



Kreftsykepleie

NR. 3-2011 • ÅRGANG 27

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

Kommune-Norge:

Stor mangel på kreftsykepleiere

Sykepleien

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

ANSVARLIG UTGIVER

NSFs Faggruppe Forum for Kreftsykepleie v/ leder Kristin Wolden

REDAKTØR

Jorun Haugslett
Mobil 41440502
jorunred@halden.net

REDAKSJONSUTVALG

Jorun Haugslett (leder), Britt Ingunn Sævig, Lillian Grønsond og Kristin Bergum

ANNONSEANSVARLIG

Sissel Hynne Moås
Tlf. jobb74 09 84 24
mobil 90 89 48 27
sissel.moas@hnt.no

**MEDLEMSREGISTRERING/
KONTINGENT**

NSFs FKS
v/ Vibeche Fahsing
Vuggaveien 30
6510 Kristiansund
Tlf. 92 88 94 34
vibechef@broadpark.no

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no
kreftsykepleie

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALIST

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT

Björg Nordstrand
bjorg.nordstrand@sykepleien.no

Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Stibo Graphic AS

FORSIDEFOTO: Colourbox

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

ANNONSEPRISER

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

* Årsavtale gjelder for 4 utgivelser.
Kontaktperson annonser: Sissel Hynne Moås, e-post: sissel.moas@hnt.no



Eg kallar det eg driv med for kulturell helsepolitikk.

TRIVSELSKOORDINATOR LILLY VINJE



34

SKAPER HYGGE: Lilly Vinje
er trivselskoordinator.

Innhold

NR. 3-2011 • ÅRGANG 27



10 **KOGNITIV SVIKT:** Verktøy for å vurdere smerte ved demens.

35 **SNART VALG:** Les om kandidatene til styret.



4 Søk stipend

5 **LEDER:** Kristin Wolden

10 Smertevurdering ved demens

18 Lokallagslederne

22 Mange kommuner mangler kreftsykepleiere

28 Bedre oppfølging etter behandling

30 Program landskonferansen

32 Program parallellsesjoner

34 Skaper trivsel på Haukeland

35 Kandidater til styret

FASTE SPALTER

6 Smånytt

17 På plakaten

20 Aktuelle bøker

27 **TILBAKEBLIKK:** Leker med rotter

Søk stipend

Ønsker du å fordype deg faglig? I så fall kan du være heldig og få stipend av NSF's FKS i 2012.

1 stk. stipend/prosjektmidler kr. 10 000

Stipendet er øremerket faglig fordypning eller utvikling/gjennomføring av prosjekt som skal utvikle kreftomsorg.

Vilkår:

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

Søknadsfrist 15. desember 2011

Stipendkomité i samråd med sentralstyret i NSF's FKS fatter beslutning om tildeling av stipend. Styret står fritt til å prioritere mellom likevektige søkere ut i fra gjeldende retningslinjer. Ved få søkere vurderer stipendkomité søknader som ikke oppfyller alle krav til stipend. NSF's FKSs landskonferanse i kreftsykepleie prioriteres.

13 stipend à kr. 4000

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 postlagt innen tidsfrist og er fullstendig utfyllt.
- Skrive et innlegg/artikkel i tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Søknadsfrist 15. desember 2011

Slik søker du:

- Søknadsskjema hentes på www.sykepleierforbundet.no/kreftsykepleie

Søknader sendes til stipendansvarlig i NSF's FKS:

Elin Bruland, Førde Sentralsjukehus/
Medisinsk avdeling, Svanehaugveien
28, Postboks 1000, 6800 FØRDE

Tlf. 57 83 93 07

E-post: elin.bruland@helse-forde.no



Bevegelse i ny tid

Nye behandlingsmetoder. ny og bedre medisin, ny teknologi, nye reformer, nye måter å samspille på, nye krav og nye utfordringer. Vi er i stadig endring og bevegelse – og endringene skjer stadig raskere. Helsevesenet og vi som jobber i helsevesenet utfordres av endringene. Vi utfordres på etiske spørsmål – på det å finne balansen mellom effektivitet og det å gi trygg og god omsorg. Setter vi pasienten i fokus ved å gjennomføre stadig nye omorganiseringsprosesser? Kan ny teknologi erstatte det tilstedeværende medmennesket? Gir nye medisiner og behandlingsmetoder nødvendigvis en mer verdig avslutning på livet for kreftsyke døende pasienter?

Nå er det ingen tvil om at de fleste endringene som har skjedd, har vært positive – ikke minst for pasientene. Bedre diagnoser, og bedre behandling med nye medisiner har ført til at flere overlever kreftsykdommen. Det har ført til mer kunnskap og kompetanse, både hos leger og sykepleiere – og for mange en mer interessant og givende arbeidshverdag. Positivt er det også at pasienten fortsatt står i sentrum. I det helhetlige pasientforløpet fokuseres det på samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste, på samspill mellom pasient, pårørende og oss som sykepleiere i ulike faser av sykdommen, og der pasientens beste fortsatt står helt sentralt.

Det betyr ikke at vi ikke skal stille spørsmål ved endringene. Det er viktig at vi gjør nettopp det. Tar oss tid til å reflektere, tenke gjennom sentrale problemstillinger og ha faglige diskusjoner om hvordan endringene påvirker både oss og pasientene – og samspillet mellom oss. Blir de sykepleiefaglige grunnprinsipper utfordret? Hvilke verdimeslige og etiske dilemmaer står vi overfor? Vi beveger oss utvilsomt inn i en ny tid, der endringene vil skje i et enda større tempo, men hvilke rolle ønsker vi som fagmennesker og som faggruppe å ta i endrings-

prosessene. I hvilken grad kan vi sette noen premiser for endringene, og i hvilken grad er vi prisgitt omgivelsene – og de standarder som myndigheter og andre setter for oss?

Dette er spørsmål som vil bli tatt opp i landskonferansen «Bevegelse i ny tid» – som arrangeres i Trondheim i begynnelsen av oktober. Som avtropende leder av faggruppen er det spesielt hyggelig å kunne ønske dere velkommen til min egen hjemby, der lokallagene i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag står som arrangører av denne landskonferanse nummer femten i rekken. Jeg mener det er lagt opp til en spennende konferanse med svært aktuelle forelesninger, sesjoner og innlegg. En konferanse som utfordrer oss i den endringstiden vi lever i. Om det dreier seg om den teknologiske utviklingen eller den kommende samhandlingsreformen: Hvilken dagsorden ønsker vi å sette? Hvordan ønsker vi å være med på å utvikle de gode løsninger til beste for pasientene?

Kanskje er nettopp det det aller viktigste, at vi som tydelige, modige, stolte og ikke minst kompetente fagmennesker tar sikte på å bruke vår kunnskap og vår erfaring inn i de mange pågående og kommende endringsprosessene. At vi er trygge på at vi har mye å bidra med, til beste for norsk helsevesen, og til beste for pasientene.

Ha en fin fargerik høst alle sammen.

Kristin Wolden

Betennelse bekjemper kreft

Etter seks års arbeid har forskere ved Universitetet i Oslo (UiO) og Oslo Universitetssykehus funnet ut hvordan de ulike bestanddelene i immunforsvaret kommuniserer seg imellom for å angripe kreftceller. De har oppdaget at betennelse bekjemper kreft. Oppdagelsen deres kan endre den rådende oppfatningen om sammenhengen mellom betennelse og kreft og føre til en helt ny type immunkur mot kreft.

Forskningsresultatene er nylig publisert i tidsskriftet Nature Communications. Les mer på: www.nature.com/ncomms/journal/v2/n3/full/ncomms1239.html

Kilde: Forskning.no

Bli bøssebærer?

Søndag 23. oktober går TV-aksjonen 2011 av stabelen. De innsamlede midlene fra årets aksjon skal gå til arbeidet Norsk Folkehjelp gjør med å rydde miner og klasebomber i Europa, Afrika og Asia.

Vil du bli bøssebærer, registrer deg på nrk.no/tvaksjonen/

SMÅNYTT

Trim mot kreft

Prostatakreft kan bremses ved hjelp av raske spaserturer, ifølge en undersøkelse ved University of California i San Francisco. Forskerlaget fulgte 1455 menn diagnostisert med kreft begrenset til prostatakjertelen. Funnene viste at menn som gikk i raskt tempo minst tre timer i uka hadde 57 prosent tregere sykdomsutvikling enn menn som gikk langsomt mindre enn tre timer i uka.

Kilde: Forskning.no



«Følg alltid din innskytelse når det gjelder å glede andre.»

Hanna Winsnes, forfatter

Flere overlever

Flere overlever kreft, viser tall fra Kreftregisteret.

En bedret overlevelse ses for alle de fire store kreftformene: Brystkreft, prostatakreft, lungekreft og tykk- og

endetarmskreft. Økningen er i stor grad et resultat av økt oppmerksomhet rundt kreft, screening i befolkningen og økt kvalitet i behandling.

Fra perioden 2000-04 til 2005-09 økte fem års relativ overlevelse fra:

- 79 til 87 prosent for prostatakreft
- 85 til 88 prosent for brystkreft for kvinner
- 13 til 15 prosent for lungekreft for kvinner
- 9 til 12 prosent for lungekreft for menn
- 63 til 66 prosent for endetarmskreft for kvinner
- 57 til 63 prosent for endetarmskreft for menn
- 57 til 62 prosent for tykktarmskreft for kvinner
- 54 til 60 prosent for tykktarmskreft for menn

Kilde: Kreftregisteret/Cancer in Norway 2009



Ikke effekt av alternativ behandling

Mer enn én av tre pasienter med kreft benytter seg av en eller annen form for komplementær eller alternativ behandling (KAM). For å støtte Kreftforeningens informasjonsarbeid om slik behandling har Kunnskapssenteret utarbeidet en systematisk oversikt om effekt og sikkerhet ved bruk av alternativ behandling. De konkluderer med at det med få unntak ikke er vist effekt av komplementær og alternativ behandling hos pasienter med kreft. For noen av de alternative behandlingsmetodene er det dokumentert bivirkninger. Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av helsepersonell. Les hele rapporten på: kunnskapssenteret.no/12781.cms

Mindre ute om vinteren

Norske 7-åringar liker seg ute i frisk luft, men tilbringer mer tid ute om sommeren enn om vinteren, viser MoBa-undersøkelsen. Barna tilbringer gjennomsnittlig halvannen time utendørs om vinteren og fire timer ute om sommeren på en vanlig hverdag utenom skoletid.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt



Kjøp en sløyfe

Rosa sløyfe-aksjonen arrangeres for trettende gang i Norge i oktober. Målet med aksjonen er å vise solidaritet med de som rammes av brystkreft. På nettsiden rosasloyfe.no kan du kjøpe rosa sløyfe, se årets aktivitetskalender for hele landet og lese om de tre prosjektene som vil motta støtte fra Rosa sløyfe-aksjonen i år.

Kilde: rosasloyfe.no og krefteforeningen.no



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Én av tre på sykehus

Om lag 1,7 millioner personer ble undersøkt eller behandlet på somatiske sykehus i Norge i 2010. Disse pasientene ble enten innlagt for døgnopphold, fikk dagbehandling eller var til poliklinisk konsultasjon. Det viser tall fra Statistisk sentralbyrå.

Om vi bare ser på døgnopphold, så hadde 560 000 personer til sammen i overkant av 850 000 opphold i 2010. Det er en økning på nesten 2 000 i antall døgnopphold fra året før.

Hjerte- og karsykdommer er fortsatt vanligste innleggelsesårsak, og gjelder nær 116 000 av døgnoppholdene. Hvis vi teller personer, så var det 11 387 som ble lagt inn med førstegangs akutt hjerteinfarkt.

Liggetid ved døgnopphold fortsetter å gå ned. I 2010 var det 4,5 liggedager i gjennomsnitt per opphold, mens det året før var 4,6. Ser vi tilbake til 2005, var gjennomsnittet 5,1 liggedager.

Kilde: Statistisk sentralbyrå



Hunder oppdager sykdom

Hunder kan trenes opp til å oppdage lungekreft hos mennesker, selv på et tidlig stadium, melder TV2.

I et forsøk ved Schillerhoehe Hospital i Gerlingen sørvest i Tyskland, oppdaget spesialtrente hunder sykdommen hos 71 av 100 kreftpasienter. Hundene fastslo også at 372 av de 400 friske som deltok i undersøkelsen var kreftfrie, skriver forskerne i siste utgave av tidsskriftet *European Respiratory Journal*.

Lignende forsøkt tidligere har vist at hunder også kan trenes opp til å oppdage hudkreft, brystkreft og tarmkreft.

Kilde: TV2.no SK



TARGINIQ®

oksykodon/nalokson

NYHET NÅ PÅ BLÅ RESEPT!

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling i livets slutfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.



28-63% LAVERE PRISER

Dette er TARGINIQ®

- Et opioid mot sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika¹
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen¹

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER



forhindrer opioidindusert
obstipasjon

www.targiniq.no



Smertevurdering ved kognitiv svikt

Har pasienten vondt? Det finnes kartleggingsverktøy for å vurdere smerte hos mennesker med moderat til alvorlig demens.



Av Reidun Karin Sandvik, høyskolelektor ved Høyskolen i Bergen

Den eldre mannen lå med vidåpne, stirrende øyne og så på meg hver gang jeg var ved sengen hans. Jeg hadde ansvaret for ham en nattevakt for noen somre siden. Han hadde noen velformulerte setninger, men de gav ofte lite mening i situasjonen. Kognitiv status var vurdert ved innkomst til avdelingen, og han hadde fått diagnosen demens. Pasientens nedsatte evne til verbal kommunikasjon kompliserte behandlingen av ham. Ut fra legens notater i pasientens journal, og min egen datasamling, var det naturlig å tenke at han hadde smerter i ryggen. En av årsakene til det var at han etter en operasjon samme dag hadde fått restriksjoner i forhold til mobilisering. Han kunne ikke stå opp, og måtte ligge ganske flatt i sengen. Ut fra min kartlegging vurderte jeg det slik at smertene hans ikke var tilstrekkelig lindret, og at han hadde behov for økt dose smertestillende. Jeg satte i verk flere tiltak. Blant annet sjekket jeg at urinkateteret ikke lå i spenn, la ham godt til rette i sengen, slettet lakenet under ham og fuktet munnen hans. Likevel fant pasienten ikke ro, og sovnet heller ikke. Han var motorisk urolig, slo i sengegjerdet og roterte i sengen. Han kom også med en del verbale utbrudd, men sa aldri noe direkte. Først og fremst virket øynene hans bedende, og på bakgrunn av mine observasjoner ble det ordinert morfin fra legen over telefon. Denne ordinasjonen ønsket jeg å administrere til pasienten så raskt jeg kunne. Jeg trakk opp medikamentet, og bad om dobbeltsignatur på medikamentdosen. Jeg forklarte atferdstegnene jeg hadde observert. Likevel ønsket ikke min kollega å signere

og godkjenne at dette ble gitt. Hun mente at pasienten hadde for høy alder til å tåle morfin, pasienten sa ikke direkte at det var smertefullt, og til sist fordi han hadde normalt blodtrykk og puls. Spørsmålet reiste seg da helt konkret, hvordan kan jeg vurdere smerter hos dem som selv ikke kan uttrykke seg verbalt, altså non-verbale pasienter?

Møtet med denne pasienten førte til at jeg siden har jobbet med smertekartleggingsverktøy for non-verbale pasienter generelt, og smertekartlegging av pasienter med demens spesielt. I denne artikkelen vil jeg beskrive kartleggingsverktøy til bruk for mennesker med moderat til alvorlig demens.

Ifølge Helsedepartementet lider 71 000 personer i Norge av demens. Det er forventet en økning til 140 000 personer innen 2040. Antallet sykehjemsplasser i 2008 var 39 900. 80,5 prosent av disse beboerne har diagnosen moderat til alvorlig demens (Kirkevold & Engedal, 2009). Det vil si at hovedårsaken til innleggelse i sykehjem er demenssykdom (Romoren, 1997). Svært gledelig er det å se at kommunene øker antallet senger for palliativ behandling på sykehjem. Hovedårsaken til innleggelse i denne sammenheng er smerter. Problemstillingen med smerter og kartlegging av disse er et sentralt tema i sykehjem i dag, og vil være det i økende grad i tiden fremover. I nær fremtid kan vi se for oss at pasienter i palliativ fase som i dag får et tilbud på sykehus, vil få et tilbud på sykehjem. Dette krever systematisk kompetanseheving i kommunene innen palliasjon. Men på noe lengre sikt er det jo klart ønskelig at palliativ omsorg og kompetanse tilfaller sykehjemspasienten



LIDER I STILLHET: Mange mennesker med demens kan ikke forklare smerten de føler med ord, men de viser det ubevisst med kroppsspråket.

i økende grad. Uansett står kartlegging av smerter hos dem som er demente sentralt i dette arbeidet.

Demens og smerter

Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjerne sykdommer som er varig og progredierende. Tilstanden opptrer fortrinnsvis i høy alder, og medfører symptomer som svikt i hukommelse, handlingsevne, språkfunksjon, og endring av personlighet og atferd. Demens er en tilstand som medfører redusert egenomsorgsevne (Hyldmo 2000).

Symptomene avhenger av årsaken til demens, og av hvor stor del av hjernen som blir affisert. Omlag 60 prosent av demenstilfellene har sin årsak i hjerneorganisk demens som Alzheimers demens. Dette er en degenerasjon av hjernens celler, celler som følgelig dør. Forløpet er progredierende gradvis i jevnt tempo der hjernen mister funksjoner og

konsekvenser er hjerneatrofi. En annen årsak er vaskulær demens, som omfatter cirka 10-20 prosent av tilfellene. Vaskulær demens skyldes sykdommer i blodårene, sykdommer i små kar eller tromboemboliske infarkter. Utviklingen kan være mer som trappeteg nedover til forskjell fra degenerativ type, et nytt infarkt eller emboli som kan forårsake en mer brå negativ utvikling. (Chui et al., 1992). I tillegg ser vi hjerneskade etter traumer og etter hjer-testans med redusert oksygen til hjernen. Relatert til kreftsykdom og palliativ behandling, kan primær tumor cerebri eller metastaser til hjernen gi en varig nedsatt hukommelse, og dermed defineres inn som demens (Hyldmo 2000).

Konsekvensene for pasienten blir mye det samme uavhengig av årsak til demens, siden både språkfunksjon, hukommelse og handlingsevne blir redusert.



OBSERVER: Se og lytt etter tegn på smerte når du er i kontakt med pasienten.

Knyttet opp mot temaet smerter ser vi at evnen til å uttrykke egne behov er redusert. De fleste med moderat til alvorlig demens klager mindre over smerte. Mens en del gjerne repeterer «au» eller «huff» uansett hvilke stimuli som kommer eller handling de utfører. Uansett er deres evne til å rapportere egen smerte nedsatt. Selvrappotering av smerter krever hukommelse av smerter og språk til å kunne formidle denne opplevelsen. Det er også nødvendig å kunne tenke abstrakt. Alt dette er redusert ved moderat demens (Buffum et al., 2007). Ser vi på testverktøy for kognitiv funksjon som Mini Mental Status (MMS) vil hukommelse, evnen til å formidle opplevelse, og abstrakt tenkning være redusert ved score på 20 av 30 mulige poeng. Score fra 24-30 poeng regnes som normalt, 20 -23 poeng betegnes som mild demens. Score under 20 poeng betegnes som moderat, et score fra 15 og lavere beskriver en alvorlig demens.

Denne gruppen har ingen «second gain» for å nå økt oppmerksomhet dersom de uttrykker smerter eller ubehag. Uttrykker mennesker med demenssykdom smerter, er dette smerter og må følges opp. Å utnytte smerter som påskudd for å oppnå noe annet, krever høyere kognitiv funksjon enn det som er tilfelle ved moderat demens. Beklageligvis ser vi at pasienter uten kognitiv svikt får tre ganger mer analgetika enn pasienter med demenssykdom (Cohen-Mansfield & Werner, 1998). Ved kartlegging ser vi at de som har blandingsdemens, Alzheimers demens og vaskulær demens, viser høyere smertescore, har flere smertediagnoser, men mottar mindre smertestillende enn andre grupper demente (Husebo et al., 2008).

Smerte og smertekartlegging

Smerte er en kompleks opplevelse det lønner seg å søke inngående kunnskap om. For denne artikkelen er det ønskelig å gi en referanseramme for bedre å forstå kartleggingsprosessen.

Det internasjonale smerteforbundet (IASP) har definert smerte som: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevs skade, eller beskrevet som slik skade» (Bogduk 1994).

Smerte er her definert som en opplevelse, noe som videre må være knyttet til et individ. Det er en person som kan gi en beskrivelse av sin opplevelse. Videre beskriver denne personen smerte enten knyttet til faktisk vevsskade, som en avkappet fot, risp i en finger eller artrose. Eller også potensiell skade som i redsel for å ha ødelagt ryggen. Den siste delen av definisjonen er mest interessant. For her definerer vi også inn det denne personen opplever som en slik skade. Definisjonen åpner både for å definere inn hjertesorg, tapsopplevelse og annet som ikke kan sees på en røntgenundersøkelse, inn i begrepet smerte. Dette har faktisk også sin løsning i annet enn medisiner og operasjoner (McCaffery, 1994).

Smertes deles videre inn i mange undergrupper, ut fra årsaker, konsekvenser og kvaliteter. Det er akutte smerter versus kroniske smerter, perifere smerter versus sentrale smerter, og nevropatisk smerter. Denne inndelingen er relevant for legen å ta stilling til med tanke på behandling. For oss sykepleiere blir konsekvensen at vi må kartlegge pasientens smerter nøyaktig og systematisk for å sette legen i stand til å vurdere pasientens smerter og ta gode valg i smertebehandlingen.

Smerteforskningen har «reist langt», og gjennom mange perspektiv før den er kommet der den er i dag. Den franske filosofen Decartes (1596-1650) beskrev smerte som et fenomen knyttet til både kropp og sjel (hjernen). Han holdt dem riktignok adskilt, men beskrev smerte som noe mer enn fysisk vevsskade for første gang, og er blitt hetende spesifisitetsteorien. Deretter har det vært flere teorierammer. Melzack & Wall (1965) kom med sin portkontrollteori der de forklarer mer komplekse sammenhenger. Melzack gikk videre i sin teroieramme og beskrev neuromatrix-teorien (Melzack, 1999), som er bakteppet til det vi i dag kaller for den bio-psyko-sosiale smertemodell. I vår medisinske forståelse har vi i dag i tillegg til fysiske årsaker til smerte, som sykdomsårsaker og annen vevsskade, også sosiale forhold og psykologiske faktorer. Dette

gjør at vi trekker inn faktorer som for eksempel alder, kjønn, boligforhold, støtte fra våre omgivelser, utdanning, modenhet, angst og atferdsmønster i vurderingen av en person sin smerteintensitet.

Dette er et kort beskrevet rammeverk til å henge den praktiske smertekartleggingen på. Når vi skal vurdere en person sin smerte går vi til primærkilden, som er pasienten selv, men også til sekundærkilder som pasientens journal, familie eller andre som er i nær relasjon til pasienten.

Faktorer vi alltid må ha med i vurderingen er lokalisasjoner, og med det menes alle lokalisasjoner. For å illustrere et eksempel: Det må ikke kun tas hensyn til smerten som er lokalisert til magen ved cancer coli, som pasienten skal opereres for, eller som er i utvikling etter avsluttet behandling. Med i vurderingen må også tas tidligere sykehistorie, som for eksempel prolapsene pasienten hadde for tre år siden, og meniskskaden som alltid har vært der. Dette vil kunne få praktiske konsekvenser i forhold til å finne et godt sengeleie, og må gjerne tas hensyn til ved forflytning.

Deretter må vi få med hvor intens smerten er på hver av lokalisasjonene. Det gjelder intensiteten både i ro og ved bevegelse. Det er nyttig å bruke en numerisk rating skala (NRS). Her kan vi spørre pasienten selv hvor vondt det gjør på en skala fra 0, ingen smerte, til 10, verst tenkelig smerte. I tillegg er det vesentlig å spørre om kvaliteten på smerten. Er det noe som kniver i ryggen, er det nærliggende å tenke på nerver som kan være affisert. Det er da snakk om nevropatiske smerter. Videre er det nyttig å registrere pasientens atferd. Vi kan se for oss den eldre damen som har brukket armen, men som ikke vil bry personalet med sine smerter. Når hun blir spurt vil hun ikke bekrefte at hun har smerter. Men når hun blir observert under dagliglivets aktiviteter har hun grimaser, sier «huff a meg» og unngår å bruke armen.

I tillegg er det i vårt bio-psyko-sosiale perspektiv viktig å kartlegge alder, kjønn, utdanning, bolig-situasjon, økonomiske situasjon, sivilstatus, sykehistorie og historie i forhold til valg, som gir en pekepinn for atferdsmønstre. Vi kan se for oss to damer som begge har fått diagnostisert osteoporose. De er i samme alder, og med samme fysiske konsekvenser som følge av osteoporose. Fru Nilsen er gift og har god støtte hjemme av sin ektemann. Han forventer at hun arbeider så mye hun orker, og hun har mange venninner hun drikker formiddagskaffe med de dagene hun ikke arbeider. Arbeidet er godt

tilrettelagt, og hun har inngått gode avtaler med sin arbeidsgiver. Det er dessuten den samme legen, samme ektefellen og samme arbeidsgiver som har fulgt henne gjennom flere stadier i livet og sykdommen. Hennes opplevelse og emosjonelle forhold til sin smerteintensitet vil sannsynligvis være annerledes enn hos fru Hansen. Fru Hansen har aldri hatt en fast arbeidsgiver. Hun har vært gift tre ganger, og har flyttet fra by til by. Hun har opplevd mer enn fru Nilsen har, og er glad for sine år på «loffen» i India. Men når hun nå er hjemme i sin leilighet alene etter den tredje skilsmissen, så har hun få som besøker henne og mange praktiske utfordringer i hverdagen. Utfordringer som fru Nilsen ikke har. Det er klart fru Hansen kan ha en annen emosjonell opplevelse av sin sykdom.

Å kjenne til pasientens livshistorie, gir muligheter for å iverksette individuelle tiltak, og kople inn annet helsepersonell, sosionom, ergoterapeut og hjemmesykepleie i tillegg til de rent farmakologiske stegene.

Atferd knyttet til smerte

Ferrell (1995) viser i sin studie at 83 prosent av sykehjemsbeboerne lider av smerter, som igjen fører til inaktivitet, depresjon og redusert livskvalitet. Pasienter med demenssykdom eller sykehjemsbeboere klager mindre over smerter. Men betyr dette at de har mindre smerteplager enn andre?

Ved økende alder er det en del sannsynlige smerteplager som manifesterer seg. Hyppigst er smerter

Smerteatferd kan ligne på demensatferd, og nødvendiggjør en systematisk kartlegging.

fra muskel og skjelett som artrose, gamle frakturer og smerter i nedre del av ryggen. Deretter følger angina pectoris, neuropati etter slag og perifere nevropatier som ved sequele ved diabetes (Miro et al., 2007 ; Thomas et al., 2004). Smertelokalisasjoner som er hyppigst funnet hos eldre er hender, knær, fotblad, ankel og rygg (Hadjistavropoulos et al., 2007). Relatert til palliativ behandling, vil dette influere på de fleste av dagliglivets funksjoner (ADL), og de tilrettelegginger vi gjør for pasientene. Både i forhold til å finne et godt leie, og

ved bevegelse. Det er verd å merke seg at få artikler nevner tann og munnhule, men dette er et viktig fokus for eldre (Cohen-Mansfield & Lipson, 2002). Innen palliativ omsorg er sopp i munnhulen eller senskader etter stråling og cellegift noe som gjør munnslimhinner, tannkjøtt og øvrige slimhinner til et aktuelt fokus.

For å svare på eget spørsmål ovenfor: «Betyr dette at de har mindre smertelager enn andre?», er svaret at pasienter med demens ikke har mindre smerter enn andre i samme situasjon, men redusert evne til å uttrykke seg, som beskrevet innledningsvis i artikkelen. Et viktig fokus og mål i et palliativt perspektiv, er å opprettholde pasientens funksjon, fysisk og psykisk. Pasienter med demenssykdom er ikke i stand til å ivareta sitt funksjonsområde. Dette er viktig å huske i omsorgen for pasienter som har demenssykdom i tillegg til kreftsykdom.

Smerteatferd kan ligne på demensatferd, og nødvendiggjør en systematisk kartlegging. En slik kartlegging eller evaluering av smerte må gjøres av en sykepleier på vegne av pasienten. Dette kalles proxy-rating. For å kunne skille angst, smerte, repeterende vokaliseringer og atferdsmønstre fra hverandre må kartleggingen gjøres av en person (proxy) med kunnskap om smerter og demens, og som også kjenner personen den skal vurdere smerter på vegne av.

I den forskningen som foreligger er det stor variasjon i hvilke begreper som blir brukt. Den samme atferden kan beskrives med flere forskjellige ord. Resultatene blir litt vanskelige å få oversikt over i forhold til hvilken atferd som beskriver smerte hos pasienter med demens. Det er også stor variasjon i studiene med tanke på kvalitet og omfang. Men når vi sammenfatter dette litt, finner vi følgende grupper av atferd vi bør være oppmerksomme på ved kartlegging av demente. Det er ansiktsuttrykk (AGS Panel 2002), kroppsspråk (Hadjistavropoulos et al., 2007), verbale klager/språk (AGS Panel 2002) og agitasjon (Hadjistavropoulos et al., 2007).

Smertekartleggingsverktøy

Skal vi forstå hva smerte er og i en kartlegging få med oss alt som er nødvendig for å kunne kartlegge smerte på vegne av andre, er et kartleggingsverktøy essensielt. Det verktøyet vi bruker må være tilpasset gruppen vi skal bruke dette i forhold til. Det er mange statistiske forutsetninger som er nødvendig for at et verktøy kan brukes. Dette blir for avansert å

beskrive her, men det er vesentlig at et verktøy måler hva det er ment å måle (validitet), og om de kan måle det samme over tid (reliabilitet). Så langt er det over 35 verktøy som er utviklet. Kun tre, CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2 har vært testet og finnes for klinisk bruk på norsk. Av disse tre er det MOBID-2 som med best sikkerhet kan vise til å måle smerte og som inkluderer flest aspekter ved smerte. Dette er også det mest anvendelige i klinisk praksis slik verktøyet fremstår i dag.

I tillegg til validitet og reliabilitet er det også flere aspekter vi må vurdere når vi skal velge et verktøy for å vurdere smerte hos pasienter med demens. Det er vesentlig at smerter fra muskel- og skjelettsystem blir vurdert under bevegelse. Årsaken til det er at vi automatisk vil holde den vonde foten i ro, eller unngå å bøye oss dersom det er magen som er vond. Når personen ikke selv kan forklare smertelokalisasjonen(e), blir bevegelse vesentlig. Det er også viktig at et verktøy kan inkludere alle smertelokalisasjoner en pasient har, fremfor å fokusere på ett og ett. Noen verktøy skiller ikke mellom smerteatferd og demensatferd. Det gjelder verktøy hvor hvem som helst kan gjøre en kartlegging, uten å kjenne pasienten sin vanlige atferd.

En del verktøy har basis i instrumenter tilpasset spedbarn. Slike verktøy tar ikke hensyn til at demente er voksne mennesker med en voksen kognisjon og mye erfaring, men som ikke lenger kan nyttiggjøre seg egen kunnskap og erfaring i samme grad som før. Likevel vil en del beskrivende ord og handlinger være annerledes enn det som er tilfelle hos barn.

Noen verktøy har svært mange aspekter ved seg, noe som øker faren for at det kan være for eksempel angst og ikke smerte som blir vurdert. Videre baserer noen verktøy sine score på sykepleieren sin hukommelse den siste uken, og vi vet jo selv hvor nøyaktig vi husker atferden til den enkelte pasienten vår etter at en ny uke er over.

Skal vi dra dette litt sammen ser vi etter et instrument som har dette som er beskrevet over, og som er testet på norsk. Det verktøyet som i best grad kan gi oss dette er MOBID-2. Dette verktøyet er beskrevet godt i flere artikler (Husebo et al., 2007 ; Husebo et al., 2008 ; Husebo et al., 2009 ; 2010), også en artikkel på norsk (Husebo, 2009).

MOBID-2 har to sider. Side 1 registrerer smerteatferd og smerteintensitet mens pasienten blir ledet gjennom fem øvelser: 1) åpne begge hender, 2) å strekke armene mot hodet, 3) bøye og strekke

ankler, knær og hofte, 4) snu seg i sengen, 5) sette seg opp på sengekanten. Den som utfører kartleggingen vurderer også pasientens respons fortløpende. Etter hver bevegelse krysses det av for smerte relatert atferd som: Lyder, «au!» stønner, ynker seg, gisper, skriker. Ansiktsuttrykk, lager grimaser, rynker pannen, strammer munnen, lukker øynene. Avvergereaksjon, stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg. Mobiliseringen avsluttes umiddelbart dersom man observerer atferd som kan være forbundet med smerte. Atferden registreres og tolkes av sykepleier ved hjelp av en NRS-skala.

Del 2 inkluderer instrumentet også smerteatferd antatt relatert til 6) hode, munn og hals, 7) bryst, lunge og hjerte, 8) øvre del av mage, 9) bekken, nedre del av mage, 10) hud, infeksjon, sår. En kroppsskisse gjør det lettere å holde fokus på alle lokalisasjoner for den enkelte pasient. For hvert fokus blir NRS-skalaen igjen brukt for å gi en intensitet for hver lokalisasjon. Når alle elementer, 1–10, er skåret, gis avslutningsvis en helhetlig vurdering av pasientens smerte, igjen på smerteintensitetsskalaen.

Før MOBID-2 smerteskala tas i bruk, anbefales det å gjennomføre et standardisert opplæringsprogram for pleiepersonalet. Her rettes det fokus mot ulike diagnoser og stadier av demens, smerte relatert til muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hud og hode, smerteatferd og bruk av smerteintensitetsskala.

Basert på forskning viser MOBID-2 smerteskala seg som et bedre smertekartleggingsverktøy enn andre lignende instrumenter. Som sykepleier er jeg i tillegg til at instrumentet måler hva det skal, også opptatt av å få integrert dette naturlig i min hverdag. Det er mitt ønske at andre skal få samme hjelp til å bli systematisk i kartlegging av smerter hos demente som jeg har fått.

En episode jeg husker godt, er fra et sykehjem: En travel pleier skulle ta meg med i stell. Formålet var egentlig at hun skulle lære å bruke MOBID-2 smerteskala. Hun opplevde ikke på noe vis at dette var viktig på forhånd og formidlet dette tydelig både verbalt, med sukk og like tydelig non-verbalt. Med favnen full av vaskefat, kluter, litt medisiner og med en stullefrakk over skulderen skred vi til verks. Først ble jeg satt inn i rutine som var vanlig å bruke hos denne damen. Jeg skulle gjøre øvelsene som vises på første del av MOBID-2 smerteskala, og hun skulle observere pasienten sin atferd. Pasienten var veldig rigid i muskulaturen og gav tydelig grimaser. Denne pasienten hadde så langt fremskredet demens at

MOBID-2 smerteskala
MOBILIZATION – OBSERVATION – BEHAVIOR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Anndeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, led og skjelett under morgentid. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar fortløpende det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Slapp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Følg et skjemat uttrykksatferd eller hør bevegelse.

Smerteatferd

Sett at eller flere krysser for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte

SMERTELYD
Hør
Stønne
Ynke
Gisper
Skrike

ANSIKTSUTTRYKK
Rynke pannen
Stramme munnen
Lukke øynene

AVVERGEREAKSJON
Stivne og beskytte seg
Skyve fra seg
Holde pusten
Krympe seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd: talk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

SETT ØRNE ALERE KRYSS I RUTEN FOR ENDEL OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strøke ansikt med hode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strøke armer, knær og hoftebøye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til andre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller skade. Utbeder alle disse observasjonene fra 1 dag og de siste dagene (siste observasjon).

Smerteatferd

Bruk front- og bakviden av kroppskartleggingen skiltet. Sett kryss for disse observasjonene relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd: talk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

6. Hode, munn, hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Bryst, lunge, hjerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MOBID-2 er et registrert varemerke for Smerte og Demens Norge

hun ikke lenger hadde språk, men hun kunne ynke seg. Ved å bruke MOBID-2 ble sykepleieren gjort oppmerksom på atferd som kan indikere smerte. Hun valgte derfor å avbryte stellet for å gi smertestilende før vi fortsatte. Situasjonen endret seg fra et fokus på arbeidsoppgaver, til et fokus på pasienten.

Dette og lignende situasjoner har jeg opplevd flere ganger. Vi blir gjort oppmerksomme og også sensitive på hva atferd kan bety eller indikere. Et annet aspekt som jo er grunnlaget. Ved å bruke MOBID-2 får vi en smerteintensitet, den kan vi vurdere vår egen smertebehandling ut fra.

For meg blir konklusjonen at systematisk vurdering av smerte er mangelfull, men avgjørende for alle pasienter og sykepleiere. Så lenge vi ikke har gode nok verktøy er det vanskelig å lage slike rutiner. Heldigvis finnes gode verktøy for de fleste pasientgrupper, nå også for pasienter med moderat til alvorlig demens.

Les mer om MOBID-2 i Sykepleien nr. 11. ■

SMERTESKALA: I skjemaet MOBID-2 smerteskala, skal sykepleieren blant annet krysse av for om pasienten har gitt uttrykk for smerter.

Referanser

1. AGS Panel. 2002. New AGS Guideline for Management of Persistent Pain: Description and Critique of American Geriatrics Society (AGS) Guideline. Available at: http://www.medscape.com/viewarticle/437463_3 [Aksessert September 17, 2010].
2. Buffum, M. D., Hutt, E., Chang, V. T., Craine, M. H. & Snow, A. L. (2007) Cognitive impairment and pain management: review of issues and challenges. *Journal of rehabilitation research and development*, 44 (2), s. 315-30.
3. Bogduk, H.M., 1994. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage Classification of Chronic Pain Second Edition., Seattle: IASP press.
4. Chui, H. C., Victoroff, J. I., Margolin, D., Jagust, W., Shankle, R. & Katzman, R. (1992) Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers. *Neurology*, 42 (3 Pt 1), s. 473-80.
5. Cohen-Mansfield, J. & Lipson, S. (2002) The underdetection of pain of dental etiology in persons with dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 17 (4), s. 249-53.
6. Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1998) Longitudinal changes in behavioral problems in old age: a study in an adult day care population. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 53 (1), s. M65-71.
7. Ferrell, B. R. (1995) The impact of pain on quality of life. A decade of research. *The Nursing clinics of North America*, 30 (4), s. 609-24.
8. Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R., Jackson, K., Parmelee, P. A., Rudy, T. E., Lynn Beattie, B., Chibnall, J. T., Craig, K. D., Ferrell, B., Fillingim, R. B., Gagliese, L., Gallagher, R., Gibson, S. J., Harrison, E. L., Katz, B., Keefe, F. J., Lieber, S. J., Lussier, D., Schmader, K. E., Tait, R. C., Weiner, D. K. & Williams, J. (2007) An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical journal of pain*, 23 (1 Suppl), s. S1-43.
9. Husebo, B. S. (2009) Pain assessment in dementia. *Tidsskrift for den Norske laegeforening* 129 (19), s. 1996-8.
10. Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Borgehusebo, S., Aarsland, D. & Ljunggren, A. E. (2008) Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9 (6), s. 427-33.
11. Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B. & Ljunggren, A. E. (2009) Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23 (1), s. 180-9.
12. Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B. & Ljunggren, A. E. (2010) Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24 (2), s. 380-91.
13. Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., Snow, A. L. & Ljunggren, A. E. (2007) Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *Journal of pain and symptom management*, 34 (1), s. 67-80.
14. Hyldmo, 2000. Demens som forlop. *Aldring og helse*, 15(1), s.2-5.
15. Kirkevold, O. & Engedal, K. (2009) Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. *Drugs & aging*, 26 (4), s. 333-44.
16. McCaffery, M. (1994) Ensuring pain relief. *Nursing*, 24 (9), s. 81-2.
17. Melzack, R. (1999) From the gate to the neuromatrix. *Pain, Suppl* 6, s. S121-6.
18. Melzack, R. & Wall, P. D. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150 (699), s. 971-9.
19. Miro, J., Paredes, S., Rull, M., Queral, R., Miralles, R., Nieto, R., Huguet, A. & Baos, J. (2007) Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *European journal of pain*, 11 (1), s. 83-92.
20. Romoren, T. I. (1997) [Aging as scientific challenge]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening* 117 (26), s. 3761.
21. Thomas, E., Peat, G., Harris, L., Wilkie, R. & Croft, P. R. (2004) The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*, 110 (1-2), s. 361-8.



**VIL DU VITE MER OM MYELOMATOSE?
BESØK VÅR NYE HJEMMESIDE!**

www.mm-info.org



Janssen-Cilag AS
Postboks 144
1325 Lysaker
Tel 24 12 65 00
Fax 24 12 65 10
www.janssen-cilag.no

JC-110809-1



Spre informasjonen!

Kontaktperson:

Anne Grev

Telefon: jobb 61 18 98 73, mobil 90 20 69 01

E-post: anne.grev@gjovik.kommune.no

Finn kurs

Det er til enhver tid annonsert relevante kurstilbud på hjemmesidene til de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling.

Gå inn på www.palliasjon.no og skaff deg opplysninger om disse.

København

06. – 07. oktober 2011

1.st international seminar of PRC and the EAPC RN

Seminar om aktuelle temaer med forelesere fra hele verden. Arrangementet er i regi av the European Palliative Care Research Centre (PRC) og the European Association for Palliative Care Research Network (EAPC RN).

Les mer på: palliasjon.no

Rica Nidelven Hotell, Trondheim

06. – 08. oktober 2011

Landskonferanse i kreftsykepleie

Tittelen på konferansen er «Bevegelse i ny tid,» og program- og arrangement-komiteen byr på et allsidig og spennende program – med hovedforelesninger, parallellsesjoner/workshops, posterutstilling, sosiale sammenkomster og kulturelle innslag.

Bevegelse – og utfordringer inn i ei ny tid går som en rød tråd gjennom hele konferansen. I et helsevesen som stadig er i endring er det viktig å være med på å sette dagsorden, jobbe fram gode løsninger og samtidig holde fast på grunnleggende etiske verdier.

Oslo

10. – 12. november

16 th Nordic Forum for nursing working with stamcell transplantation.

Årlig nordisk konferanse for sykepleiere som jobber med stamcelletransplantasjoner. Hovedfokusgruppen er sykepleiere som jobber innenfor onkologi/hematologi med pasienter som har gjennomgått eller får behandling i form av stamcelletransplantasjon både allogent og autolog.

Holmenkollen Park hotell Rica, Oslo

17. – 18. november

Onkologisk forum

Onkologisk forum er en viktig møteplass for leger, sykepleiere, forskere og andre som er engasjert i arbeidet med å bekjempe kreft. Konferansen går i november hvert år.

2-dagers konferansen har foredrag i plenum, samt egne møter for de ulike kreftgruppene. Det er egne forelesninger for sykepleiere. Programmet har stor spennvidde og berører tema fra basal forskning, etablering av nye behandlingsprinsipper, anvendelse av ny diagnostikk m.m.

Trondheim

7. – 9. juni 2012

7. th World Research Congress of EAPC

Kongressens hensikt er å reflektere over hvor «palliative cares forskning» står i dag, og å være en verdensarena for ledende forskning i fagfeltet.

Hotel Radisson Blu Holberg, Oslo

19. – 21. september 2012

Landskonferanse om utfordringer ved livets slutt

Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst, er vertskap for den 12. landskonferansen som går av stabelen høsten 2012. Målgruppen er alle som er engasjert i det palliative feltet i Norge. Vi håper på bred deltakelse fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, utdannings- og forskningsinstitusjoner. Konferansen søkes godkjent som tellende kurs for aktuelle faggrupper.

Fordelene med intranasal administrasjon av fentanyl



- ▶ Rask absorpsjon gjennom slimhinnen i nesen^{1,2}
- ▶ Unngår førstepassasje metabolisme¹
- ▶ Lett å bruke^{1,2}
- ▶ Også for pasienter med munntørighet

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Ledelse av kriseteam

Krise- og beredskapsledelse presenterer en struktur som kan brukes til systematisk trening av krise- og beredskapsteam. Strukturen tar utgangspunkt i det som kjennetegner team som presterer optimalt i hurtigutviklende og krevende situasjoner, ifølge forlaget.

Boka presenterer strategier og metoder for å lære teamkunnskaper, ferdigheter og holdninger.

Krise- og beredskapsledelse, Cappelen Damm Akademisk

BOKOMTALE



Personlige betraktninger

Livet er... handler om viktigheten av å snu tankene og velge fokus, om å se mulighetene vi selv har for å gjøre noe med vår situasjon. Forfatteren Åse Frafjord Johnson formidler budskapet med sine egne illustrasjoner, sitater og korte personlige tekster.

Boken ble til i en krevende periode av Åses liv. Hennes store kjærlighet, Ivar, hadde nettopp dødd av hjernesvulst. I tiden etter at Ivar døde, begynte hun å skrive ned positive ting som skjedde i løpet av dagen i en liten notisbok. For henne var dette en hjelp til å holde fokus på de gode sidene som livet tross alt bestod av. Ikke som en flukt fra sorgen, men som en konkret måte å bevisstgjøre seg selv på for å kunne leve så godt som mulig videre med sorgen. Notatene og skribleriene ble etter hvert til boken "Livet er..."

Livet er..., Drivkraft forlag

BOKOMTALE



Et dannet helsevesen

På sporet av et dannet helsevesen tar for seg nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet. I intervjuer forteller pasienter og pårørende om sine erfaringer med helsevesenet, og deres erfaringer gir innsikt i hva dannelse handler om.

Forfatteren Herdis Alvsvåg er utdannet sykepleier, sykepleielærer og cand.polit. i sosiologi. Alvsvåg arbeider som førsteamanuensis ved Haraldsplass diakonale høgskole i Bergen.

På sporet av et dannet helsevesen, Akribe

BOKOMTALE



Fra nerver til nærvær

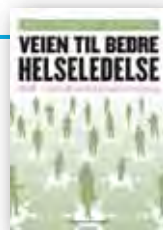
Angst og depresjon er de viktigste årsakene til arbeidsfravær i Norge, ifølge forfatterne av boken *En jobb å gjøre*. De viser hvordan vi kan forebygge angst, depresjon, stress og andre psykiske plager og hjelpe dem som har det vanskelig på jobb. Forfattere er psykologene Bjørnar Olsen og Pål Nystuen.

En jobb å gjøre, Gyldendal

En klok mann leser både i boken og i livet.

LIN YUTANG, KINESISK FILOSOF OG FORFATTER

BOKOMTALE



Individbasert kompetansestyring

Det er nødvendig å se med nye øyne på styringen av fremtidens kommunehelsetjeneste, mener Marit Strandquist og Lise Adal, som står bak boken *Veien til bedre helseledelse*.

Krav og forventninger til hva kommuner og den enkelte helsearbeider skal ivareta øker, mens den økonomiske rammen er trang. Denne boken presenterer individbasert kompetansestyling (IKOS), en modell for hvordan kommuner kan møte utfordringene innenfor sin økonomiske ramme. Målet med IKOS er kvalitet, arbeidsmotivasjon og effektivitet gjennom riktig bruk av kompetanse.

Veien til bedre helseledelse, Kommuneforlaget

BOKOMTALE



Vær mer til stede

Denne boken tar for seg fenomenet tilstedeværelse og betydningen tilstedeværelse har for eget liv og for samspill med andre. Gjennom praktiske oppgaver og refleksjonsøvelser gir boken anledning til å trene på systematisk selvobservasjon av egne tanker, følelser og kroppsfunnelser. Boken viser hvordan tilstedeværelse virker inn på det å skape gode og helsefremmende relasjoner både i privatlivet og på arbeidsplassen. Forfatter er Anne Gerd Samuelsen

Kunsten i tilstedeværelse, Kommuneforlaget

BOKOMTALE



Vennskap, humor og livsmot

«Latterbrølet som runget gjennom de bleke korridorene i sjuende etasje på Radiumhospitalet i november 2007 virket nærmest malplassert. Brølet stammet fra tre godt voksne menn. Alle hadde vi en slange med drypp av cellegift i underarmen.» skriver forfatter Haakon Bull-Hanssen i boken *Strålekameratene*.

Strålekameratene skildrer Haakon Bull-Hanssens ferd gjennom det moderne helsevesenet. Leseren tas med på en reise i menneskelig svakhet, hjelpeløshet og forvirring. Men først og fremst er boken en fortelling om vennskap.

Strålekameratene, Kagge forlag

nyre kreft .no

En helt ny kunnskapportal om nyrekreft

 NOVARTIS
ONCOLOGY

D:\nove\04\04\2010_9801.no

Få kommuner har øremerket kreftsykepleierstilling

En kreftsykepleier i hver kommune, som kan koordinere behandlingstilbudet, vil gjøre behandlingsprosessen bedre for pasientene. Kun én av tre kommuner har en slik øremerket stilling.



Tekst **Eva Mari Alvestad Harboe**, sekretær FKS, fagutviklingssykepleier OUS, Radiumhospitalet

Norge består av 431 kommuner. Våren 2010 ringte medlemmer av hovedstyret i FKS til kontaktpersoner i hver kommune for å få svar på følgende: Finnes det øremerket kreftsykepleierstilling i kommunen og eventuelt i hvilken stillingsprosent? Samtidig spurte vi om de hadde kreftsykepleiere som var ansatte i en ikke-øremerket stilling. Resultatet viser at en tredjedel av Norges kommuner har

øremerket stilling som kreftsykepleier.

Om undersøkelsen

Arbeidet var ressurskrevende, og kanskje ikke den beste måten å gjennomføre undersøkelsen på, men vi fikk svar fra litt over 400 kommuner. Vi har ikke utført en vitenskaplig undersøkelse, og tallene er heller ikke kvalitetssikret. Det var litt tilfeldig hvem vi fikk kontakt med i kommunene. Vi

snakket med enhetsledere, tildelingskontor og helsesjefer. Vårt mål var kun å få en oversikt over øremerkede kreftsykepleierstillinger i kommunene. I ettertid har vi tenkt at vi skulle spurt om langt flere ting, blant annet hvilke tilbud de har mulighet til å gi kreftpasienter og deres pårørende rundt i Norges land med knappe ressurser. Vi fikk allikevel en god del opplysninger om hvordan de ulike kommunene

Bakgrunnen for undersøkelsen

Undersøkelsen ble gjort for å finne ut hvor mange kreftsykepleiere som er ansatt i øremerkede stillinger i kommunene.

Følgende er sakset fra Stortingsmelding 47 fra 2008/2009, som er den mye omtalte Samhandlingsreformen. Den skal tre i kraft 1. januar 2012:

«Jeg har sans for formuleringen at «pasienten er midlertidig utskrevet til spesialisthelsetjenesten». Det innebærer at

sykehuset skal yte spesialisthjelp og at pasienten skal raskt tilbake til hjemkommunen når han/hun er ferdig behandlet. Skal vi lykkes med gode pasientforløp, må vi sette kommunene i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging. Pasientene skal få rett behandling på rett sted til rett tid. Det skal vi klare med samhandlingsreformen»(1).

Hovedstyret i Forum for kreftsykepleie (heretter FKS)

OVERSIKT KREFTSYKEPLEIERE I NORGE

Fylke	Antall kommuner	Antall med øremerkede stillinger	Variasjon antall	Variasjon %	Kreftsykepleiere totalt i fylket
Møre og Romsdal	36	10 av 36	1 til 5	10-100	40
Nord-Trøndelag	24	13 av 24	1 til 5	20-100	16
Sør-Trøndelag	24 av 25	10 av 24	1 til 3	10-100	16
Sogn og Fjordane	26	7 av 26	1 til 1	20-100	5
Buskerud	18 av 21	5 av 18	1 til 1	20-100	5
Akershus	22	7 av 22	1 til 3	60-100	5
Rogaland	26	3 av 26	1 til 1	100 - 100	20
Hordaland	3 av 32	16 av 29	1 til 2	20 - 100	12
Hedmark	22	14 av 22	1 til 5	20-100	29
Oppland	25 av 26	10 av 25	1 til 1	10-100	13
Telemark	18	2 av 18	1 til 4	10-100	13
Vestfold	14	5 av 9	1 til 4	30-100	11
Østfold	15 av 18	3 av 15	1 til 2	20-100	4
Nordland	34 av 44	13 av 34	1 til 2	25 - 100	13
Troms	25	7 av 25	1 til 4	20-100	11
Finnmark	19	4 av 19	1 til 1	50-100	5
Oslo	15 bydeler	2 av 15	1 til 1	100 - 100	2
Vest Agder	15	2 av 15	1 til 1	100-100	3
Aust Agder	15	1 av 15	1 til 1	60-60	0

Forklaring til tabellen:
Antall kommuner vi har fått svar fra ift hvor mange kommuner fylket har

Øremerkede stillinger:
 Antall kommuner med øremerkede stillinger for kreftsykepleiere

Variasjon i antall
 kreftsykepleiere

Variasjon i stillingsprosent for de som arbeider i øremerket kreftsykepleierstilling

Antall kreftsykepleiere totalt i fylket

løser utfordringene for kreftpasienter som trenger hjelp der de bor. Det er fantastisk å høre om de kommunene som kan mobilisere alt de har av ressurser når de får kreftpasienter som ønsker å være hjemme. Det som ikke kommer fram i kartleggingen er også de kommunene som samarbeider på

tvers av kommunegrensene, noe som er utbredt i Nordland fylke.

Bra noen steder

Som et eksempel kan vi nevne at Møre og Romsdal fylke med 36 kommuner kom best ut i denne kartleggingen når det gjelder antall kreftsykepleiere ansatt

i kommunehelsetjenesten. Totalt er det 40 kreftsykepleiere ansatt, fordelt på 36 kommuner. Av disse har ti kommuner øremerket stilling i stillingsbrøker fra ti til hundre prosent. 16 kommuner har kreftsykepleiere i ikke-øremerkede stillinger, mens 11 kommuner har ingen kreftsykepleiere

har tatt Bjarne Håkon Hansen på ordet, og kartlagt antall kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten for å kunne bruke det for å påvirke opprettelsen av flere øremerkede kreftsykepleierstillinger.

Handlingsplanen for FKS 2010/2011 sier blant annet.: «Det skal være en øremerket stilling som kreftsykepleier i hver kommune/bydel for å koordinere sykepleien til kreftpasienten og deres pårørende» (2). Vi ønsker at minst en

kreftsykepleier i hver kommune skal være ansatt i en øremerket stilling slik at kreftkompetansen blir værende selv om en slutter. Vi vet at mange kreftsykepleiere er ansatt i kommunehelsetjenesten, men få i øremerkede stillinger. Vårt mål er blant annet å påvirke kommunehelsetjenesten til økt forståelse for og prioritering av en øremerket kreftsykepleierstilling. Dette er også i tråd med det Samhandlingsreformen kaller et «Kontaktpunkt» (1).



RESSURSPERSON: En kreftkoordinator ska bidra til tverrfaglig samarbeid, i tillegg til å hjelpe pasienter og pårørende med å finne fram i hjelpeapparatet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

ansatt. Da vi snakket med personer i kommunene kom det fram at i de kommunene som ikke har øremerkede stillinger arbeider kreftsykepleierne som «vanlige sykepleiere» og innehar ikke et spesielt ansvar overfor kreftpasienter.

Bærum kommune har flere normerte stillinger på forskjellige lokasjoner. I forhold til folketallet har de få kreftsykepleiere, men de har et nært og godt samarbeid med kreftavdelingen på lokalsykehuset og Hospice Stabekk. Oslo har 15 bydeler, der to av disse har øremerket stilling for kreftsykepleier. Fransiskushjelpen og Hospice Lovisenberg er i tillegg til lokalsykehusene viktige samarbeidspartnere for bydelene.

Et eksempel fra Rogaland kan også trekkes fram: En svært engasjert kreftsykepleier i en av kommunene arbeidet aktivt med å bidra til en kreftplan i kommunen, der hun viste behovet for å ha en kreftkoordinator ansatt. Med stor stå på vilje over flere år fikk hun gjennomslag. Hun er nå ansatt som kreftkoordinator i denne kommunen.

Hva skjedde så?

Etter at styret i FKS hadde foretatt kartleggingen inviterte vi forbundsleder Lisbeth Normann på et av våre styremøter, der hun utfordret oss på å gå videre med å bidra til å etablere flere øremerkede stillinger som

kreftsykepleiere. I sommer har det flere ganger kommet fram i media at det er stor mangel på kompetanse i kommunehelsetjenesten, og pasienter med kreft er blitt trukket fram som eksempel. NRK Dagsnytt fredag morgen 19. august 2011 hadde fokus på akkurat dette. I innslaget ble en kvinne med nydiagnostisert brystkreft intervjuet, og hun påpekte viktigheten av å ha en kontaktperson med kompetanse der hun bor. Lisbeth Normann refererte fra vår kartlegging og poengter at 2 av 3 kommuner i landet ikke har øremerkede stillinger som kreftsykepleiere. Hun sier blant annet at pasienten skal oppleve trygghet der de bor, trygghet for at de får den kompetansen de trenger, og ikke sliter seg ut på ting de burde slippe å tenke på. Med økt kompetanse kan mennesker med kreft og deres pårørende oppleve denne tryggheten.

Det lover bra at representanten fra Helse – og omsorgsdepartementet i innslaget trekker fram Kompetanseløftet 2015, der det bevilges 270 millioner kroner årlig for å øke kompetansen i kommunene (3). Vi i FKS kan bidra til at noe av de økte midlene blir øremerket kreftsykepleiere. Som faggruppe må vi stå sammen, påvirke hverandre og bruke lokallagene aktivt. Engasjerte kreftsykepleiere rundt i landet bør få drahjelp slik at de kan påvirke sin kommune til å etablere kreftkoordinatorer. Antallet kreftpasienter øker og behovet for hjelp øker gjerne i takt med det. Vi kan ikke klare oss uten kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten. Kreftsykepleiere bør både ha en koordinerende, undervisende og utøvende funksjon i møtet med kreftpasienten, deres pårørende og annet helsepersonell.

Artikkelen «Gir god kreftomsorg» av Hege Birketvedt Eklund i Sykepleien (4) er vel verdt å lese. Hennes litteraturstudie viser at det er et stort behov for kreftkoordinatorer i kommunehelsetjenesten.

En nødvendig brikke i behandlingen

Ingen andre pasientkategorier må forholde seg til så mange instanser i behandlingsskjeden som kreftpasienten. Det gjør kreftkoordinatoren til en viktig brikke i kreftomsorg og palliasjon i kommunene.

Tekst Anne Grev, varamedlem FKS og kreftkoordinator i Gjøvik kommune

Helse-Norge er i endring. Sykehusstrukturen endres, liggedøgnene blir færre og samhandlingsreformen peker på at mer av behandlingen skal skje på kommunalt nivå. Reformen er like om hjørnet. Kreftpasientene vil nok i stor grad merke dette.

Min påstand er at ingen andre pasientkategorier må forholde seg til så mange instanser i behandlingsskjeden som kreftpasienten. Kompleksiteten sier at tverrfaglighet er nødvendig og viktig. Kreftbehandling og omsorg utføres i kommunehelsetjenesten og på ulike nivåer i helseforetakene. Dette handler derfor om at kreftpasientene må forholde seg til utrolig mange mennesker i en sårbar og vanskelig fase i livet. En av de store utfordringene i kreftomsorgen blir derfor å skape helhet og sammenheng i tilbudet til pasientene.

Flere kommuner har løst dette ved å opprette egne stillinger som kreftsykepleier/ kreftkoordinator, men som FKS sin kartlegging viser er det altfor mange kommuner som ikke har prioritert dette.

Opgavene for en kreftkoordinator/ kreftsykepleier er mange og utfordrende, noe som gjenspeiler den komplekse situasjonen kreftpasientene er i. Derfor



KREFTKOORDINATOR: En viktig oppgave for Anne Grev er å hjelpe pasienter i Gjøvik kommune til å finne fram i hjelpeapparatet.

er det svært viktig å opprette stillinger der faglige og engasjerte sykepleiere har mulighet til å utøve kreftsykepleie til alle som trenger det, og i tillegg kunne være det bindeleddet som så ofte trengs.

Kreftplan i Gjøvik

Jeg jobber som kreftkoordinator i Gjøvik. Det er en kommune med nærmere 30 000 innbyggere. Kommunen har satset på kreftomsorg. Kreftsykepleierstilling ble opprettet i 2007, og en av

de første oppgavene var å utarbeide en kreftplan for kommunen (5). Det ble etablert en arbeidsgruppe som besto av relevante fagpersoner med beslutningsmyndighet. Det ble lagt vekt på at planen skulle være praktisk, ikke ha for mange satsingsområder og at den skulle være levende og revideres jevnlig. Planen fikk oppslutning i administrasjonen og ble vedtatt av kommunestyret. Dette er helt nødvendig for å få iverksatt tiltak, som ofte krever bevilgninger. I

Gjøvik ble kreftplanen starten på strukturering av kreftarbeidet som har båret frukter, og som kanskje kan være en idé andre kommuner kan dra nytte av. Gjøvik er en forholdsvis stor kommune i norsk målestokk. Organiseringen av kreftomsorgen må selvfølgelig tilpasses størrelsen på kommunen, men uansett størrelse tror jeg at behovet for en kreftsykepleier i heltids- eller deltidstilling er nødvendig.

Det er viktig å ha fagkompetanse for å skape trygghet både overfor pasienter og i samarbeid med andre faggrupper. Kreftsykepleieren må tørre å være synlig og tilgjengelig, og dessuten ha evne til å bygge nettverk og være bindeledd mellom mange aktører.

Kreftkoordinator/ kreftsykepleier bør også være sentralt plassert i helse- og omsorgstjenesten. I Gjøvik er stillingen organisert under enhet for tildelingstjenester. I mindre kommuner kan det kanskje være like naturlig at den legges under hjemmetjenesten i et nært samarbeid med sykehjem/ omsorgssenter.

Varierte oppgaver

Arbeidsoppgavene til kreftsykepleier/ kreftkoordinator er mange og varierte. Kontakten direkte med pasient og pårørende er essensen i arbeidet og

omfanget vil variere med kommunens størrelse. I Gjøvik er det seks omsorgsdistrikter som har hver sin kreftkontakt, som innehar en 20 % stilling. Disse kontaktene er kreftkoordinators forlengede arm ut til brukerne. For å ivareta tverrfagligheten er en fysioterapeut tilknyttet nettverket.

Som kommunens kreftkoordinator får jeg mange telefoner fra pasienter og pårørende som trenger hjelp til å finne fram i hjelpeapparatet. Funksjonsfordelingen i helsevesenet er faglig sett et gode, men ikke alltid like enkelt å finne fram i. I tillegg til kommune og lokalsykehus er Oslo Universitetssykehus sentral i kreftbehandlingen, men det er blitt stort og er for tiden noe uoversiktlig.

I mitt arbeid som kreftkoordinator er jeg en dag i uken på lokalsykehuset. Dette er for å sikre god samhandling ved utskrivning av pasienter. Dette innebærer samtaler med pasient og pårørende, bidra til tverrfaglig samarbeid og fokus på rehabilitering. Fokuset avhenger også om pasienten er i en kurativ eller i en palliativ situasjon. Kreftkoordinator og kreftkontaktene rundt i kommunene samles dagen etter og forbereder tiltak ute hos pasientene.

Undervisning og bruk av felles verktøy som ESAS og Individuell plan

blir det også brukt mye tid på.

Hovedsatsingen i kreftplanen var etablering av en kommunal lindrende enhet. Denne enheten ble åpnet i slutten av november 2010 og har seks senger. Vi fikk 10,5 nyopprettede stillinger og de ansatte har høy kompetanse. Dette har vært et viktig ledd i kreftomsorgen. Spisskompetanse innen palliasjon er nødvendig.

I tillegg til dette består arbeidet av undervisning og veiledning, møter med fastleger, helsesøstre og annet personell for eksempel fra barnehager, skoler, kreftforening, Nav.

Det er gledelig at Norsk Sykepleierforbund har tatt undersøkelsen til Forum for kreftsykepleiere på alvor og støtter arbeidet for å få etablert slike stillinger. Kreftforeningen har også sett nødvendigheten av arbeidet. De har henvendt seg til alle landets kommuner ved rådmennene for eventuell bistand med etablering av stillinger. ■

Referanser:

1. Stortingsmelding 47; www.helseogomsorgsdepartementet.no
2. Handlingsplan for Forum for kreftsykepleie; www.sykepleierforbundet.no/kreftsykepleie
3. Kompetanseløft 2015; www.helsedirektoratet.no
4. «Gir god omsorg» www.sykepleien.no (2010.98 (14): 48-51)
5. Kreftplan Gjøvik kommune 2008 - 2011

Skriv – og vinn 1000 kroner



For å stimulere deg til å sende ditt bidrag til Kreftsykepleie, har styret i NSF's Faggruppe FKS besluttet at alle som publiserer i Kreftsykepleie, deltar i trekningen av et gavekort på kr. 1000 pr. forfatter.

Det trekkes ett gavekort i året. Alle som har publisert i Kreftsykepleie dette året, deltar i trekningen i desember 2011.



LEKER MED ROTTER. En dyrepleier ved Norsk Hydros Institutt for kreftforskning ved Radiumhospitalet, viser frem noen av forsøksdyrene ved instituttet. Året er 1955. I bildeteksten sto det den gang: «Forskerne ved Instituttet bruker i stor utstrekning dyr som forsøksobjekter, særlig mus og rotter, men også

kaniner. Forsøksdyra leveres av Instituttets egen dyrestall. Musene og rottene er de kvinnelige dyreplassens kjæledeger og her kryper de rundt på en av kvinnene.»

Ifølge data innsamlet av EU, brukes om lag 12 millioner dyr til laboratorie-eksperimenter hvert år i EU-landene.

Kilde: Scanpix og NRK.

Bedre oppfølging etter behandling



OKT KUNNSKAP: Både helsepersonell og pasienter må få mer kunnskap om seinskader, mener arbeidsgruppen.

Myndighetene vil gjøre mer for pasienter som risikerer sein-effekter etter kreftbehandling.

Kreftbehandling kan ha negative helseeffekter mange år etter at behandlingen er avsluttet. En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet har sett på hvilke pasientgrupper som er mest utsatt for sein-effekter, og hvordan man bør følge opp disse.

Arbeidsgruppens rapport er nå ute på høring, med frist til 10. oktober. Den anbefaler:

1. Ansvar for oppfølging av de fleste kreftoverlevende legges til fastlegene.
2. De nasjonale handlingsprogrammene må på standardisert måte omtale risiko, forebygging og diagnostikk av de hyppigste sein-effekter i egne avsnitt, elektronisk tilgjengelig for fastlegene.
3. Kreftoverlevende bør få skriftlig informasjon om risiko og forebygging av sein-effekter.
4. Det bør opprettes et nasjonalt nettverk av onkologer med spesialkompetanse i sein-effektproblematikken etter kreft, for koordinering av oppfølging av kreftoverlevende med sammensatt problematikk, innenfor regionen. Onkologer og barneonkologer bør samarbeide i dette nettverket.
5. Kunnskap og kompetansen omkring sein-effekter må heves blant helsepersonell og legges inn i grunnutdannelsen.
6. Det må legges til rette for forskning på kreftoverlevelse på nasjonalt nivå, for eksempel ved økt samarbeid med Kreftregisteret og muligheter for surveys blant risikopasienter.
7. Tidsrammen for lov om pasientskadeerstatning bør utvides til 30-40 år.

Les rapporten fra arbeidsgruppen, og mer om prosjektet på: www.helsedirektoratet.no/kreft/bedre_opp_f_lging_etter_kreftbehandling_816024

C Zometa Novartis



Benresorpsjonshemmer. Varenummer ATC-nr.: M05BA08

KONSERTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 4 mg/5 ml: 1 ml inneholder 4 mg Zoledronsyremonohydrat tilsv. zoledronsyre 0,8 mg, mannitol, natriumsulfat, sterilt vann.1

Indikasjoner: Forebygging av skjelletrelaterte hendelser (patologiske frakturer, ryggmargskompresjon, bestråling eller kirurgisk behandling av skjelletmetastaser, eller tumorindusert hyperkalsemi) hos pasienter med utbredt kreftsykdom som involverer skjellett. Behandling av tumorindusert hyperkalsemi (TH).

Dosering: Skal kun brukes av legger med erfaring i bruk av intravenøse bifosfonater. Infusjonsvæsken må ikke blandes med kalsium eller andre infusjonsvæsker med overvige kalium, som f.eks. Ringer-laktat oppløsning, og bør administreres alene i separat infusjonsstange. Voksne og eldre: Anbefalt dose til forebygging av skjelletrelaterte hendelser ved utbredt kreftsykdom som involverer skjellett, er zoledronsyre 4 mg infusjonsvæske (fortynnet med 100 ml natriumklorid 9 mg/ml eller glukoseoppløsning 50 mg/ml), gitt som i.v. infusjon over minst 15 minutter hver 3.-4. uke. Pasienter bør også få 500 mg oral kalsiumtilskudd og 400 IE D-vitamin daglig. Anbefalt dose ved hyperkalsemi (altumulongerigert serumkalsium ≥ 12 mg/dl eller 3 mmol/liter) er zoledronsyre 4 mg infusjonsvæske (fortynnet i 100 ml natriumklorid 9 mg/ml eller glukoseoppløsning 50 mg/ml), gitt som enkelt i.v. infusjon over minst 15 minutter. Pasienter må være godt hydrert før og under administrering av zoledronsyre. Nedsatt nyrefunksjon: TH: Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør preparatet kun brukes etter nytte-risikoevaluering. Unødvendig med dosjustering ved serumkreatinin < 400 μ mol/liter eller $< 4,5$ mg/dl. Forebygging av skjelletrelaterte hendelser hos pasienter med utbredt kreftsykdom som involverer skjellett. Serumkreatinin og kreatin clearance (OCR) bør bestemmes når behandling inntas hos pasienter med multipelt myelom eller metastatiske benlesjoner fra solide tumorer. OCR beregnes ut fra serumkreatinin ved å bruke Cockcroft-Gault-formelen. Preparatet anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon, dvs. OCR < 30 ml/minutt. Følgende doser anbefales til pasienter med benmetastaser ved OCR 30-60 ml/minutt:

Kreatin clearance ved behandlingsstart (ml/minutt)	Anbefalt dose ¹	Volum konsentrat
> 60	4 mg	5 ml
50-60	3,5 mg	4,4 ml
40-49	3,3 mg	4,1 ml
30-39	3 mg	3,8 ml

¹ Doser er beregnet ut fra ønsket AUC på 0,66 mg x time/liter (OCR > 75 ml/minutt). De lavere dosene som er anbefalt for pasienter med nedsatt nyrefunksjon forberes å gi samme AUC som observert hos pasienter med kreatin clearance på 75 ml/minutt.

Det opptrukne volum av konsentratet må fortynnes videre i 100 ml sterilt natriumkloridoppløsning 9 mg/ml eller glukoseoppløsning 50 mg/ml. Serumkreatinin bør måles før hver dose, og behandlingen holdes tilbake hvis nyrefunksjonen forverres. Behandlingen bør kun gjenopptas når serumkreatinin igjen er innenfor en økning på 10% av verdien ved behandlingsstart, og da med samme dose som før behandlingen ble avbrutt. Barn: Bruk hos barn er undersøkt i 2 kliniske studier av behandling av alvorlig osteogenesis imperfecta. Preparatet bør ikke brukes til barn da sikkerhet og effekt ikke er klarlagt.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for zoledronsyre, andre bifosfonater eller noen av hjelpestoffene. Amming. Graviditet.

Forsiktighetsregler: For administrering må pasientene vurderes for å sikre at de er tilstrekkelig hydrert. Overhydrering bør unngås ved risiko for hjertesvikt. Etter behandlingsstart bør hyperkalsemielaterte metabolske parametre, som serumnivåene av kalsium, fosfat og magnesium, følges nøye. Hvis hyperkalsemi, hypofosfatemi eller hypomagnesiemi oppstår, kan det være nødvendig med tilleggsbehandling i en kort periode. Pasienter med ubehandlet hyperkalsemi har som regel en viss grad av nedsatt nyrefunksjon. Nøye oppfølging av nyrefunksjonen bør derfor vurderes. Zometa inneholder samme virkestoff som Aclasta (zoledronsyre). Pasienter som behandles med Zometa bør ikke behandles med Aclasta samtidig. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke kjent og preparatet bør derfor ikke brukes til barn. Hos pasienter med TH med tydelig forverring av nyrefunksjonen bør det vurderes nøye hvorvidt den potensielle fordelen med behandling oppveier mulig risiko. For å gjøre om pasienter med benmetastaser skal behandles for å forebygge skjelletrelaterte hendelser, bør det tas i betraktning at behandlingseffekten inntreffer etter 2-3 måneder. Behandling med bifosfonater er forbundet med tilfeller av nedsatt nyrefunksjon. Faktorer som kan øke risikoen for forverring av nyrefunksjonen inkluderer dehydrering, allerede nedsatt nyrefunksjon, gjentatte behandlinger med Zometa og andre bifosfonater, samt bruk av andre nefrotoksiske legemidler. Selv om risikoen reduseres ved å administrere zoledronsyre over 15 minutter, kan forverring av nyrefunksjonen fortsatt forekomme. Forverring av nyrefunksjonen, inkl. utvikling til nyresvikt og behov for dialyse er rapportert etter oppstart, eller etter en enkelt dose. Økning i serumkreatinin kan også forekomme hos noen pasienter ved kronisk administrering av zoledronsyre med anbefalte doser til forebygging av skjelletrelaterte hendelser, men mindre hyppig. Lavere doser anbefales ved inntas av behandling hos pasienter med benmetastaser med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Pga. potensiell innvirkning av zoledronsyre på nyrefunksjonen, mangel på kliniske sikkerhetsdata hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon ved behandlingsstart (serumkreatinin ≥ 400 μ mol/liter eller $\geq 4,5$ mg/dl hos pasienter med TH, serumkreatinin ≥ 65 μ mol/liter eller $\geq 7,0$ mg/dl hos pasienter med kreft og benmetastaser), og kun begrensete farmakokinetiske data hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon ved behandlingsstart (kreatin clearance < 30 ml/minutt), anbefales ikke bruk hos denne pasientgruppen. Det er begrensete kliniske data hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Tilfeller av osteonekrose i kjøven er rapportert, hovedsakelig hos kreftpasienter. Mange av disse pasientene ble samtidig behandlet med kjemoterapi og kortikosteroider. De fleste tilfellene er rapportert i forbindelse med tannebehandling (f.eks. tannrekking, mange av pasientene viste tegn til lokal infeksjon, inkl. osteomyelitt). Ved samtidig risikofaktorer (f.eks. kjertelkjempoterapi, kortikosteroider, dårlig munnhygiene) bør tennene undersøkes og nødvendig forebyggende tannebehandling vurderes for behandling med bifosfonater. Invasiv tannebehandling bør om mulig unngås hos slike pasienter under behandling med bifosfonater. Tannkrur kan forverre tilstanden hos pasienter som utvikler osteonekrose i kjøven under behandling med bifosfonater. Selv om årsaksammenheng ikke er vist, bør tannkirurgiske inngrep unngås da tilhelingen etter inngrepet kan forlenges. Hos pasienter der tannebehandling er nødvendig foreligger det ingen data som antyder at seponering av bifosfonat nedsaker risikoen for osteonekrose i kjøven. Hver pasient bør håndteres ut fra en individuell nytte-risikoevaluering på grunnlag av den kliniske vurderingen til behandleren lege. Det er i sjeldne tilfeller rapportert om alvorlige, og i enkelte tilfeller funksjonsnedsettende smerter i ben, ledd og/eller muskulatur hos pasienter som bruker bifosfonater.

Interaksjoner: Forsiktighet bør utvises når bifosfonater gis sammen med aminoglykosider, da legemidlene kan ha additiv effekt som resultater i å levere serumkalsiumnivå i lengre perioder enn nødvendig. Forsiktighet bør også utvises ved bruk sammen med andre potensielt nefrotoksiske legemidler. Hos pasienter med multiple myelomer kan risikoen for svekket nyrefunksjon øke når intravenøse bifosfonater brukes i kombinasjon med laktidamid.

Graviditet/Amning: Skal ikke brukes under graviditet og amming. Se Kontraindikasjoner.

Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Øvrigt: Hypofosfatemi. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Blodlymfie: Anemi. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, anoreksi. Muskel-skjelletsystemet: Bensmerter, myalg, artagri, generell smerte. Neurologiske: Hodpine. Nyre/uriner: Nedsatt nyrefunksjon. Øye: Konjunktivitt. Øvrigt: Faber, influensalignende syndrom (inkl. tretthet, frysninger, sykdomsfølelse og røde), økt kreatinin og urinsyre i blod, hyperkalsemi. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Blodlymfie: Trombocytopeni, leukopeni. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, abdominal smerte, dyspepsi, stomatitt, munntørrhet. Hjerte/kar: Hypertensjon, hypotensjon. Hud: Kule, utslett (inkl. erytematøs og makuløs utslett), økt svetting, Immunsystemet: Hypersensibilitetsreaksjoner: Luftveier: Dyspné, hoste. Muskel-skjelletsystemet: Muskelkramper. Neurologiske: Svimmelhet, parese, smakstørrelser, hypostesi, hyperestesi, tremor. Nyre/uriner: Akutt nyresvikt, hematuri, proteinuri. Psykiske: Angst, søvnforstyrrelser. Øye: Tåkesyn. Øvrigt: Bystesmerte, hypomagnesiemi, hypokalsemi, asteni, periferødem, reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. smerte, irritasjon, hevelse, indurasjon), vektøkning. Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$): Blodlymfie: Pancytopeni. Hjerte/kar: Bradykardi. Immunsystemet: Angionevrotisk ødem. Psykiske: Forvirring. Øvrigt: Hyperkalsemi, hypernatremi. Svært sjeldne ($< 1/10000$): ukjent. Øye: Uveitt, episkleritt. Det er rapportert tilfeller av osteonekrose, primært i kjøven (se Forsiktighetsregler). Mange av disse pasientene viste tegn til lokal infeksjon, inkl. osteomyelitt. Kreftdiagnose, annen behandling (f.eks. kjemoterapi, strålebehandling, kortikosteroider), andre alvorlige sykdomstilstander (f.eks. anemi, koagulopati, infeksjon, underliggende sykdom i munnhulen) er dokumenterte risikofaktorer for utvikling av osteonekrose i kjøven. I svært sjeldne tilfeller er det rapportert hypotensjon som har ført til synkope eller sirkulatorisk kollaps, hovedsakelig hos pasienter med underliggende risikofaktorer, atrefimner, somolens, bronkialrestriksjon, anafylaktisk reaksjonssjokk, urticaria, skleritt og inflammasjon i orbita.

Overdosering/Forgiftning: Pasienter som har fått høyere dose enn anbefalt, bør overvåkes nøye fordi nedsatt nyrefunksjon (inkl. nyresvikt) og unormaliteter i serumkalsiumtiter (inkl. kalsium, fosfat og magnesium) er observert. Hvis hyperkalsemi oppstår, bør infusjon av kalsiumglukonat gis når det er klinisk indisert. Se Giftinformasjonsveilederen M05BA08 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Bifosfonat med spesifikk virkning på ben. Inhibitor av osteoklastisk benresorpsjon. Virkningsmekanisme: Ukjent. **Proteinbinding:** Ca. 56%. Halveringstid: Rask bifasisk eliminering med halveringstider på 0,24 timer og 1,87 timer, etterfulgt av en eliminasjonsfase med en terminal halveringstid på 146 timer. Ingen akkumulering av zoledronsyre i plasma etter multiple doser gitt hver 28. dag. **Utskillelse:** Via nyrene. Total clearance fra kroppen er ca. 5 liter/time uavhengig av dose.

Pakninger og priser: 5 ml (plasthetlegg) kr 2800,00.

Sist endret: 19.03.2010 (SPC 25.01.2010)



Flere gode dager³

1. Pavlakis N et al. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005:3
 2. Aspro M et al. The Oncologist. 2010;15:11-13
 3. Rosen LS et al. Cancer. 2004;100(1): 36-43
 4. Zometa SPC. www.legemiddelverket.no



Tirsdag.

Minnestund! Ikke for meg ☺, men for pustehullet
i mars. Fire dager. Hundre minner.
Tusen grunner til å ønske flere.

Zometa har dokumentert effekt på reduksjon av skjelettrelaterte hendelser* innenfor de fleste tumortyper. Behandling med Zometa hver 3.-4.uke.¹⁻⁴

* Patologiske frakturer, kirurgi i ben, tumorindusert hyperkalsemi, ryggmargskompresjon og strålebehandling.

Flere gode dager³

Landskonferansen

«Bevegelse i ny tid» har vi kalt årets landskonferanse. Den starter 6. oktober i Trondheim. Bli med du også!

På vegne av styret i FKS sentralt har lokallagene i Nord- og Sør-Trøndelag den store gleden av å invitere kreftsykepleiere samt sykepleiere og andre fagpersoner som jobber innenfor kreftomsorgen til den 15. landskonferansen i kreftsykepleie i Trondheim 6. – 8. oktober 2011. Vi inviterer også våre kollegaer i Norden.

Tittelen på konferansen er «**Bevegelse i ny tid,**» og program- og arrangementkomiteen byr på et allsidig og spennende program – med hovedforelesninger, parallellsesjoner/workshops, posterutstilling, sosiale sammenkomster og kultur-elle innslag.

Bevegelse – og utfordringer inn i ei ny tid går som en rød tråd gjennom hele konferansen. I et helsevesen som stadig er i endring er det viktig å være med på å sette dagsorden, jobbe fram gode løsninger og sam-

tidig holde fast på grunnleggende etiske verdier. Ingunn Dahlins flotte skulptur på konferanseplakaten er et godt symbol på alt dette. Konferansen finner sted på Rica Nidelven Hotell, midt i Trondheim sentrum, i gangavstand til både flybuss og Trondheim sentralstasjon. Det er også svært kort vei til andre hoteller i byen.

Kongress & kultur er vår samarbeidspartner når det gjelder det tekniske og økonomiske rundt landskonferansen. Påmelding skal gjøre online – og påmeldingskjema ligger ute på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere.

Hotellbestilling på Rica Nidelven gjøres også via påmeldingskjema. På nettsiden vil vi også oppdatere program ved endringer samt legge ut fortløpende informasjon knyttet til konferansen.

Vi gleder oss – og håper å se deg i Trondheim!

Deltakeravgift:

Medlemmer:
kr. 4100

Ikke-medlemmer:
kr. 4400



TORS DAG 6. OKTOBER

09.00-10.00	Registrering
10.00-11.00	Åpning
11.00-12.00	Per Fugelli professor i sosialmedisin, Universitetet i Oslo « Døden, skal vi danse? »
12.00-13.00	Marit Kirkevold professor ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo « Er personlig og kollektiv kompetanse avleggs i evidensens tidsalder? »
13.00-14.30	Lunsj
14.30-16.00	Bjørn Alterhaug musiker og professor ved Institutt for musikk, NTNU og John Pål Inderberg , musiker og førsteamanuensis ved jazzlinja NTNU Improvisasjon. «Å være i bevegelse som fagperson»
16.10-16.15	Pause
16.15-17.30	Generalforsamling Forum for Kreftskykepleie
18.30	Alle « Sammen i bevegelse »

2011

FREDAG 7. OKTOBER

08.30-08.45	Presentasjon av nytt styre
08.45-09.00	«Bevegelse»
09.00-10.00	Michael de Wibe lege, spesialist i allmennmedisin, Seksjon for kvalitetsutvikling, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten « Oppmerksomt nærvær – balanse i livet og jobben »
10.00-10.45	Hanne Bringager sykepleier og billedkunstner og Randi Sæther , sykepleier og kunsthåndverker. « Menneske i midten – sykepleie i bilder og toner med to personer »
10.45-11.15	Pause
11.15-12.00	Terje Risberg professor ved Universitetssykehuset i Nord-Norge « Hvordan møter vi pasienter som velger å benytte alternativ og supplerende behandling? »
12.00-13.00	Øyvind Dahl Dr. philos i kulturkunnskap (sosialantropologi og interkulturell kommunikasjon) « Forstå - og bli forstått ». - fler kulturell kommunikasjon
13.00-14.30	Lunsj m/posterutstilling
14.30-15.45	Parallellsesjon/workshop
15.45-16.15	Pause
16.15 -17.30	Parallellsesjon/Workshop
20.00	Konferansemiddag

LØRDAG 8. OKTOBER

08.30-08.45	«Bevegelse»
08.45-10.45	Samhandlingsreformen - belyst fra ulike ståsted og fra ulike profesjoner i helsevesenet med påfølgende debatt
10.45-11.15	Pause
11.15-12.00	Inger Margrethe Holter sykepleier, PhD, forskningsleder ved NSFs hovedkontor « Sykepleiens utfordringer i framtidens helse-tjeneste »
12.00-13.00	Marie Aakre leder i Rådet for sykepleieetikk « Nytt og gammelt i kreftsykepleiens etiske fordring »
13.00-13.30	Avslutning
13.30-14.30	Lunsj

Program for parallellsesjoner, se neste side.

Styret i Forum for kreftsykepleie

Leder: Kristin Wolden
Rømmesveien 12, 7300 Orkanger
Tlf. (jobb): 72 82 58 10/mob. 95 15 05 55
E-post: kristin.wolden@stolav.no

Nestleder: Elin Bruland
Førde Sentralsjukehus
Svanehaugveien 28, 6800 Førde
Tlf. 57 83 93 07
E-post: elin.bruland@helse-forde.no

Kasserer: Vibeche Fahsing
Vuggaveien 30, 6510 Kristiansund
Tlf. 92 88 94 34
E-post: vibechef@broadpark.no

Sekretær/nordisk kontakt:
Eva Mari Alvestad Harboe
OUS Avd. for kreft og kirurgi, AGKS5
Radiumhospitalet
Oslo universitetssykehus HF
Tlf. 22 93 47 87/mob. 92 06 97 07
E-post: evamariavestad@hotmail.com

Lokallagslederkontakter:
Torunn Haugstøl
Palliativ enhet, Sykehuset i Telemark
HF, 3710 Skien
Tlf. 35 00 50 50/mob. 91 82 65 11
E-post: torunn.haugstol@sthf.no

Kristin Bergum
Nordøya hjemmetjeneste
Ørneveien 6, 9015 Tromsø
Mob. (jobb): 92 81 01 64
E-post: kristin.bergum@tromso.kommune.no

Web-redaktør: Britt Ingunn Sævig
Kreftforeningen,
Postboks 6125, 5892 Bergen
Tlf. 99 24 86 15
E-post: Britt.ingunn.saevig@kreftforeningen.no

Redaktør: Jorun Haugslett
Grimsrødvn. 64, 1786 Halden
Mob. 41 44 05 02
E-post: jorunred@halden.net

Kurs- og konferansekontakt:
Anne Grev
Gjøvik kommune, serviceboks, 2810 Gjøvik
Tlf. 61 18 98 73/mob. 91 84 53 12
e-post: anne.grev@gjovik.kommune.no

Stipendansvarlig: Elin Bruland
Førde Sentralsjukehus, Vievegen 8,
6807 Førde
Tlf. 57 83 93 07
E-post: elin.bruland@helse-forde.no

Varamedlemmer:
Anne Grev
e-post: anne.grev@gjovik.kommune.no

Lillian Grønsund
Sørlandet sykehus Flekkefjord
Tlf. 38 32 72 23/mob. 41 69 58 92
E-post: lillian@norgespost.no

Sissel Hynne Moås
Sykehuset Levanger
Tlf. (jobb): 74 09 84 24/mob. 90 89 48 27
E-post: sissel.moaas@hnt.no

Landskonferansen

«Bevegelse i ny tid» har vi kalt årets landskonferanse. Den starter 6. oktober i Trondheim. Bli med du også!

På vegne av styret i FKS sentralt har lokallagene i Nord- og Sør-Trøndelag den store gleden av å invitere kreftsykepleiere samt sykepleiere og andre fagpersoner som jobber innenfor kreftomsorgen til den 15. landskonferansen i kreftsykepleie i Trondheim 6. – 8. oktober 2011. Vi inviterer også våre kollegaer i Norden.

Tittelen på konferansen er «**Bevegelse i ny tid,**» og program- og arrangementkomiteen byr på et allsidig og spennende program – med hovedforelesninger, parallellsesjoner/workshops, posterutstilling, sosiale sammenkomster og kultur-elle innslag.

Bevegelse – og utfordringer inn i ei ny tid går som en rød tråd gjennom hele konferansen. I et helsevesen som stadig er i endring er det viktig å være med på å sette dagsorden, jobbe fram gode løsninger og sam-

tidig holde fast på grunnleggende etiske verdier. Ingunn Dahlins flotte skulptur på konferanseplakaten er et godt symbol på alt dette. Konferansen finner sted på Rica Nidelven Hotell, midt i Trondheim sentrum, i gangavstand til både flybuss og Trondheim sentralstasjon. Det er også svært kort vei til andre hoteller i byen.

Kongress & kultur er vår samarbeidspartner når det gjelder det tekniske og økonomiske rundt landskonferansen. Påmelding skal gjøre online – og påmeldingskjema ligger ute på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere.

Hotellbestilling på Rica Nidelven gjøres også via påmeldingskjema. På nettsiden vil vi også oppdatere program ved endringer samt legge ut fortløpende informasjon knyttet til konferansen.

Vi gleder oss – og håper å se deg i Trondheim!

Deltakeravgift:

Medlemmer:
kr. 4100

Ikke-medlemmer:
kr. 4400



TORS DAG 6. OKTOBER

09.00-10.00	Registrering
10.00-11.00	Åpning
11.00-12.00	Per Fugelli professor i sosialmedisin, Universitetet i Oslo « Døden, skal vi danse? »
12.00-13.00	Marit Kirkevold professor ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo « Er personlig og kollektiv kompetanse avleggs i evidensens tidsalder? »
13.00-14.30	Lunsj
14.30-16.00	Bjørn Alterhaug musiker og professor ved Institutt for musikk, NTNU og John Pål Inderberg , musiker og førsteamanuensis ved jazzlinja NTNU Improvisasjon. «Å være i bevegelse som fagperson»
16.10-16.15	Pause
16.15-17.30	Generalforsamling Forum for Kreftskykepleie
18.30	Alle « Sammen i bevegelse »

2011

FREDAG 7. OKTOBER

08.30-08.45	Presentasjon av nytt styre
08.45-09.00	«Bevegelse»
09.00-10.00	Michael de Wibe lege, spesialist i allmennmedisin, Seksjon for kvalitetsutvikling, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten « Oppmerksomt nærvær – balanse i livet og jobben »
10.00-10.45	Hanne Bringager sykepleier og billedkunstner og Randi Sæther , sykepleier og kunsthåndverker. « Menneske i midten – sykepleie i bilder og toner med to personer »
10.45-11.15	Pause
11.15-12.00	Terje Risberg professor ved Universitetssykehuset i Nord-Norge « Hvordan møter vi pasienter som velger å benytte alternativ og supplerende behandling? »
12.00-13.00	Øyvind Dahl Dr. philos i kulturkunnskap (sosialantropologi og interkulturell kommunikasjon) « Forstå - og bli forstått ». - fler kulturell kommunikasjon
13.00-14.30	Lunsj m/posterutstilling
14.30-15.45	Parallellsesjon/workshop
15.45-16.15	Pause
16.15 -17.30	Parallellsesjon/Workshop
20.00	Konferansemiddag

LØRDAG 8. OKTOBER

08.30-08.45	«Bevegelse»
08.45-10.45	Samhandlingsreformen - belyst fra ulike ståsted og fra ulike profesjoner i helsevesenet med påfølgende debatt
10.45-11.15	Pause
11.15-12.00	Inger Margrethe Holter sykepleier, PhD, forskningsleder ved NSFs hovedkontor « Sykepleiens utfordringer i framtidens helse-tjeneste »
12.00-13.00	Marie Aakre leder i Rådet for sykepleieetikk « Nytt og gammelt i kreftsykepleiens etiske fordring »
13.00-13.30	Avslutning
13.30-14.30	Lunsj

Program for parallellsesjoner, se neste side.

Styret i Forum for kreftsykepleie

Leder: Kristin Wolden
Rømmesveien 12, 7300 Orkanger
Tlf. (jobb): 72 82 58 10/mob. 95 15 05 55
E-post: kristin.wolden@stolav.no

Nestleder: Elin Bruland
Førde Sentralsjukehus
Svanehaugveien 28, 6800 Førde
Tlf. 57 83 93 07
E-post: elin.bruland@helse-forde.no

Kasserer: Vibeche Fahsing
Vuggaveien 30, 6510 Kristiansund
Tlf. 92 88 94 34
E-post: vibechef@broadpark.no

Sekretær/nordisk kontakt:
Eva Mari Alvestad Harboe
OUS Avd. for kreft og kirurgi, AGKS5
Radiumhospitalet
Oslo universitetssykehus HF
Tlf. 22 93 47 87/mob. 92 06 97 07
E-post: evamariavestad@hotmail.com

Lokallagslederkontakter:
Torunn Haugstøl
Palliativ enhet, Sykehuset i Telemark
HF, 3710 Skien
Tlf. 35 00 50 50/mob. 91 82 65 11
E-post: torunn.haugstol@sthf.no

Kristin Bergum
Nordøya hjemmetjeneste
Ørneveien 6, 9015 Tromsø
Mob. (jobb): 92 81 01 64
E-post: kristin.bergum@tromso.kommune.no

Web-redaktør: Britt Ingunn Sævig
Kreftforeningen,
Postboks 6125, 5892 Bergen
Tlf. 99 24 86 15
E-post: Britt.ingunn.saevig@kreftforeningen.no

Redaktør: Jorun Haugslett
Grimsrødvn. 64, 1786 Halden
Mob. 41 44 05 02
E-post: jorunred@halden.net

Kurs- og konferansekontakt:
Anne Grev
Gjøvik kommune, serviceboks, 2810 Gjøvik
Tlf. 61 18 98 73/mob. 91 84 53 12
e-post: anne.grev@gjovik.kommune.no

Stipendansvarlig: Elin Bruland
Førde Sentralsjukehus, Vievegen 8,
6807 Førde
Tlf. 57 83 93 07
E-post: elin.bruland@helse-forde.no

Varamedlemmer:
Anne Grev
e-post: anne.grev@gjovik.kommune.no

Lillian Grønsund
Sørlandet sykehus Flekkefjord
Tlf. 38 32 72 23/mob. 41 69 58 92
E-post: lillian@norgespost.no

Sissel Hynne Moås
Sykehuset Levanger
Tlf. (jobb): 74 09 84 24/mob. 90 89 48 27
E-post: sissel.moaas@hnt.no

Program parallellsesjoner 7.oktober

Påmelding til parallellsesjonene vil bli gjort på konferansens første dag

Kl. 14.30-15.45

14.30	<p>Rehabilitering – mestring Livslust når det røyner på v/ kreftsykepleier Lillian Benjaminsen, Kreftklinikken poliklinikk, St. Olavs Hospital og kreftsykepleier Elin Klüver, Palliativt team, Seksjon lindrende behandling, Kreftklinikken, St. Olavs Hospital</p>	14.30	<p>Samfunn – samhandling – kompetanse Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetjenesten – funksjonar og kompetanse v/ førstelektor Astrid Bjørnerheim Hynne Høgskolen i Sør-Trøndelag og førsteamanuensis Marit Kvangarsnes, Høgskolen i Ålesund</p>
14.50	<p>Likemannsarbeid- en nøkkel til bedre mestring og livskvalitet v/ sykepleier og spesialrådgiver May-Britt Knobloch, Kreftforeningen og Reidun Westergren, styreleder i Lymfekreftforeningen</p>	14.50	<p>Desentralisert kreftbehandling. Kreftpoliklinikken for kommunene i Fosen v/ kreftsykepleier Guri Dahle, Rissa kommune</p>
15.10	<p>Effekt av rehabiliteringsopphold for kreftpasienter ved Røros rehabiliteringssenter v/ Line Oldervoll, Senter for helse fremmende forskning HiST-NTNU og Røros rehabiliteringssenter</p>	15.10	<p>Kreftsykepleier i kommunehelsetjenesten; Kakepynt eller et tilbud til pasientene? v/ kreftsykepleier Randi S. Aalberg, Oppdal kommune</p>
14.30	<p>Sykepleie – fag Workshop «Kan bruk av kognitiv teori og oppmerksomt nærvær også være til nytte for sykepleiere i en travel og utfordrende hverdag?» v/ Michael de Vibe, allmenlege, familierapeut og spesialrådgiver ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Anne-Britt Rønning-psykiatrisk sykepleier, familierapeut og spesialrådgiver Kreftforeningen</p>	15.25	<p>Kemoterapi i eget hjem v/ utviklingssygeplejerske, cand.cur Jannie C. Frølund, medicinsk afdeling Vejle Sygehus, Danmark</p>
		14.30	<p>Pasient – pårørende Kreftoverleverens kunnskap om egen diagnose, behandling og senskader v/ studiesykepleier Siri Lothe Hess, Nasjonalt kompetansesenter for senefeffekter etter kreftbehandling</p>
		14.50	<p>Vil ikke klage - vil ikke plage v/ høgskolelektor Guri Bitnes Wiik, Høgskolen i Nord-Trøndelag</p>
		15.10	<p>Omsorg i det korte møte v/ førstelektor Kirsti Kvåle, Betanien Diakonale Høgskole, Fyllingsdalen</p>

Vi vil tilby noko ekstra

Sumobryting, allsong eller biltur. Det er mykje ein kan vere med på som kreftpasient ved Haukeland universitetssjukehus.

Tekst Lilly Vinje, trivselskoordinator ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk ved Haukeland universitetssjukehus
Foto Haukeland universitetssjukehus



KUNSTHISTORIKAR:
Trivselskoordinator Lilly Vinje har bakgrunn frå kulturfeltet og mastergrad i kunsthistorie.

snart eit år no har eg jobba som trivselskoordinator ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk ved Haukeland universitetssjukehus. Stillinga, som er på 40 prosent, består i å ha eit auga både til omgivnaden og «fritidstilbodet», sett frå eit pasientperspektiv. Reint konkret kan det for eksempel dreia seg om korleis veggane er dekorert i ei opphaldstove eller tilskipping av eit kulturelt innslag. Tanken bak er at me ynskjer å tilby noko ekstra for pasientane våre og familien deira, og me er den einaste avdelinga på sjukehuset med ei sånn stilling.

Konsertar og film

Eksempel på tiltak eg har arrangert er konsertar og filmvisingar. Me er så privilegert at me har eit eige atrium som kan husa diverse program, med andre ord treng ikkje pasientar bevega seg vekk for å oppleva noko og me slepp undersøka lån av lokal. Frammøtet var stort då Leif Ove Andsnes kom for å spela - det var jo nærmast musikkterapi! Og me har også hatt allsong. Musikk kan ha ein positiv innverknad og ved ei anledning trilla sogar ein pleiar ein pasient bort til konsertlokalet i senga. Her drar alle i samme

retning for at pasientane skal ha det bra.

Alt i alt bidrar sånne ting til at pasientar får føla seg «normale», at det også finst tilbud som ikkje går direkte på noko behandlande. Eg kallar det eg driv med for kulturell helsepolitikk. Kultur, for å seia det med eitt ord, er berikande og derigjennom å få tankane over på noko anna enn sjukdom kan gi sjukehuskvardagen eit oppløft.

Fleire kanalar

Eg har egne oppslagstavler på venterom og liknande og postleiarane mottar program som dei kan hengja opp på romma. I tillegg har kommunikasjonsavdelinga designa nettsted, logo, flyers og roll up. Utover det bruker eg å leggja ut program på intranett der eg har eit eige punkt på avdelinga si side og får kommunikasjonsavdelinga til å publisera på digitale skjermar og eventuelt på Facebook når det er aktuelt. Dermed er tiltak synlege gjennom fleire kanalar.

Eg har «formelle» møte med seksjonsleiarane kvart halvår. Dei har ansvar for finansiering, som primært skjer ved å søkja Pasientvelferdskomiteen.

Me baserer oss på at artistar stiller

gratis for å underhalda pasientar og pårørende, og det pleier dei vera veldig velvillige til.

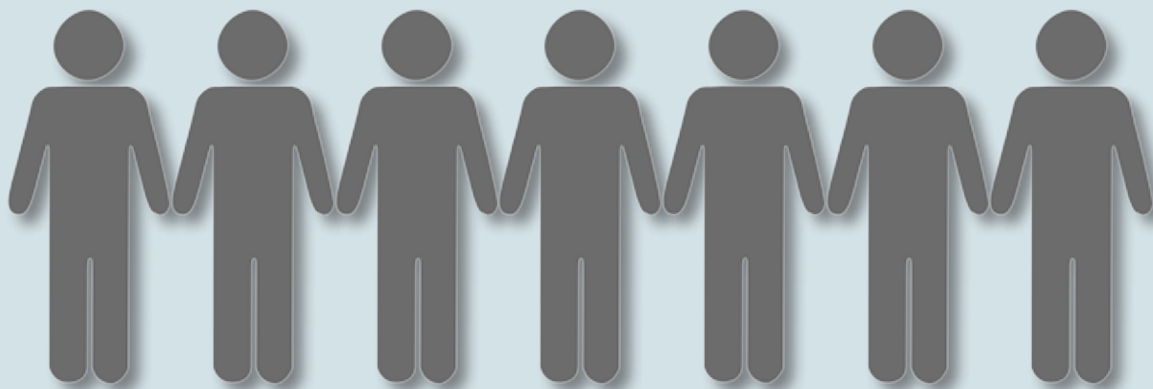
Ein annan ting som er spesielt for Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk ved Haukeland er at me er så heldige å ha ein pasientbil. Hin dagen vart den eksempelvis lånt ut til ein strålepatient som ville ta seg ei utfukt til Øygarden. Etterpå treng pasientane berre fylla like mykje bensin som dei har brukt.

Fritidsrom

Til slutt har eg lyst å nemna at Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk har eit eige fritidsrom for dom og unge vaksne: Ungdomsrommet. Det kom i stand via midlar frå Krafttak mot kreft. Også her går det i at me tar på oss «pasient-briller» og ser verdien av å kunna komma til eit rom som skil seg ut frå vanlege pasientrom og som minner om heime. Tv, x-boks, playstation, wii og liknande, pluss brus, sjokolade og så vidare finst på rommet. Utover det «stasjonære» arrangerer eg av og til forskjellige saker, for eksempel hadde me nettopp sumobryting. Positivt og morsomt, sa ein ung pasient om det. Det er her det skjer! ■

Se hvem som stiller til valg i år

Mange engasjerte sykepleiere ønsker å gjøre en ekstra innsats som styremedlemmer i faggruppen vår de to neste årene. Møt dem på de neste sidene, der kandidatene presenterer seg selv. Valget skjer på landskonferansen i Trondheim i oktober.





SIGNE ØVERLAND

51 år

Arbeidsstad: Poliklinikk for blod - og kreftsykdommer, Stavanger Universitetssykehus

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Arbeid med kreftpasienter er meningsfullt og utfordrende. Kreftsykepleiere står ofte oppi komplekse situasjoner som krever stor kunnskap og kompetanse. Jeg er svært opptatt av at kvaliteten i sykepleien til kreftpasienter og deres pårørende skal være god. For å sikre dette må man hele tiden ha fokus på kompetanseheving hos sykepleiere som arbeider i kreftomsorgen.

Jeg ser derfor helt klart betydningen av å ha både et nasjonalt og lokalt fagforum som FKS, hvor sykepleiere som jobber innen kreftomsorg på alle

nivå kan møtes, utveksle erfaringar og få ny kunnskap og inspirasjon. Jeg tror at jeg med min bakgrunn og erfaring kan bidra i dette arbeidet.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det viktigste er å spre kunnskap og heve kompetansen til den enkelte kreftsykepleier både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. FKS bidrar til å formidle ny forskning og kunnskap. FKS er med å utvikle gode faglige møteplasser både lokalt og nasjonalt. Landskonferansen har god faglig kvalitet og gir inspirasjon og engasjement.

Utdanning:

Sykepleierutdanning 1979 - 1981
Videreutdanning i kreftsykepleie 1997-1998
Videreutdanning i Kunnskapsbasert Praksis 2008 (Høgskolen i Bergen)

Praksis og organisasjonserfaring:

1982 - 1993 medisinsk /hematologisk avdeling, Stavanger Universitetssykehus
1993 - 1997 kommunehelsetjenesten/hjemmesykepleien, Stavanger kommune
1998 - 1999 urologisk kirurgisk avdeling, Stavanger Universitetssykehus
1999 - 2004 ass. avdelingssykepleier ved hematologisk avdeling, Stavanger Universitetssykehus
2004 - 2009 undervisningssykepleier/fagutviklingssykepleier for hematologisk og onkologisk sengepost og poliklinikk, Stavanger Universitetssykehus
2009 Stavanger Universitetssykehus.

Tidlegare verv i NSF's FKS:

Var med og arrangerte FKS-konferansen «Horisonter» i Stavanger 2007, da som medlem av programkomiteen.



KARI TVEIT HAUGLAND

44 år

Arbeidsstad: Kontaktsykepleier ved Storebø pleie- og omsorgsenter og Austevoll kommune.

Utdanning:

Sykepleier 2002
Videreutdanning i palliasjon 2006
Kreftsykepleie 2008

Praksis og organisasjonserfaring:

Jobbet som gruppeleder/kontaktsykepleier ved Storebø po-senter sidan 2002 i 100 % stilling. Har fra 2008-2010 ledet prosjektet «Lindrande behandling i kommunehelsetenesta» i Austevoll kommune. Dette prosjektet førte til at kommunen la inn kreftsykepleier i 30 % stilling som fast post i budsjettet.

Tidlegare verv i NSF's FKS:

HTV for NSF i Austevoll kommune 2003-2006.

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Har vore prosjektleder i ett prosjekt med fokus palliasjon og kreftsykepleie i kommunen. Dette har synliggjort betydningen av kreftsykepleie i kommunen. Eg har erfaring med betydningen å vere synlig og å våge, og samtidig ha fokus på å gjere det eg ynskjer. Ser viktigheten med å dele erfaringer med andre, og at det kan ha ein overføringsverdi til andre kommuner.

Prøve å vere med å påvirke kommunene til å sette fokus på kreft og palliasjon slik at kommunene må opprette stillinger

som kreftsykepleier. I tillegg er det viktig å styrke kompetansen blant personell som jobber med kreftpasienter, spesielt i distriktskommunene, slik at pasienten slepp å bli innlagt på sykehus som er langt borte fra hjemstedet. Dermed kan pasienten få like god behandling i hjemkommunen.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Få fokus på det viktige arbeidet som blir gjort rundt i kommunene i forhold til palliasjon og kreftsyke, slik at kommunene oppretter egne stillinger som kreftsykepleiere.



ELI NÆSHEIM RØNNEVIK

58 år

Arbeidsstad: Kreftomsorg Rogaland (avd. Haugesund) - 60 %
og Helse Fonna, Haugesund Sjukehus, kir.pol - 40 %

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

- Påvirke nasjonal plan for å øke antall kreftsykepleiere og palliative sykepleiere i kommuner og helseforetak, samt tilrettelegge for faste stillingshjemler som sikrer utnyttelse av sykepleiernes spesialkompetanse.
- sikre at alle helseregioner etablerer nettverk av ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling, for å sikre helhetlig kreftomsorgstilbud, kompetansedeling og kontinuitet. (Etter mønster fra regioner der slike regionale nettverk er etablert.)
- utnytte og overføre FKS samlede kompetanse og nettverk nasjonalt på lokalt

plan, for å styrke lokalt kreftarbeid.

- bidra til å løfte og styrke lokale og regionale engasjement/tiltak nasjonalt utnytte samarbeid, kompetanseheving og engasjement innen FKS.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

- FKS sin politiske og forvaltningsmessige innflytelse og påvirkningsmulighet.
- FKS delaktighet, synlighet og tydelighet for å få størst mulig påvirkning på samhandlingsreformen. FKS mulighet for å påvirke grunn- og videreutdanningen, samt de forskjellige nivåer innen kreftbehandlingen- og omsorgen.

Utdanning:

Sykepleier – Haukeland Sykepleierskole – 1975
Kreftsykepleier – Stavanger / DNR -1998.

Praksis og organisasjonserfaring:

1975 - 84: Sykepleier ved ulike kirurgiske avd.
1984 - 97: Sykepleier ved kir.pol Haugesund.
1991 - 93. Avd. leder ved Haugesund Revmatismesykehus.
1998 - 00: Kreftsykepleier gyn. avd. Haugesund (plikttid)
2000 - 04: Kreftsykepleier Haugesund sjukehus.
2001 - 07: Regional klinisk medarbeider i Kompetansesenter i lindrende behandling Helseveg, Vest (KLB), 20%
2005 - 07: Leder av driftsgruppen i kompetansenettverket i KLB med 70 ressursykepleiere
2004 - 07: Prosjektleder Haugesund kommune, lindrende behandling
2008: Ansatt i Kreftomsorg Rogaland. Ansattes representant i styret.
Fra 1998 - årlige oppdrag Montebellosenteret.

Verv i NSF: Plasstillitsvalgt for NSF i flere perioder
NSF representant i likestillingsutvalget i Rogaland fylkeskommune fra 1987-91.



ÅSE GRØTHE

47 år

Arbeidsstad: Sunniva Klinik
for lindrende behandling, Bergen

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Fordi det er inspirerende å samarbeide med andre for å utvikle kreftomsorgen på best mulig måte. Ynskjer å jobbe i ein organisasjon med mange flotte og engasjerte fagpersonar. Positivt å utvide «horisonten» ved å samarbeide med helsearbeiderar fra andre deler av landet.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Videreutvikling av kreftomsorgen med målsetting å oppnå best mulig og mest mulig likt tilbud til alle kreftpasientar på tvers av landet.

Utdanning:

Haukeland sykepleierhøgskole, 1987
Personalledelse, høgskulen i Sogn og Fjordane, 1991
Ex.phil og grunnfag i praktisk pedagogikk, UIB 1992
Videreutdanning i veiledning, Senter for Diakoni og Veiledning, 1995
Videreutdanning i Kreftsykepleie, Betanien sykepleierhøgskole, 2001
Mastergrad i klinisk helsearbeid, pal-liasjon, Høgskolen i Buskerud, 2010

Praksis og organisasjonserfaring:

Haukeland sykehus, onkologisk og medisinsk avdeling, 1988 - 1994
Den Norske Kreftforening, 1990 - 91, sykepleiekonsulent
Kreftforeningen, 1994 - 2004, sykepleie-konsulent
Laksevåg videregående skole, lærer helse og sosialfag, 1995

Diakonissehjemetts høgskole, HDS, lærer på videreutdanning i palliasjon, 2007 - 2008
Betanien sykepleierhøgskole, praksisveileder på videreutdanning i kreftsykepleie, vår 2008.
Sunniva Klinik for lindrende behandling 2003 - d.d.
Medlem i nominasjonskomiteen for valg til Representantskapet i Kreftforeningen 2006 - 2010.
Prosjektleder og med i nordisk faggruppe for etablering av pasientforening for pasienter med prostatakreft (2000 - 2003).
Flere styreverv knyttet til lokalt organisasjonsliv for mine barn i mange år.
Pr.d.d., styreprerentant i Bergen Ungdomsforband.

Tidlegare verv i NSF's FKS:

Landsstyre i FSK 1992 - 1996



**ELLEN HEGE
ROSSELAND
HANSEN**

48 år

Arbeidsstad: Halden kommune, Halden sykehjem, lindrende enhet

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg er opptatt av at pasienter som har fått en kreftdiagnose skal møte godt kvalifisert personale gjennom hele sin sykdomsperiode. Det å være med i FKS er en fin måte å holde seg oppdatert på, hvor en kan møte andre som også brenner for faget. Det er viktig for faget at vi er engasjert og kan utveksle erfaringar, ideer og være med å påvirke utviklinga.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det er viktig å bygge nettverk innen kreftomsorgen. FKS sitt arbeid med kurs og konferanser hvor vi møter andre innen same fagfelt er med på gjøre arbeidet spennende og interessant. Nettverket gjør at vi har en mulighet til å påvirke utviklinga inne fagfeltet. Fellesskapet gjør oss sterkere. Mitt motto er: Sammen blir vi dynamitt!

Utdanning:

Kreftsykepleier

Praksis og organisasjonserfaring:

Aker sykehus, kirurgisk avdeling, mage/tarm. Halden sykehus, medisinsk avdeling. Sykehuset Østfold, Fredrikstad, Kreftpoli-klinikken, Kreftavdelingen. Senter for lindrende behandling Halden sykehjem, lindrende enhet Tillitsvalgt NSF

Tidlegare verv i NSF's FKS:

Styremedlem FKS Østfold



**BRITT INGUNN
SÆVIG**

52 år

Arbeidsstad: Krefteforeningen, seksjon vest, Bergen

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Viktig med et forum der kreftsykepleierne kan løfte frem saker, finne kontaktpunkt og styrke hverandre i arbeidet enten det er ved sykehus eller i kommunene. FKS er et forum som kan bidra til å fremme kunnskap internt blant de som jobber i kreftomsorgen og løfte faget.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Øke bevisstheten rundt kreftsykepleie og viktigheten av arbeidet som gjøres, flere blir behandlet poliklinisk, og flere overlever kreftsykdom. Med tanke på samhandlingsreformen blir kreftsykepleierens funksjon viktig både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Utdanning:

Sykepleier i 1981

Videreutdanning innen pedagogikk, veiledning og prosjektledelse.

Praksis og organisasjonserfaring:

Fra 1981 til 1991 - sykepleier Barneklivnikken Bergen, 1991 - 1995 høgskolelærer Betanien høgskole, Bergen 1995 - 2008 rådgiver Krefteforeningen spes fokus barn/unge med kreft 2008 - spesialrådgiver, nasjonal koordinator Krefteforeningens arbeid med barn/unge med kreft Tillitsvalgt Krefteforeningen i 2 perioder Medlem og leder av AMU (arbeids og miljøutvalg) i Krefteforeningen gjennom en 4 års periode

Tidlegare verv i NSF's FKS:

Leder og initiativtaker til SIG gruppe FKS barn/unge 2003 - Medlem av hovedstyret perioden 2007 til 2011 Web ansvarlig



**BENTE
AASHEIM**

56 år

Arbeidsstad: Heimetenesta i Vågå

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

- For at kreftpasientar i alle fasar skal få optimal pleie uansett kor dei bur.
- For å fremme interessa og heve kompetansa hjå sjukepleiarane
- Saman er vi sterkare ovanfor politikarane og bevilgande myndigheiter

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

- Samhandling mellom helselitenestene.
- Utveksle erfaring med andre. Skaffe seg eit nettverk.
- Få sett kreftomsorgen i system.
- Heve kompetansa.

Utdanning:

Hjelpepleiar i spedbarn og barselpleie. Hamar 1974 - 1975

Sjukepleiar. Elverum 1977 - 1979 Palliativ Omsorg. Gjøvik 2002 - 2003 Kreftepsykepleie.

Elverum 2005 - 2000

Praksis og organisasjonserfaring:

Vågåheimen (sjukeheim) 1980 - 1988 Bredebygden psykiatriske sjukeheim 1988 - 1990

Heimetenesta Vågå 1990 -

I dag: 60 % i heimetenesta, 20% kreftpsykepleiar, 20 % prosjektmedarbeidar i kreftomsorg i Utviklingscenter for heime/tenester i Vågå, Lom og Skjåk. Forskjellige verv i fleire idrettslag.



MARTE WOLDEN

45 år

Arbeidsstad: Avdeling for undervisning - Kreftklinikken, St Olavs Hospital Trondheim

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg har lyst til å arbeide for en best mulig kreftomsorg. Jeg synes det er inspirerende å samarbeide med kreftsykepleiere over hele landet – og jeg opplever det som både nyttig og viktig å delta aktivt i debatten og drøftingene om hvordan kreftsykepleiere best mulig kan bidra til hjelpe og støtte kreftpasienter.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Med tanke på Samhandlingsreformen for helsetjenester 2010 tenker jeg at det er spesielt viktig å arbeide for at kreft-

pasienter blir ivaretatt gjennom HELE sykdoms- og behandlingsforløpet, og her er det viktig at FKS fortsetter arbeidet med å fremme behovet for kreftsykepleiere i alle ledd. FKS kan bidra til å synliggjøre kreftsykepleierens viktige funksjon – både i sjukehus og i kommunehelsetjenesten. I en hverdag med stadig større krav om effektivisering kan FKS-sykepleiere være «talerør» for pasienter – og peke på hvordan vi kan støtte og hjelpe pasientene gjennom de konsekvensene sykdommen og behandlinga har for både pasienten og de pårørende.

Utdanning:

Universitetet i Trondheim - Cand mag (Historie, Sosialantropologi, Film og Billedmedia) 1989
Utdannet sykepleier i 1992
Videreutdanning i kreftsykepleie 2005

Praksis og organisasjonserfaring:

Har vært varamedlem i Trondheim bystyre for partiet Venstre
Jobbet i ulike funksjoner ved Kreftklinikken St Olavs Hospital siden 1992.
Arbeider for tiden som undervisningssykepleier ved Avdeling for undervisning ved Kreftklinikken – der jeg jobber med utvikling av kvalitet og kompetanse i sykepleietjenesten. Har også deltatt i utarbeiding av Nasjonale Handlingsprogram for kreftbehandling gjennom Helsedirektoratet.

Tidlegare verv i NSF's FKS:

Sekretær i FKS Sør – Trøndelag 2008 - 2010
Leder i NSF's FKS Sør-Trøndelag 2010 - 2012



LILLIAN ROLFSEN GRØNSUND

50 år

Arbeidsstad: Onkologisk enhet, Sørlandet Sykehus Flekkefjord

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Ønsker å bidra til:

- å videreutvikle FKS som faggruppe, og å styrke kreftsykepleie som fagområde - behovet for vår kompetanse er stadig økende, og utveksling av kunnskap og erfaring viktigere enn noen gang synliggjøring av faggruppen.
- større grad av samhandling mellom ulike nivåer i helse-tjenesten.
- å være en pådriver for mer forskning innenfor kreftsykepleie.

Kva meiner du er viktig med FKS sitt arbeid?

FKS er viktig for styrking og videreutvikling av vår kompetanse. FKS bidrar i stor grad med informasjon og til nettverksbygging og kommunikasjon. Faggruppen er også viktig som høringsinstans.

Utdanning:

Psykologi grunnfag UiB 1982
Haukeland Sykepleierhøgskole 1985
Videreutdanning i Onkologi, Det Norske Radiumhospital 1998
Off. administrasjon og ledelse grunnfag, HINT 2002
Forskningsmetode og statistikk UiO 2006

Praksis og organisasjonserfaring:

Sykepleier ved Onkologisk avd. Haukeland Sykehus 1986 - 1988
Sykepleier ved Kirurgisk avd. Rogaland Sentralsjukehus 1989 - 1991
Sykepleier ved Hudavd. Ullevål Sykehus 1991
Sykepleier/ass. avd. sykeleier/avd. sykepleier ved Onkologisk avd. Ullevål Sykehus 1992 - 1998
Spesialsykepleier/avd. sykepleier ved Intensiv avd. Lister sykehus 1998 - 2000
Onkologisk sykepleier/koordinator/ ved Onkologisk enhet Sørlandet Sykehus Flekkefjord 2000 - d.d.
Prosjektleder: Sykepleiedokumentasjon «2001, Lindrende enhet» ved Sørlandet Sykehus Flekkefjord 2002 - 2003
Leder for Omsorgsgruppen, Sørlandet Sykehus Flekkefjord 2000 - d.d.

Tidlegare verv i NSF's FKS:

Nestleder for Agder lokallag av NSF's FKS 2007 - d.d.
Medlem i landsstyret fra 2011 - d.d.



ANNE TORILL TUFTE

53 år

Arbeidsstad: Palliativ enhet, Medisinsk klinikk, Sykehuset Telemark HF, Skien

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg har lang erfaring innen palliasjon, og ønsker å bidra til at kreftsykepleiere får økt fagkompetanse og gode arbeidsvilkår. Vi trenger flere øremerkede stillinger for at kreftsykepleiere kan gjøre en god jobb overfor pasienter og deres pårørende. Gjennom arbeidet mitt på Palliativ enhet ser jeg betydningen av et godt samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Det å ha et nettverk av ressursykepleiere kan være avgjørende for at pasienter med en alvorlig kreftdiagnose kan føle seg trygge og ivaretatt enten de er hjemme eller på sykehus. Så håper jeg at jeg med min erfaring og kompetanse kan bidra på en god måte i FKS.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det er viktig for meg å sette kreftsykepleie på dagsordenen, og at vi som faggruppe markerer oss i NSF.

Utdanning:

Telemark sjukepleierhøgskole 1993 - 1996
Videreutdanning i kreftsykepleie HIO 2003 - 04
Tverrfaglig veiledning, HIT 2008 - 2009

Praksis og organisasjonserfaring:

Ortopedisk avdeling STHF, 1996-97
Avdeling for blod/kreftsykdommer STHF1997-2001
Palliativ enhet STHF 2001-



SYNØVE REVLING HOLM

42 år

Arbeidsstad: Gjøvik kommune, lindrende enhet ved Haugtun Omsorgssenter

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg tror det er en stor fordel med erfaring fra både kommune og sykehus, noe jeg begynner å få. Det er fortsatt store mangler på god samhandling, og jeg ønsker å være med å bidra til å bedre dette. Jeg er opptatt av å legge til rette for at ansatte i kommunene skal kunne gi god palliativ behandling!

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Å øke kompetansen for sykepleiere som arbeider med kreftpasienter. Kurs, konferanser og fagtidsskrift er en flott møteplass hvor man kan høste kunnskap!

Utdanning:

Sykepleier, ferdig 1994
Kreftsykepleier, ferdig med videreutd. i 2007

Praksis og organisasjonserfaring:

Sykepleier i Hjemmetjenesten i Ringsaker og Gjøvik kommune 1994 - 2003
Sykepleier i Gjøvik Fengsel, 2001 - 2003
Sykepleier/ kreftsykepleier ved Medisinsk kreftavdeling ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik 2003 - 2010
Kreftsykepleier/Vikar ved kreftenheten (poliklinikk) Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik 2006-2010
Kreftsykepleier, Lindrende enhet, Gjøvik kommune siden okt 2010
Deltager i ressursgruppen for Utviklingssenter for sykehjem i Oppland, fra januar 2011
KFUK-KFUM speiderarbeid i mange år. Nå varmedlem i kretsstyret Hedmark/ Oppland KFUK/KFUM



BERIT KOLLTVEIT

37 år

Arbeidsstad: Vik kommune, heimesjukepleien

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Eg har lyst å vera med å spreia kunnskap om utviklingen av kreftsjukepleie til sjukepleiarar som jobbar innan kreftomsorga, og til sjukepleiarar i kommunehelsetenesta. Eg ynskjer og å arbeide for å styrkje undervisninga i kreftsjukepleie ved sjukepleiehøgskulane.

Tykkjer det var veldig kjekt å bli spurt om å stilla til valg i styret for FKS!

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Eg meiner det er viktig at me har eit eige forum der me jobbar for å fremma

Utdanning:

Kreftsjukepleiar frå Betanien 2007

Praksis og organisasjonserfaring:

10 års praksis frå gynekologisk kreftavdeling på Haukeland Universitetssjukehus.
Er styremedlem i Vik Skiskyttargruppe.

Tidlegare verv i NSF's FKS:

Hovudtillitsvalgt i NSF i Vik kommune frå februar 2011.

våre saker. Eg tykkjer og det er veldig viktig at me har eit eige tidsskrift der me kan nå ut med informasjon til ei stor gruppe av sjukepleiarar.



KRISTIN BERGUM

49 år

Arbeidsstad: Nordøya Hjemmetjeneste Tromsø kommune/
Prosjektleder Prosjekt lindrende behandling i Tromsø kommune

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg er opptatt av at vi må være våkne i forhold til de endringene som skjer i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Jeg har arbeidet mange år som kreftsykepleier i hjemmetjenesten og ser at rammene snevres inn, samtidig som kreftpasienter og andre i behov av lindrende behandling øker i antall og kompleksitet. Selv om man er nødt for å samarbeide om å rasjonalisere drift er det viktig å være sterk i forhold til egen fagidentitet. Omorganisering og rasjonalisering kan føre til en usynlig sykepleiertjeneste. Derfor må vi som

sykepleiere være synlige, stå sammen og si ifra når standard senkes og sykepleiertjenesten ikke oppleves god. Jeg ønsker å gjøre en innsats i FKS arbeid som representant fra Nord Norge.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det er viktig å ha en faggruppe som kan jobbe inn mot sentrale myndigheter. Lokallagsaktivitet med fagmøter har verdi både som møteplass for sykepleiere på tvers av spesialist og primærhelsetjenesten og som arena for fagutvikling. FKS kan stimulere til økt faglig engasjement og at flere tar videreutdanning.

Utdanning:

Røde kors Sykepleierhøgskole 1985-1988
Spesialsykepleier Kreft 1997-1998
Videreutdanning Pedagogisk Veiledning 2002
Fordypning i Pedagogikk 2006, 2007

Praksis og organisasjonserfaring:

Avdelingssykepleier Sykehjem Ibestad 1988 - 990
Sykepleier Regionsykehuset i Tromsø 1990 -1994
Sykepleier Nordøya
Hjemmetjeneste 1994 - 1998
Kreftsykepleier Nordøya hjemmetjeneste. 1998 - fortsatt.
Kompetansesenter for Lindrende behandling i Tromsø 1999 - 2002
Prosjektleder Prosjekt Lindrende behandling i Tromsø kommune, okt 2008 - fortsatt.

Tidlegare verv i NSFs Faggruppe FKS :

Styremedlem FSK Tromsø lokallag 1995 - 1998
Lokallagsleder FSK Tromsø lokallag 1998 - 2000
Sekretær FKS Tromsø lokallag 2008 fortsatt
Medlem av landsstyret fra 2008 - d.d



SISSEL HYNNE MOÅS

49 år

Arbeidsstad: Kreftpolikliniken ved Sykehuset Levanger i Nord-Trøndelag

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg ønsker å bidra med min fagkunnskap og min erfaring. Kunnskapsformidling ser jeg på som svært viktig, så «det å gjøre hverandre god» er et motto for meg. Så her har jeg lyst til å gjøre en jobb. Det er opprettet alt for få stillinger som onkologisk sykepleier rundt om i kommunene, dette opptar meg i stor grad.

Sentralstyre i FKS skal ha en geografisk spredning blant medlemmene. Nord-Trøndelag er et fylke med mange kreftsykepleiere og vi har et aktivt lokallag. Jeg mener det er viktig å bringe

det lokale arbeidet inn i det sentrale.

Etter to år som varamedlem i hovedstyret ser jeg at jeg har fått et større faglig nettverk og at det har gitt meg verdifull erfaring i mitt daglige arbeid.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

FKS er en viktig organisasjon ndg kunnskapsformidling, dette arbeidet er for meg svært viktig. Den formidlingen som skjer via bladet «Kreftsykepleie», ulike kurs og konferanser har stor nytteverdi. Å stimulere medlemmene til forskning og fagutvikling er av stor nødvendighet.

Utdanning:

Off. godkjent sykepleier i 1985
Videreutdanning i Kreftsykepleie 1998

Praksis og organisasjonserfaring:

Etter endt sykepleieutdanning i desember 1985 begynte jeg 1. januar 1986 å arbeide ved generell kirurgisk avd Sykehuset Levanger. Høsten 2003 begynte jeg å jobbe som kreftsykepleier ved kreftpolikliniken Sykehuset Levanger. Der jobber jeg pr i dag i 100% stilling og er fagutviklingssykepleier ved avdelingen. Av organisasjonsarbeid har jeg deltatt i styreverv i det lokale idrettslaget på mitt hjemstad. Ellers synger jeg i Skogn Damekor og innehar ledervervet i styret der. Å syng gir meg masse positiv energi, og hjelper meg til å få det overskuddet som må til for å stå i et arbeid som krever mye av meg både fysisk og psykisk.

Tidligere verv i FKS Forum:

Har vært både sekretær og leder i lokallaget i Nord Trøndelag. Gikk av som leder og ut av styret i 2005. De siste 2 årene har jeg vært varamedlem i hovedstyret i FKS.



MONA GRYTTE

51 år

Arbeidsstad: Oslo universitetssykehus, Kreftklinikken, Radiumhospitalet.

Kvifor ønskjer du å gjera ein innsats?

Jeg arbeider ved Norges eneste kreftsykehus og har arbeidet her siden 1994. Gjennom jobben på Radiumhospitalet har jeg opparbeidet lang og bred erfaring innen kreftomsorg med mange ulike diagnoser på sengepost. De siste årene har jeg vært teamleder på poliklinikk for pasienter med malignt melanom. Jeg har et stort engasjement for kreftpasienter. Med min erfaring mener jeg å ha mye å bidra med i FKS.

Jeg ser viktigheten av at vi er repre-

sentert i FKS og ønsker innflytelse på hva FKS skal jobbe med i fremtiden ved å bidra til å opprettholde, formidle og videreutvikle det arbeidet FKS er i gang med.

Kva er viktig med FKS sitt arbeid?

Det er viktig at det er en egen organisasjon for oss som arbeider med pasienter, deres pårørende og fag innenfor kreftomsorg. Jeg mener FKSs arbeid med faglig oppdatering og kunnskapsutveksling stimulerer til bedre kreft-

Utdanning: Lovisenberg sykepleierhøyskole 1982-1985. Videreutdanning i onkologi 2002-2003.

Praksis og organisasjonserfaring: Formann i FAU Lysejord

Tidlegare verv i NSF's FKS: Tillitsvalgt NSF på avdelingsnivå.

sykepleie. Det å få kunnskap om vårt fag spredt ut i kommunene i landet, anser jeg som viktig.

Montebellosenteret er en landsdekkende helseinstitusjon med et nært faglig samarbeid med Radiumhospitalet. Formålet er å gi hjelp til livsmestring for kreftpasienter og deres pårørende.

Det arrangeres mange ulike kursopphold gjennom året. Mestringskurs er for ulike diagnosegrupper mens temakurs har fokus på blant annet: Kropp, pust og bevissthet, ernæring og fysisk aktivitet, arbeid og meningsfylt aktivitet, skaperglede og kreativitet. Familiekursene har fokus på barn som pårørende.



www.directa.no Foto: Hovden IL



Et kursopphold på Montebellosenteret gir kreftpasienter og deres nærmeste nye perspektiver på livet gjennom erfaringsutveksling og kunnskapstilhøring i fellesskap med andre i lignende situasjoner. Rom for ettertanke og refleksjon bidrar til at kursdeltakere blir sterkere og bedre forberedt til å mestre hverdagene og livet videre.

”
Kreftsykdom handler om mer enn fysiske plager. Det handler om livet videre.
Montebellosenteret



Montebello ønsker å styrke samarbeidet med det kliniske felt. Fagteam ved de enkelte kurs skal bestå av egne ansatte og eksterne fagpersoner med aktuell spisskompetanse. Vi kan tilby deg nye utfordringer og verdifull kompetanse i et spennende kollegialt miljø!

Mer informasjon på www.montebello-senteret.no/for-helsepersonell, tlf 62 35 11 00, eller ta kontakt med Torill Ensbj: torill.ensby@montebello-senteret.no eller Silje Højlund: silje.hojlund@montebello-senteret.no



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



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 19 lokalgrupper spredt over hele landet og samarbeider med nasjonale og internasjonale organisasjoner. Les mer om oss på www.sykepleierforbundet.no, under faggrupper velger du 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 lokal gruppe av FKS.
- Du får tilsendt «Kreftsykepleie».

Hvem kan bli medlem?

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

Kontingenter

- Individuelt medlemskap kr 252,- 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.

- JA, jeg ønsker medlemskap i Forum for kreftsykepleie, NSF's faggruppe (inkl tidsskriftet «Kreftsykepleie») kr 252,- per år

Medlemsnr. i Norsk Sykepleierforbund.....

- Jeg er sykepleier, men ikke medlem i Norsk sykepleierforbund. Jeg ønsker å få tilsendt tidsskriftet «Kreftsykepleie» 4 nummer i året, kr 300,-

- Jeg er pensjonert sykepleier og ønsker å få tilsendt tidsskriftet «Kreftsykepleie» 4 nummer i året, kr 150,-

- Vi er et firma som ønsker abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie», 4 nummer i året, kr 800,-

- Vi er en institusjon / høgskole som ønsker abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie», 4 nummer i året, kr 500,-

Navn

Firma.....

Adresse.....

Postnr/sted.....

Telefon arbeid..... Telefon privat.....

E-post.....

Kopier eller klipp ut denne siden og send den til:

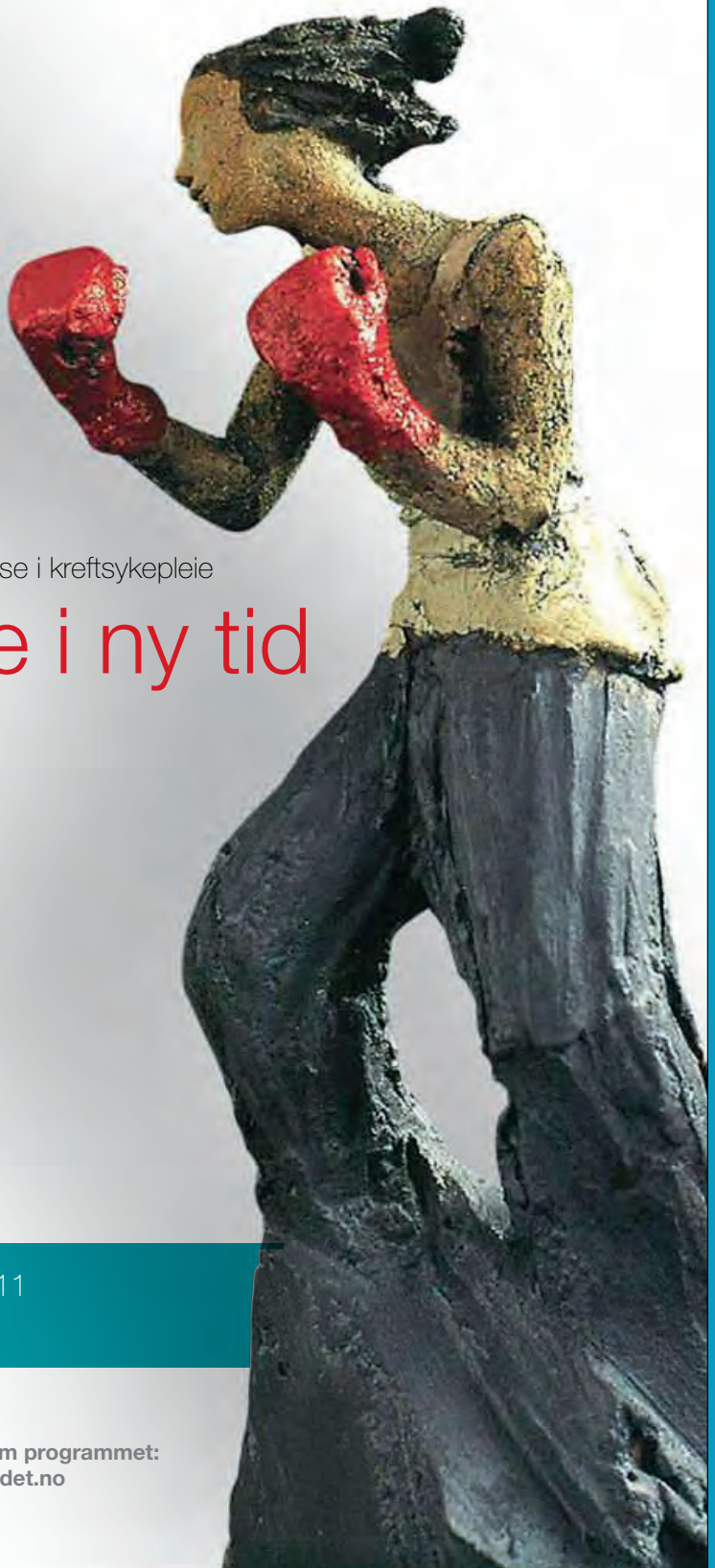
Forum for kreftsykepleie, NSF's faggruppe v/Vibeche Fahsing, Vuggaveien 30, 6510 Kristiansund

E-post: vibechef@broadpark.no

B-POSTABONNEMENT

RETURADRESSE: Forum for Kreftskykepleie NFSs Faggruppe
v/Kristin Wolden, St. Olavs Hospital, Kreftavdelingen,
Olav Kyrres gt. 17, 7006 Trondheim

 **FORUM FOR** NFSs
FAGGRUPPE
KREFTSYKEPLEIE



Den 15. norske landskonferanse i kreftskykepleie

Bevegelse i ny tid

© 2011 Norsk Sykepleierforbund

Trondheim 6. - 8. oktober 2011
Rica Nidelven Hotel



For mer informasjon om programmet:
www.sykepleierforbundet.no