sin dømmekraft. Illustrasjonsfoto: Colourbox

som bruker kjerneverdier og det etiske språk aktivt («walk the talk») bygger verdibaserte hverdagskulturer. Nærmeste leder bør delta i åpne praksisnære refleksjonssamlinger, men gjerne delegerer til andre å lede dem. Overordnet ledelse bør stadig gi verdier og etikkarbeidet deres selvfølgelige legitimitet og bekreftelser.

Dannelsesprosesser for ledere bør inkluderes i organisasjonenes lederutviklingsprogram på alle nivåer. Der ledere er seg bevisst sitt ansvar og sin deltakelse i refleksjons- og kulturbyggende prosesser, kan moralsk modenhet formes. Det hører med til lederansvaret å forsterke tverrfaglige ideologiske dannelsesprosesser.

2: En felles kjerne av etikkforståelse

Åpenhet om egen og nære kollegers etikkforståelse er et avgjørende fundament for felles dannelsesprosesser. Oppmerksomhet på både personlig og felles etikkforståelse bør formuleres varsomt og respektfullt. Forståelse og åpenhet om den rådende moralske praksis, av felles kjerneverdier, personlige verdier og profesjonsverdier bygger kultur og danner «moralisk kjøp». Kulturutvikling lykkes sjelden

der refleksjonsarbeidet ikke sikres forpliktende og tverrfaglig.

3: Relasjonsmot

Mot til motstand må oppøves. Lederens og refleksjonslederens tydelighet avgjør mye. Mot kreves der alle tar likeverdig plass som den vi er. Etikkarbeid kan lett bli forsiktig, intellektualisert og «feigt». Der

«Etikkarbeid krever struktur, organisering og ressurser.»

alle sitter og nikker til selvfølgeligheter er det lite å lære. Det tar tid å dele dypere spenninger og «rosa elefanter» i kulturen. Refleksjonsledere bør varsomt oppøve motstand, og etterspørre meningers mot. Dannelses betinger kritikk og tydelige tilbakemeldinger.

4: Brukerperspektivet

Dannelsesarbeidets kraftkilde er mennesket og relasjonene, særlig i perspektiv av pasient/bruker og pårørende. Personlige fortellinger og inntrykk fra egen





yrkesutøvelse berører og engasjerer. Gjenkjennelse og identifikasjon er viktig. Det gir mening å belyse og ettertenke egne og andres handlingsvalg, hva som faktisk påvirker de valg og reaksjoner som er erfart.

5: Pedagogisk mangfold

Et bredt pedagogisk mangfold med rom for personlig veiledet trening er nødvendig i både utdanning og dannende praksiser. Det er ofte lettere å debattere enn å reflektere. Skifte av roller og perspektiv med tydelig etisk språk beriker tenkningen. Det pedagogiske mangfold bør komme til uttrykk både i utvikling

«Bærekraftige etikkprosesser vil lønne seg for oss alle.»

av personlig moralsk kjøp og gjennom implementering av etiske verdier og refleksjonsmodeller. Personlige erkjennelser og sterke følelser er naturlig når ettertanke knyttes til faktiske erfaringer. Det krever klokskap å velge hva som bør åpnes og hva som kan passere i etterpåklokskapens lys.

6: Kraften i det etiske språk

Det etiske språket har stor kraft og må oppøves. Verdiarbeidere og deltakere i refleksjonsstunder og etiske diskurser bør særlig bruke verdienes språk aktivt. Felles kjerneverdier og de ansattes profesjonsetikk bør ha en særlig legitimitet. Gjennom refleksjonen skapes nyanser i bruk av verdier og argumenter, både som støtte og som motstand. Vi kan etterprøve om verdiene har reell innflytelse i alle typer relasjoner og handlingsvalg.

7: De rette refleksjonsledere (fasilitatorer)

Hvem skal lede kompetanseutviklingen, refleksjonsprosesser og felles diskurser? I et langsiktig perspektiv bør ikke nærmeste leder fungere som refleksjonsleder eller personlig veileder, men gjerne delta aktivt sammen med de ansatte. Interne refleksjonsledere er den mest vanlige og viktigste ressursen over tid. Eksterne etikkveiledere kan være kortvarige avlastere og inspirasjonskilder i spesielle perioder, ikke minst for å gi kraft til de langsiktige prosessene. Personfaktoren er viktig. Ikke alle egner seg i nære lederfunksjoner, og det kan være krevende å prosess-

veilede egne kolleger. Deltakernes tillit og veilederens kompetanse og legitimitet blir avgjørende.

8: Vedlikehold av refleksjonsledere

Verdiarbeidere, eller refleksjonsledere, gjør en stor innsats år etter år. Mange mister kraften av mangel på vedlikehold. Bekreftelser, systematisk metaveiledning, faglig påfyll og pauser kan sikre motivasjon, egenutvikling og kontinuitet.

9: Den nyttige verktøykassa

Bærekraft handler også om gode verktøy. Refleksjonsmodeller kan skape tydelighet og «orden i kaos». Modellenes egenart gjør at en eller to modeller bør oppøves og forankres grundig over tid. Når deltakerne er trygge på metoden, vil det moralske få mest oppmerksomhet. Usikkerhet på metode kan stjele mye motivasjon og skape unødig motstand. Det er derfor ikke hensiktsmessig å bruke mange ulike modeller.

10: Kraften i det langsomme og langsiktige

Det meste i vår tid er kortvarig. Jakten på dømmekraft handler om langsomme, langsiktige og langvarige læringsprosesser der både kunnskaper, ferdigheter og moralsk innlevelse modnes og forankres. Kompetansearbeidet blir bare troverdig der den faktiske moralske praksis får mest oppmerksomhet. Hverdagskulturens kjennetegn sammen med gruppebasert etisk refleksjon kan være de to viktigste elementer i en langvarig dannende rytme. Gjennom mange entusiastiske etikkprosjekter i både privat og offentlig virksomhet svekkes kraften raskt hvis ledelsen ikke stadig sikrer det langsiktige.

11: Ressurser

Etikkarbeid krever struktur, organisering og ressurser. Det holder ikke med ildsjeler og entusiasme over tid. Det holder ikke med de gode intensjoner og stor begeistring der ressurser, rammer og rom undergraver de reelle muligheter for læring. Bærekraftig etikkarbeid er svært nødvendig. Det tar tid og det koster. Vi vil stadig trenge både ideologisk, ledelsesmessig og pedagogisk reformarbeid i jakten på dømmekraft. Ressursbehov for troverdige personalprosesser bør erkjennes og følges opp tydelig.

Mennesker som arbeider med mennesker bør stadig få mulighet til å videreutvikle sitt potensial som kunstnere i sin profesjonelle og uforutsigbare yrkesutøvelse. Bærekraftige etikkprosesser vil lønne seg for oss alle. ■



Ø storm og stille

18. Landskonferanse i kreftsykepleie i Ålesund

27.-29. september 2017
Scandic Parken Hotell



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE





I storm og stille

18. Landskonferanse i kreftsykepleie i Ålesund

Velkommen til landskonferanse i Ålesund

Forum for Kreftsykepleie inviterer til Den 18. norske landskonferanse i kreftsykepleie «I STORM OG STILLE» 27-29 september 2017. Vi håper å se deg der.

Hensikten med konferansen er å spre kunnskap og heve kompetansen hos sykepleiere som arbeider innen kreftomsorgen. Dette for at vi skal kunne bidra til at mennesker med kreft, uansett fase, og deres familier skal få en så god hverdag som mulig. Denne pasientgruppen skal til enhver tid få best mulig behandling, pleie og omsorg.

Tittelen «I STORM OG STILLE» skal gjenspeile den røde tråden under konferansen. Vi ønsker å ha fokus på det "å stå i det", å mestre, enten det er stille eller stormer rundt en. Vi vil belyse dette fra ulike perspektiv da vi alle kan oppleve både storm og stille i løpet av livet.:

Det kan gjelde pasienten som får en kreftdiagnose og skal starte opp med kurativ behandling, eller pasienten som ikke kan få mer tumorretta behandling og er i palliativ fase. Det kan være pasienten som er ferdigbehandlet og skal tilbake til arbeid og fungere i hverdagen

igjen. Det kan være for pårørende med de kriser og utfordringer de står i, eller det kan være for oss helsepersonell. Vi skal hjelpe kreftpasienter og deres pårørende samtidig skal også vi mestre å stå i det. Dette krever mye av oss, særlig kompetanse og mot til å møte.

Vi har fått på plass gode, dyktige forelesere så gled dere til et spennende program Dette blir lagt ut på FKS sine websider fortløpende.

Påmeldingen er online og åpner 2. januar 2017. Utfyllende informasjon vil også bli lagt ut på sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere.

Konferansen skal være på Scandic Parken hotell i Ålesund. Hotellet ligger midt i vakre Ålesund by. Ålesund er kjent for den fine jugendstilen og brosunnet som ligger midt i byen. Vi håper at du får sett litt av det Ålesund har å by på når du er her. Den 27. september inviterer vi til «Get

together» på kvelden. Her har vi planlagt en felles vandring opp de 418 trappe-trinnene til Fjellstua på Aksla Her vil det komme en del overraskelser på veien, og det serveres en aperitif på toppen. Den kan nytes men en besker den vakre utsikten over Ålesund by og øyene rundt. Det blir mulighet for transport opp for de som ikke har mulighet til å gå. Det tar ca 10-15 min å gå opp. Turen avsluttes med litt å spise når vi er tilbake på hotellet. Den 28. september inviterer vi til konferansemiddag på hotellet. Her blir det god mat, underholding og utdeling av priser.

For de som kommer til Ålesund tirsdag kveld, så er vi i dialog med diverse restauranter for å skaffe gode konferansepriser. Kart over Ålesund med innlagte gode tilbud kommer.

Sees vi i Ålesund? Velkommen skal du være.

Hilsen oss i lokalkomiteen



Send inn abstrakter/sammendrag og posterpresentasjoner:

Den 18. landskonferansen i kreftsykepleie «I storm og stille» ønsker herved å invitere til innsendelse av abstrakter/sammendrag og posterpresentasjoner.

Dette kan du bidra med:

Foredrag:

For å vise bredden innenfor kreftsykepleie inviterer vi i komiteen deg til å holde foredrag på 20 minutt. Foredragene vil bli en del av parallellsesjonene torsdag 28/09, og må omhandle ett av følgende temaer;

- Palliasjon
- Symptomlindring
- Kreftbehandling og fagutvikling
- Barn og unge med kreft
- Å leve med kreft
- Flerkulturelle samfunn og kreftomsorg
- Rehabilitering
- Mestring. Belyst fra ulike perspektiv

både pasient, pårørende og helsepersonell

- Veiledning, etikk og refleksjon
- Ivaretagelse av helsepersonell i møte med alvorlig syke og døende
- Å være pårørende/etterlatte
- Barn som pårørende

Sammendrag av foredraget

sendes til: Sigrud Lerstad Thorsnes

Epost: slt@ntnu.no

Innen 1. mai 2017

Posterpresentasjon:

Komiteen ønsker også å invitere til presentasjon av prosjekter/fagutvikling som foregår på nettopp ditt arbeidssted. Presenter dere på posters som vil bli utstilt på konferansen.

Sammendrag til posters sendes:

Sigrud Lerstad Thorsnes

Epost: slt@ntnu.no

Innen 1. mai 2017 - Det vil bli kåring av beste poster!

Sammendrag/abstrakt

Kan inneholde max 250 ord, forfatter, tittel og arbeidssted kommer utenom dette. Abstraktet bør inneholde en kort presentasjon av bakgrunn og formål med prosjektet, problemstilling, metode og funn/resultater. Si også kort noe om konklusjon og anbefalinger videre.

Det vil bli lagt ut utfyllende informasjon om hvordan skrive abstrakter/lage posters på FKS sin hjemmeside:

Frist for innsendelse:

1. mai 2017

Tilbakemelding vil bli gitt til alle innen:

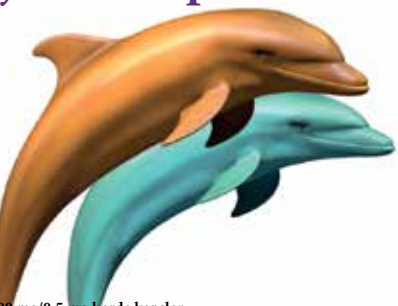
20. juni 2017

LYKKE TIL!

Akynzeo[®]

netupitant/palonosetron

Profylakse ved kjemoterapiindusert kvalme og oppkast (CINV)¹



1 kapsel
2 virkestoffer
5-dagers effekt

Akynzeo[®] 300 mg/0,5 mg harde kapsler

Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Se pkt. 4.8 i preparatomtalen for informasjon om bivirkningsrapportering. Se preparatomtalen for forskrivning.

Virkestoffer: 300 mg netupitant og 0,56 mg palonosetronhydroklorid tilsvarende 0,5 mg palonosetron. Indikasjoner: Forebygging av akutt og forsinket kvalme og oppkast hos voksne forbundet med høyemotegen cisplatinbasert kjemoterapi mot kreft. Forebygging av akutt og forsinket kvalme og oppkast hos voksne forbundet med moderat emotegen kjemoterapi mot kreft.

Dosering: Voksne: 1 kapsel ca. 1 time før oppstart av hver kjemoterapisyklus. Anbefalt oral deksametasondose bør reduseres ca. 50 % ved samtidig bruk. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Brukes med forsiktighet ved sterkt nedsatt leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig. Bruk bør unngås ved terminal nyresykdom som krever hemodialyse. Barn og ungdom: Sikkerhet og effekt har ikke blitt fastslått. Eldre: Dosejustering er ikke nødvendig. Det bør utvises forsiktighet hos eldre >75 år, pga. lang halveringstid og begrenset erfaring. Administrering: Skal svelges hele. Kapselen er fylt med tre tabletter og en myk kapsel. Kan tas med eller uten mat. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Graviditet. Forsiktighetsregler: Forstoppelse: Da palonosetron kan øke tykktarmens passasjetid, bør pasienter med anamnese med forstoppelse eller tegn på subakutt intestinal obstruksjon overvåkes etter administrering. Forstoppelse med fekal impaksjon som krever sykehusinnleggelse kan forekomme. Serotonergt syndrom: Serotonergt syndrom har forekommet ved bruk av 5-HT₃-antagonister alene eller i kombinasjon med andre serotonerge legemidler (inkl. SSRI og SNRI), og egnet observasjon for symptomer anbefales. QT-forlengelse: Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler som øker QT-tiden og hos pasienter som har eller har risiko for å utvikle forlengelse av QT-tiden. Dette omfatter anamnese eller familieanamnese med QT-forlengelse, elektrolyttforstyrrelser, stuvningssvikt, bradyarytmi, ledningsforstyrrelser og bruk av antiarytmika eller andre legemidler som medfører QT-forlengelse eller elektrolyttforstyrrelser. Hypokalemi og hypomagnesemi bør korrigeres før behandling. Bør ikke brukes til å forebygge kvalme og oppkast i dagene etter kjemoterapi dersom det ikke er forbundet med en ny administrering av kjemoterapi. Skal ikke brukes til å behandle kvalme og oppkast etter kjemoterapi. Hjelpetoffer: Inneholder sorbitol og sukrose og bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel. Kan inneholde spor av lecitin som kommer fra soya. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor peanøtter eller soya bør derfor overvåkes nøye for tegn på en allergisk reaksjon. Bilkjøring og betjening av maskiner: Har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan utløse svimmelhet, søvnighet eller fatigue. Pasienten bør gis råd om ikke å kjøre eller bruke maskiner dersom slike symptomer oppstår.

Interaksjoner: Ved samtidig bruk av en annen CYP3A4-hemmer, kan netupitants plasmakonsentrasjon øke. Ved samtidig bruk av legemidler som inducerer CYP3A4-aktivitet, kan netupitants plasmakonsentrasjon reduseres, og dette kan medføre redusert effekt. Følgelig bør samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol) foretas med forsiktighet og samtidig bruk av sterke CYP3A4-induktorer (f.eks. rifampicin) unngås. Dette legemidlet kan øke plasmakonsentrasjonen av samtidig administrerte legemidler som metaboliseres av CYP3A4. Hos mennesker elimineres netupitant hovedsakelig ved levermetabolisme mediert av CYP3A4, med marginal nyreutskillelse.

Ved en dose på 300 mg er netupitant et substrat og en moderat hemmer av CYP3A4. Palonosetron elimineres ved både nyreutskillelse og metabolisme mediert av flere CYP-enzymmer. Palonosetron metaboliseres hovedsakelig av CYP2D6, med mindre bidrag fra CYP3A4 og CYP1A2. Basert på in vitro-studier verken hemmer eller inducerer palonosetron cytokrom P450-isoenzymmer ved klinisk relevante konsentrasjoner. Bør brukes med forsiktighet samtidig med oralt administrerte virkestoffer som hovedsakelig metaboliseres av CYP3A4 og med et smalt terapeutisk område, som ciklosporin, takrolimus, sirolimus, everolimus, alfentanil, diergotamin, ergotamin, fentanyl og kinidin. Netupitant kan øke eksponeringen for kjemoterapeutika som er CYP3A4-substrater, f.eks. docetaxel, etoposid og irinotekan, og pasienter bør derfor overvåkes for økt toksisitet av kjemoterapeutika. Netupitant øker eksponeringen for deksametason signifikant, og oral deksametasondose bør derfor reduseres ca. 50 % ved samtidig bruk. Netupitant kan også påvirke effekten av kjemoterapeutika som trenger aktivering ved CYP3A4-metabolisme. Mulige effekter av økt plasmakonsentrasjon av midazolam eller andre benzodiazepiner som metaboliseres av CYP3A4 (alprazolam, triazolam), bør vurderes ved samtidig bruk. Netupitant hemmer UGT2B7 in vitro, og forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av et oralt substrat for dette enzymet (f.eks. zidovudin, valproinsyre, morfin). Netupitant er en P-gp-hemmer in vitro. Dette kan være klinisk relevant hos kreftpasienter, særlig de med unormal nyrefunksjon. Forsiktighet anbefales derfor ved samtidig bruk av digoksin eller andre P-gp-substrater, som dabigatran og kolkisin. Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Kontraindisert ved graviditet. Det bør tas graviditetstest hos alle premenopausale kvinner før behandling. Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandlingen og ≤1 måned etter behandling. Amming: Ukjent om palonosetron eller netupitant blir skilt ut i morsmelk. Amming bør opphøre under behandling og i 1 måned etter siste dose. Fertilitet: Palonosetron: Nedbygning av seminiferøst epitel er observert hos rotter.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Forstoppelse. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Fatigue. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymf: Nøytropeni, leukocytose. Gastrointestinale: Abdominalsmerte, diaré, dyspepsi, flatulens, kvalme. Hjerte/kar: 1. grads AV-blokk, kardiomyopati, ledningsforstyrrelser, hypertensjon. Hud: Alopeci, urtikaria. Luftveier: Hikke. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelser: Økte lever-transaminaser, økt alkalisk fosfatase i blod, økt kreatinin i blod, QT-forlengelse i elektrokardiogram. Øre: Vertigo. Øvrige: Asteni (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymf: Leukopeni, lymfocytose. Gastrointestinale: Dysfagi, belegg på tungene. Hjerte/kar: Arytmi, 2. grads AV-blokk, grenblokk, mitralinsuffisiens, myokardiskemi, ventrikulære ekstrasystoler, hypotensjon. Infeksiose: Cystitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte. Nevrologiske: Hypestesi. Psykiske: Akutt psykose, endret humor, søvnforstyrrelser. Stoffskifte/ernæring: Hypokalemi. Undersøkelser: Økt bilirubin i blod, økt kreatinase MB i blod, ST-segmentreduksjon i elektrokardiogram, unormalt ST-T-segment i elektrokardiogram, økt troponin. Øye: Konjunktivitt, tåkesyn. Øvrige: Varmefølelse, ikke-kardiale brystsmerte, smaksforstyrrelser. Overdosering/Forgiftning: Netupitantdoser ≤600 mg og palonosetrondose ≤6 mg har blitt brukt uten sikkerhetsproblemer. Behandling: Seponering og generell symptomatisk behandling og overvåking. Pga. antiemetisk effekt og stort distribusjonsvolum vil hhv. legemiddellindusert emese og dialyse ikke være effektivt.

Tekst produsert: Juni 2015

Pris AUP kr.746,-

Akynzeo med varenummer 376235 har refusjon etter § 14-21 med refusjonskode-53, vilkår 9

Referanser:

1. Akynzeo preparatomtale 2015.

Sobi
Østensjøveien 18 Bryn, 0661 Oslo
Tlf.: 66 82 34 00 www.sobi.com

 sobi



Honorar på
500 kroner!

Vil du være stemmen fra praksis?

Sykepleien Forskning trenger sykepleiere som kan kommentere forskningsartikler fra praksisfeltet. Kommentarene skal være korte og handle om hvordan innholdet i artikkelen har klinisk relevans. Hvis du vil bidra, får du god hjelp og veiledning underveis. Slike praksiskommentarer er populære og viktige, både for forfatterne og sykepleiere i praksis.

Som takk for hjelpen får du kr 500,-.

Send e-post til oss i dag så tar vi kontakt med deg: forskning@sykepleien.no



facebook.com/SykepleienForskning

INDIKASJONER:

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne, og til behandling av lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. NSCLC-pasienter med EGFR- eller ALK-positiv mutasjon i tumor skal også ha fått godkjent behandling for disse mutasjonene før behandling med KEYTRUDA starter.

ADMINISTRASJONSMÅTE:

KEYTRUDA må administreres ved intravenøs infusjon over 30 minutter. KEYTRUDA skal ikke administreres som en intravenøs trykk eller bolusinjeksjon.

KONTRAINDIKASJONER:

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

FORSIKTIGHET UTVIKSES VED:

Immunrelaterte bivirkninger som: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati inkludert hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, hypertyreose og hypertyreose. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger må det gjøres en adekvat undersøkelse for å bekrefte etiologi eller ekskludere andre årsaker. Avhengig av alvorlighetsgraden av bivirkningen, må pembrolizumab tilbakeholdes og kortikosteroid initieres. Ved bedring av bivirkning til grad ≤ 1 , skal gradvis nedtrapping av kortikosteroid initieres, og foregå over en periode på minst 1 måned. For pasienter hvor immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan det basert på begrensede data fra kliniske studier, vurderes å administrere andre systemiske immun-suppressiva.

▼ 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»

Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X C18

PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVEESKE, oppløsning 50 mg:

Hvert hetteglass inneh.: Pembrolizumab 50 mg, L-histidin, L-histidinhydroklorid monohydrat, sukrose, polysorbat 80. **Indikasjoner:** Behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne. Behandling av lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR- eller ALK-positiv mutasjon i tumor skal også ha fått godkjent behandling for disse mutasjonene før behandling kan starte. **Dosering:** Behandling må initieres og overvåkes av lege med erfaring i kreftbehandling. Behandling av pasienter med NSCLC skal baseres på uttrykk av PD-L1 i tumor, bekreftet med en validert test. **Voksne inkl. eldre:** anbefalt dose er 2 mg/kg hver 3. uke. 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. **Tilbakeholdelse av doser eller permanent seponering:** Behandling av immunrelaterte bivirkninger som pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati, kan kreve utelatelse av en dose eller permanent seponering og innføring av systemisk høydosebehandling med kortikosteroider, eller i noen tilfeller, annen immunosuppressiv behandling. Alvorlige infusjonsrelaterte reaksjoner krever permanent seponering. For retningslinjer for tilbakeholdelse eller permanent seponering, se SPC. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt leverfunksjon. Studier ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon mangler. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Studier ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon mangler. **Barn <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Data mangler. Skal ikke brukes. **Okulært melanom:** Begrenset mengde 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, se pakningsvedlegg. Kun til engangsbruk. Ubrukt legemiddel skal kastes. Hetteglass og/eller infusjonspose tempereres til romtemperatur før bruk. **Administrering:** Må administreres som i.v. infusjon over 30 minutter. Skal ikke administreres som en i.v. trykk- eller bolusinjeksjon. Andre legemidler skal ikke gis samtidig i samme infusjonslinje. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. **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. De fleste, inkl. alvorlige reaksjoner, er reversible etter initiering av hensiktsmessig medisinsk behandling eller seponering. Bivirkninger etter siste dose har forekommet. 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 og kortikosteroid initieres. Når immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan andre systemiske immunosuppressiver 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 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, foruten immunrelaterte endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon. Ved alvorlige infusjonsreaksjoner skal infusjonen avsluttes og pembrolizumab seponeres permanent. Ved milde eller moderate infusjonsreaksjoner kan behandlingen fortsette under tett overvåking. Premedisning med antipyretika og antihistamin bør vurderes. For spesifikke retningslinjer for håndtering av bivirkninger, se SPC. **Bilking og betjening 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 fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se L01X C18. Ingen farmakokinetiske interaksjonsstudier er utført. Ingen metabolske legemiddelinteraksjoner er forventet siden pembrolizumab fjernes fra sirkulasjonen ved katabolisering. Bruk av systemiske kortikosteroider eller

Pembrolizumab kan gjenopptas innen 12 uker etter siste dose med KEYTRUDA dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1 vedvarer, og dosen med kortikosteroid er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsvarende pr. dag. Pembrolizumab må seponeres permanent for enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, foruten endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon.

VIKTIGE INTERAKSJONER:

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

VIKTIGE BIVIRKNINGER:

Immunrelaterte bivirkninger: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, hypertyreose, hypertyreose, tyreoiditt, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, uveitt, artritt, myositt, pankreatitt, alvorlige hudreaksjoner, Guillain-Barré syndrom, myastenisk syndrom, hemolytisk anemi og partiell epilepsi hos en pasient med inflammatoriske foci i hjerneparenkymet. Det er rapportert tilfeller av alvorlig infusjonsrelaterte reaksjoner.

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

Før forskrivning av KEYTRUDA® se preparatomtalen.

immunosuppressiver for oppstart av pembrolizumab bør unngås pga. potensiell interferens med farmakodynamisk aktivitet og effekten av pembrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunosuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart for å behandle immunrelaterte bivirkninger. **Graaviditet, amning og fertilitet: Graaviditet:** 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. reproduksjonstoksicitet. Dyrestudier har vist at blokade av PD-L1-signalen 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 IgG₄ krysser placentalbarrieren. Anbefales ikke under graaviditet, hvis ikke kvinnens kliniske tilstand nødvendigvis krever behandling. **Amning:** Overgang i morsmelk er ukjent. Antistoffer utskilles i morsmelk hos mennesker, og risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amning skal opphøre eller om behandling- eller avsluttes/avstans fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Kliniske data mangler. **Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Hud: Utslett¹, kloe¹. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Øvrige: Kronisk tretthet (fatigue). **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Blod/lymfe: Anemi. Endokrine: Hypertyreose, hypertyreose¹. **Gastrointestinale:** Kolitt¹, oppkast, abdominalsemerter¹, forstoppelse, munntorrhet. Hud: Alvorlige hudreaksjoner¹, vitiligo¹, akneiform dermatitt, tørt hud, erytem, eksem. Immunsystemet: Infusjonsrelatert reaksjon¹. Luftveier: Pneumonitt¹, dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Myositt¹, muskel- og skjelettsmerter¹, smerter i ekstremitetene, artritt¹. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, dypeusje. Stofskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt ALAT, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase i blod, økt kreatinin i blod. Øye: Tørre øyne. Øvrige: Asteni, ødem¹, pyreksi, influensalignende sykdom, frysninger. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Blod/lymfe: Nøytropeni, leukopeni, trombocytopeni, lymfopeni, eosinofili. Endokrine: Hypofysitt¹, binyrebarksvikt, tyreoiditt. Gastrointestinale: Pankreatitt¹. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Lichenoid keratose¹, psoriasis, alopeci, erythema nodosum, dermatitt, endret hårfarge, papel. Lever/galle: Hepatitt¹. Muskel-skjelettsystemet: Seneskedebetennelse¹. Neurologiske: Epilepsi, letargi, perifer neuropati. Nyre/urinveier: Nefritt¹. Psykiske: Insomni. Stofskifte/ernæring: Diabetes mellitus type 1¹, hypotyreomi, hypokalemi, hypokalsemi. Undersøkelser: Økt amylase, økt bilirubin i blod, hyperkalsemi. Øye: Uveitt¹. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/10000$):** Blod/lymfe: Immun trombocytopenisk purpura, hemolytisk anemi. Gastrointestinale: Tyntarmperforasjon. Neurologiske: Guillain-Barré syndrom, myastenisk syndrom.

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

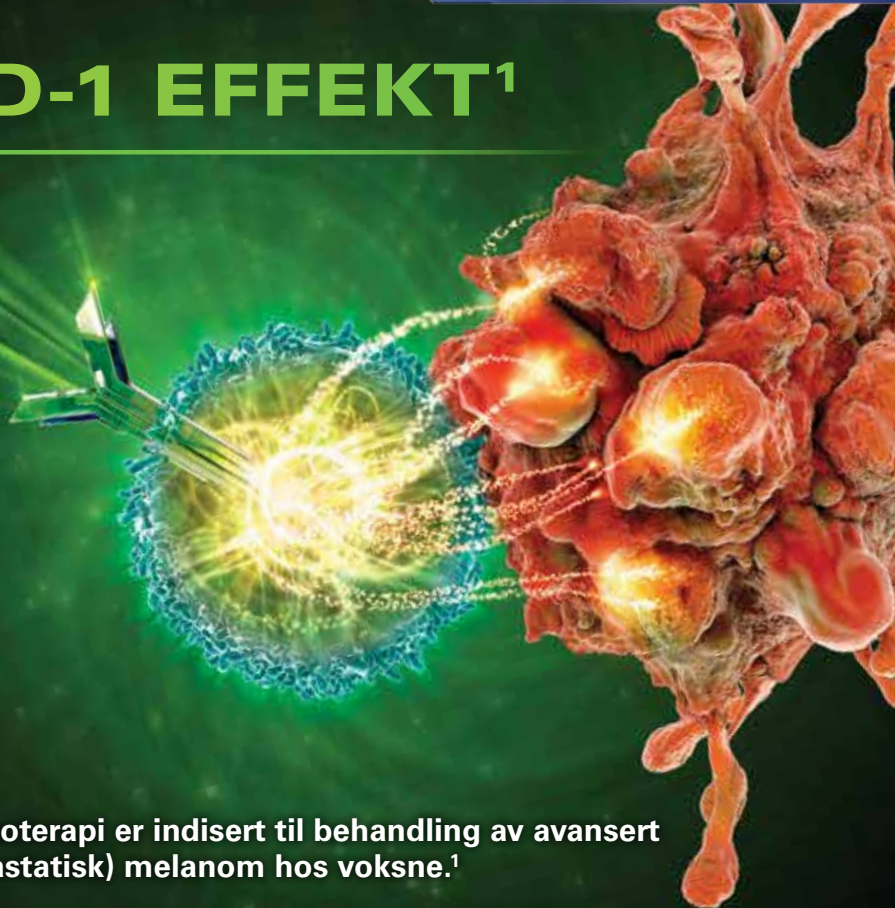
Overdosering/Forgiftning: Data mangler. **Behandling:** Ved overdosering skal pasienten overvåkes nøye mht. tegn og symptomer på bivirkninger og adekvat symptomatisk behandling igangsettes. Se Giftinformasjonens anbefalinger L01X C. **Egenskaper: Klassifisering:** Humanisert monoklonalt anti-programmert celledød-1 (PD-1) antistoff (IgG₄/kappa isotype med en alternerende stabiliserende sekvens i Fc-regionen). **Virkningsmekanisme:** Humanisert monoklonalt antistoff som bindes til programmet 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-celleresponsen (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. **Proteinbinding:** Bindes ikke på en spesifikk måte til plasmaprotein, som forventet for et antistoff. **Fordeling:** Vd_{ss}: Ca. 7,4 liter med koefisientvariasjon (KV%) på 19%. **Halveringstid:** Terminal t_{1/2}: Ca. 27 dager med KV% på 38%. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** C_{min} eller AUC øker doseproporsjonalt innenfor doseringsintervallet for effekt. C_{ss} ble nesten nådd ved 18 uker, median C_{min} ved 18 uker er ca. 24 µg/ml ved en dose på 2 mg/kg hver 3. uke. **Utskillelse:** Systemisk clearance: Ca. 0,2 liter/dag med KV% på 37%. Ved gjentatt dosering er clearance uavhengig av tid, og systemisk akkumulasjon er ca. 2,2 ganger ved administrering hver 3. uke. **Oppbevaring og holdbarhet:** For rekonstitusjon: Oppbevares ved 2-8°C. Kan oppbevares utenfor kjøleskap ($\leq 25^\circ\text{C}$) i opptil 24 timer. Etter rekonstitusjon: Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Skal ikke fryses. Skal ikke oppbevares > 24 timer. Disse 24 timene kan inkludere opptil 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^\circ\text{C}$), oppbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pakninger og priser:** 1 stk. (hettegl.) 19947,40. **Sist endret:** 06.09.2016



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

KEYTRUDA[®]

ANTI-PD-1 EFFEKT¹



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

NY INDIKASJON

KEYTRUDA[®] er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR eller ALKpositive mutasjoner i tumor skal også ha fått godkjent behandling for disse mutasjonene før behandling med **KEYTRUDA**[®] starter.¹

Referanse: 1. KEYTRUDA[®] (pembrolizumab) SPC, kapittel 4.1, august 2016

Før forskrivning av KEYTRUDA[®] les preparatomtalen.

Copyright © 2016 MSD (Norge) AS. All rights reserved.

Bli medlem i Forum for Kreftsykepleie

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

Medlemsfordeler

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

Kontingenter

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

Hvem kan bli medlem?

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

Evt. spørsmål sendes til:

FKSbli medlem@gmail.com

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

