

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

# Kreftsykepleie



**Korona på  
kreftavdelingen**

**Åpenhet om døden**

**Pakkeforløp hjem**

**POBELL**

Ansvarlig utgiver  
**NSF's Faggruppe for Kreftsykepleiere**  
v/faggruppelider **Tanja Yvonne Alme** tlf 95 16 06 42  
tanja.alme@sula.kommune.no

Redaktør  
**Marit Klævold** tlf 92 08 47 41  
marit-lerkeskogen36@hotmail.com

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

**Ingvild Ramberg** tlf. 47375994  
Ramberg.ingvild@gmail.com

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

Annonseansvarlig  
**Anne-Britt Hauge** tlf. 41 44 99 46  
Anne-Britt.Hauge@Alver.kommune.no  
**Ingvild Ramberg** tlf. 47375994  
Ramberg.ingvild@gmail.com

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

Forside **Kunstverk av Pøbel**  
Foto **Svein Gabrielsen Lunde**

Layout og design  
**Kristin Skeie Antoine • KSA\_design**  
Trykk **07 Media AS**

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

Ta gjerne kontakt med annonseansvarlig.  
Tidsskrift nr2-2021 blir utgitt i november.

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

### **Hilsen til kreftsykepleieren fra Pøbel:**

«Kreft er for meg en skummel sykdom som kan ramme hvem som helst og når som helst, og som har følelser som frykt og sorg knyttet til seg. Jeg er glad det finnes kreftsykepleiere som er involvert i behandling av kreftpasienter.

Ikke bare bidrar de med det rent praktiske og tekniske, de har også evne til å være tilstede følelsesmessig med omsorg og støtte. Sistnevnte betyr kanskje vel så mye for meg som det rent tekniske, da jeg opplever at det er her vi som mennesker kan møtes på et dypere og mer eksistensielt plan, enten det er behandler og pasient, bror og søster, venner, eller to ukjente som møtes. Kreftsykepleieres tilstedeværelse fortjener et stort takk.»

# Innhold



- 4 Faggruppeleder v/Tanja Yvonne Alme
- 6 Helsing frå redaktøren
- 8 ● Plutselig skjedde det her hos oss;  
Korona på kreftavdelingen
- 14 Åpenhet om døden
- 19 Søknad om stipend for 2022
- 20 Pakkeforløp hjem for kreftpasienter
- 24 ● Nasjonal Ressursgruppe for Barn Som Pårørende
- 28 Tre på gangen: Hvorfor ble du kreftsykepleier?
- 32 ● Kreftrehabilitering er et lagarbeid med felles mål
- 38 Mentorskapsprogram for kreftoverlevende
- 42 Smånytt
- 46 Basispalliation i kirurgisk afdeling  
giver tryghed og kvalitet i plejen
- 52 ● Har du bruk for en kreftsykepleier?
- 54 Cancer og corona; Et kurs for minoritetsspråklige
- 58 Program til den 20. landskonferansen i kreftsykepleie



Tanja Yvonne Alme  
Faggrupeleder FKS



# Et lysglimt der framme

I skrivende stund er det fredag. Jeg har akkurat fått dose 2 av Covid-vaksinen. Er det lov å begynne å håpe nå? Håpe på en mer normal hverdag? Jeg har også akkurat deltatt på landskonferanse i palliasjon 2021. I utgangspunktet skulle vi vært 1000 fagfolk samlet i Oslo. Samlet for faglig påfyll og deling av viktige erfaringer og arbeid. Å høre og se Morten Krogvold alene med headset og pc skjermen på kontoret er ikke helt det samme. Men jammen bedre enn ingen ting. En flott og nyttig konferanse til tross for at den var digital. Nå ser vi frem mot september og vår 20 landskonferanse i kreftsykepleie: «Tett på og ved siden av». Har du husket å melde deg på? Det er lov å håpe og tro at vi skal kunne samles da. Du kan se mer om det spennende programmet som lokallaget i Agder har jobbet med i tidsskriftet.

Jeg får også håp av bilde fra «Pøbel» på fremsiden av tidsskriftet vårt. Håp om et sykepleieløft, håp om et kompetanseløft og håp om at kreftsykepleiekompetansen blir løftet og brukt rett. Håp om normerte stillinger til kreftsykepleiere både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.

Vår faggruppe har jobbet intenst siste tiden for å løfte vår spesialkompetanse. Særlig viktig har hørings svar til forslag om retningslinjer for kreftsykepleieutdanningen vært. Vi er spente på resultatet. Vi ser at faget vårt er

i endring. Flere og flere overlever kreft, men lever med senskader og bivirkninger. Nyere og mer målrettede behandlingsformer gjør at flere som tidligere døde raskt av sin sykdom kan leve lenge. Mange trenger palliativ omsorg over lang tid, kanskje over år. Vår kompetanse skal være god nok og spesialisert nok både nå og i fremtiden.

I Stortingsmelding 24 «Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag, men alle andre dager skal vi leve» oppfordres det til mer åpenhet om døden. Jeg tenker at vi må begynne med livet og se døden som en naturlig del av livet. Vi må snakke om livet, og vi må snakke om døden. KS og etikkstatsingen «Samarbeid om etisk kompetanseheving» har laget e-læringsverktøy for å kunne etisk reflektere om åpenhet rundt døden. Jeg har selv vært med på dette arbeidet, og håper du vil dele informasjon om e-læringsverktøyet på din arbeidsplass. Systematisk etisk refleksjon er viktig for å utvikle etisk kompetanse og bevissthet. I tillegg er det en fin måte å selv få bearbeidet og sortert tanker, følelser og handlinger i møte med etiske dilemmaer og utfordringer.

Under pandemien har de etiske utfordringene og dilemmaene vært forsterket og endret. Kanskje har behovet for etisk refleksjon aldri vært større enn akkurat



## «Livsviktig investering i livsviktig kompetanse nå.»

nå. Helsedirektoratet skriver i Opplæringsressurser (covid-19) at: «Systematisk etisk refleksjon har stor betydning både for kliniske beslutninger og kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. I situasjonen med håndtering av Covid-19 pandemien er etisk refleksjon et viktig fokusområde».

Se gjerne KS sine nettsider : *Samarbeid om etisk kompetanseheving – KS* for tips og råd for å komme i gang med etisk refleksjon.

Jeg er også glad for at NSF med rådet for sykepleieetikk i spissen er i gang med et prosjekt der også de ønsker å øke fokus på systematisk etisk refleksjon.

Det går mot vår og på radioen min hører jeg Alf Prøysen sin lune stemme:

*Du ska få en dag i måra som rein og ubrukt står  
Med blanke ark og farjestifter tel  
Og da kæin du rette oppatt æille feil i frå i går  
Og da får du det så godt i måra kvell  
Og hvis du itte greie det æilt er like trist  
Så ska du høre suset over furua som sist  
Du skal få en dag i måra som rein og ubrukt står  
Med blanke ark og farjestifter tel*

Jeg ønsker dere alle en god vår og en ny dag med blanke ark og fargestifter til. At vi snart kan gi hjelp til pasienter og pårørende uten å være redd for smitte og med muligheter for et godt håndtrykk og en trøstende klem. Jeg vil avslutte med en oppfordring til alle arbeidsgivere:

Alle pasienter som er rammet av kreft bør få tilbud om hjelp og støtte fra en kreftsykepleier i alle fasene i et forløp. Det vil være lønnsomt, nyttig og nødvendig å investere i kompetanse.

Så derfor vil jeg bruke forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen sine ord:

«Livsviktig investering i livsviktig kompetanse nå.»

Håper å se dere alle i Kristiansand. ●

Med vennlig hilsen  
**Tanja Yvonne**



Foto: Washington Oliveira, Unsplash.com



Marit Kløvold

Ansvarlig redaktør



# Våren kjem

**D**et går mot vår og eit nytt tidsskrift av Kreftsykepleie. I år vil du få begge utgåvene i både papirformat og elektronisk utgåve, og tidsskriftet kan dermed lesast overalt.

## Pandemien

Vi har levd med pandemien i over eit år, med dei føringar og begrensingar det har medført. Det er vel lov å seie at vi er leie og ønskjer oss ein normal «kvardag», både på jobb og privat. I dette nummeret kan du bl.a lese om då ein av kreftavdelingane ved Stavanger universitetssjukehus fekk korona på avdelinga, både blant ansatte og pasientar. FHI har gjennom heile pandemien gitt oss råd og rettleiing, og i enkelte tilfeller har nok både vi og statsministeren misforstått. Kreftforeningen har fokus på å nå ut med informasjon om kreft og korona til minoritetsspråklige.

Kreftregisteret har tal på at det er påvist færre nye kreftdiagnosar under pandemien, enn tidlegare år. Det er urovekkande dersom pasientar ikkje tør å ta kontakt med fastlegen når dei kjenner symptom. Det er spesielt brystkreft og lungekreft som har hatt nedgang i antal nye krefttilfeller. Mammografiscreeningen stoppa opp pga. pandemien ein periode. Dei vanlegaste symptoma på lungekreft, er jo akkurat det som kan forvekslast med korona; hoste/tungpust... Sjølv jobbar eg med utredning av lungekreft og med ein gong koronaen kom, merka vi ein liten nedgang. Men elles har vi ikkje merka den store nedgangen i antal nye lungekrefttilfeller, eller at vi har fleire nye lungekrefttilfeller som vi ikkje kan kurere, enn vanleg.

## Ulike artikler

I dette tidsskriftet har vi blant anna valt å ha fokus på kva

tilbod som er der for kreftpasienten. Du kan lese meir om kreftrehabilitering på Sørlandets rehabiliteringssenter, som er eit lagarbeid mot felles mål i flotte naturområder på Eiken. Fleire av mine kreftpasientar har vore der. Nokre har til og med vore der to gonger. Anbefalast å sjekke ut (og ikkje spesielt lang ventetid heller). Eller ønskjer kreftpasienten din å komme tilbake i jobb, og kan ha glede av Mentorskapsprogrammet til Lotta Våde i «Kreftkompasset»? Kreftpasienten din må ikkje bu på Østlandet for å kunne delta, dette er for heile landet.

Det er fleire år siden «Pakkeforløp hjem» vart presentert frå Helsedirektoratet, men det tar tid å få dette på plass og innført. Du kan lese meir korleis det går med den prosessen her.

Du kan også lese om korleis *BarnsBeste* meiner vi saman kan finne dei beste løysningane for barn som pårørende og etterlatte i kommunane.

Etikksatsinga har laga to filmar, e-læringsverktøyet «Åpenhet om døden», som kan gi auka kompetanse på etiske utfordringar, og meir trygghet i åndelege og eksistensielle samtalar. I disse pandemitider, er det supert med det som er digitalt.

I dette tidsskriftet kan du og få lese ein dansk artikkel. Den handlar om korleis ei gastrokirurgisk avdeling har funne ei god ordning for tilrettelegging av palliasjon til «åpen kontakt» pasientane sine.

## Pøbel

Håpar du likar forside-biletet vårt. Det er kunstnaren

# RESOURCE<sup>®</sup> ULTRA

Med fokus på forbedret  
behandlingsresultat



**NYHET!**

**450  
kcal\***

**28 g  
protein\***

**3 g  
leucin\***

\*/200 ml

Pøbel som hyllar helsearbeidarar under pandemien. Den anonyme kunstnaren er kjend for sitt politiske engasjement. Pøbel uttalte til NRK; «det er en hyllest til helsevesenet, som har vært under en stor belastning under pandemien.» Patrick Swayze er bytta ut med helseminister Bent Høie og kunstverket er plassert rett utenfor Stavanger universitetssjukehus. Pøbel har laga ei personleg helsing til oss kreftsjukepleiarar i dette tidsskriftet (sjå side 2).

## Kreftpasienten

Hugs at akkurat du kan utgjere ein skilnad for kreftpasienten din, slik at det blir litt lettare å leve med kreftdiagnosen. Vi hadde akkurat ein pasient som gav oss ei lita oppmerksomheit på 90 årsdagen sin, der han takka oss for at vi gjorde det muleg for han å klare og å bli 90. Hos oss har vi pasientar frå begynnelsen av 30 åra og opp mot 90 år med lungekreft.

## Fagartikkel

Ønskjer du å skrive ein fagartikkel til oss, er det fint om du tar kontakt. Er du ute i god tid, kan den gå via Sykepleien, og du vil da undervegs få hjelp av fagredaktør Eli Smestad. Den vil bli publisert først på nett hos Sykepleien og etterpå i tidsskriftet vårt. Du vil også få eit honorar på 4000 kroner.

Vi blir glade for om dei lokallaga som har arrangert Webinar har lyst å dele dette med oss i neste tidsskrift.

Tusen takk til damene i redaksjonsutvalget, Merete Kløvning og Ingvild Ramberg for god innsats og godt samarbeid.

**Resource<sup>®</sup> Ultra** er en konsentrert næringsdrikk med høyt protein- og energiinnhold. Drikken inneholder høykvalitativt protein med stor andel myseprotein (42 % myse, 58 % kasein), som er naturlig rik på den essensielle aminosyren leucin. Resource<sup>®</sup> Ultra finnes i fire gode smaker og to ulike format – **125 og 200 ml**.

Resource<sup>®</sup> Ultra er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Brukes i samråd med lege eller klinisk ernæringsfysiolog. For kostbehandling av pasienter med underernæring eller i risiko for underernæring.

### Informasjon til helsepersonell

Nestlé Health Science,  
Postboks 683, Skøyen  
0214 Oslo



# Plutselig skjedde det her hos oss; Korona på kreftavdelingen

---

**Marie Røkenes Dyrøy**

Avd.sykepleier

Hematologisk sengepost og dagbehandling 2K

Avdeling for blod og kreftsykdommer,

Stavanger universitetssjukehus.

---

Jeg er avdelingssykepleier på hematologisk sengepost 2K på Stavanger universitetssjukehus (SUS). Sengeposten består av 17 enerom og en stor dagbehandling som drives på samme areal. Jeg har lederansvar for 60 ansatte i pleiegruppen som består av sykepleiere og hjelpepleiere. →





Sykepleier på vei inn til pasient med covid-19-smitte. Foto: Svein Gabrielsen Lunde

◀ Søndag 3.januar får jeg telefon fra smittevernoverlegen på Sus. En av mine ansatte har testet positivt på Covid 19. I første omgang hørtes situasjonen tilforlåtelig ut da den aktuelle ansatte hadde hatt fri nyttårshelgen og dermed ikke utløste noen karantene blant andre ansatte i avdelingen. Utfordringen ble raskt tydelig når det viser seg at vedkommende hadde ukjent smittevei.

Smittesporingen startet samme kveld med intervju av den smittede ansatte. I sporingsintervjuet kom den aktuelle ansatte på en av pasientene hun hadde ansvar for i romjulen. Pasienten var en medisinsk pasient innlagt med infeksjon. Vedkommende hadde testet negativt på Covid-19 ved innleggelse på SUS. 3 dager etter innleggelsen fikk vi beskjed fra sykehjemmet hun kom fra at hun var nærkontakt med en smittet ansatt der dagen før innleggelsen. Hun blir satt i karantene 30.desember, men siden hun ikke har endret symptomer blir hun ikke testet på nytt. Pasienten blir testet søndag kveld 3.januar og er da positiv. Dette er starten på et alvorlig smitteutbrudd hvor resultatet er 10 smittede ansatte og 2 smittede pasienter.

Flere ansatte hadde vært inne hos den aktuelle pasienten uten smittevernustyr før vedkommende ble satt i karantene. Pasienten var alvorlig syk og pleietrengende, med behov for inntil 3 pleiere i stell hver dag over en lengre periode. Mandag morgen 4. januar, er 8 pleie-

personell og 2 leger i karantene. Ytterligere 1 ansatt er hjemme med symptomer og tester positivt samme kveld. Alle innlagte pasienter og alle ansatte i karantene blir testet i løpet av mandag 4.januar. Tirsdag er resultatet at ytterligere 4 ansatte har testet positivt og sengeposten stenges for nye pasienter. Alle elektive pasienter flyttes til onkologisk sengepost 1K, Haukeland universitetssjukehus (HUS) eller utsettes. Vi står nå overfor flere ulike problemstillinger som er nye for oss.

### Lederperspektivet

Denne perioden opplevdes som en travel og usikker tid for alle. Jeg erfarte at min viktigste oppgave som leder var å holde ro og oversikt. Det som var helt avgjørende for oppgavene slik vi løste dem, var det gode lederteamet. Leder-teamet bestod av assisterende avdelingssykepleier og stab fra avdelingsledelsen, samt lederteamet på avdeling for blod- og kreftsykdommer (ABK). Det var avgjørende å ha noen å tenke høyt sammen med. Dette gjør at man sammen kommer opp med bedre løsninger og ser mulige utfordringer raskere. Avdeling for Smittevern med smittevernoverlegen i spissen var uvurderlig med ro, oversikt og vilje til å diskutere problemstillinger og løsninger.

Jeg var også nærkontakt av den syke pasienten og måtte i karantene. Oppgavene i lederteamet ble fordelt slik at



## «De ansatte er utsatt for smitte gjennom jobb og kjenner også på bekymring for bringe smitte videre til sine nærkontakter. Det er viktig å ha fokus og snakke om dette, også når det ikke er smitteutbrudd.»

jeg, som ikke kunne være til stede i sengeposten, hadde ansvar for smittesporing, kontakt med de ansatte, både de syke og de i karantene, samt overordnet møtevirksomhet og bestemmelser. Assisterende avdelingssykepleier, med støtte i fagsjef for ABK, hadde hovedansvar for drift av sengeposten og de ansatte som var på jobb. Vedkommende hadde også ansvar for alle telefonhenvendelser til sengeposten. Det var travle dager med mye spørsmål og usikkerhet blant både personalet, pasienter og pårørende.

Hematologisk dagbehandlingen er til daglig lokalisert på sengeposten med meg som leder. For å unngå nye pasienter inn i sengeposten måtte vi bytte lokaler. Løsningen ble å opprette kveldspoliklinikk i lokalene til ABK poliklinikk for de pasientene der behandling ikke kunne utsettes. Koordinator på dagbehandlingen jobbet på dagtid med å koordinere pasienter og planlegge behandlinger, samt betjene telefonhenvendelsene til hematologisk dagbehandling. Koordinators oversikt og inngående kjennskap til pasientene var avgjørende for at denne prosessen gikk smidig. De resterende ansatte på hematologisk dagbehandling ble forskjøvet til kveldspoliklinikk.

Den viktigste suksessfaktoren for dette arbeidet var absolutt personalgruppen. Deres samhold gjorde at de møtte utfordringer sammen, med fokus på samarbeid for å ivareta pasienter og hverandre. Ledelsen møtte bare velvilje fra de ansatte når det kom til å flytte på vakter, ta ekstravakter og jobbe på kveldspoliklinikk.

### Smittesporing

Smittesporing er et utfordrende og detaljert arbeid. Det foregikk ved at jeg som leder fikk beskjed pr telefon om alle mine ansatte som testet positivt. Prøvene ble stort sett tatt på dagtid, med svar samme kveld, ofte sent på kvelden. Det å ringe ansatte sent på kvelden for å informere de om at de er smittet på jobb, føltes veldig leit. De fleste ble naturligvis lei seg, litt i sjokk og redde for de rundt seg. Jeg som leder hadde også ansvar for å ringe alle som måtte i karantene som resultat av positive tester. Dette var tidkrevende da disse personene også hadde behov for informasjon om hendelsesforløp,

testing og gjennomføring av karantene.

Arbeidet med smittesporing viste viktigheten av å ha oversikt over hvem som var i kontakt med hvem, og hvilke ansatte som til enhver tid hadde vært inne på hvilke pasientrom. Sengeposten fører lister over ansatte som har vært ansvarlig for de ulike pasientrommene, men også over de ansatte som bare har vært innom. Listene med utfylt informasjon om personer som hadde vært innom pasientrommene skulle vise seg å være særlig viktig.

Det utfordrende ble å vite hvilke ansatte fra samarbeidene avdelinger som til enhver tid hadde hatt kontakt med eventuelt smittede pasienter og ansatte. Vi var avhengig av at samarbeidende avdelinger hadde systemer for å vite hvem deres ansatte hadde vært i kontakt med.

### Oppfølging av ansatte

Heldigvis ble ingen av de ansatte som testet positivt svært alvorlig syke. Symptomene varierte fra svært lette forkjølelssymptomer til mer alvorlig influensasympptomer med feber, hoste og fatigue. Alle ansatte med positiv test ble meldt til kommunen for oppfølging av smitteteam og fastlegen.

Ledelsen hadde bortimot daglig telefonkontakt med alle smittede ansatte. Denne kontakten ble fordelt mellom meg som nærmeste leder, avdelingssjef og bedriftshelsetjenesten. Det ble svært viktig å fokusere på ivaretagelse av de ansatte som ble rammet av dette. Mange av kollegaene tok også kontakt med de syke og viste støtte og omsorg. Det var viktig for oss å ha stort fokus på at dette var noe de hadde blitt utsatt for på jobb, og som kunne rammet oss alle. Som leder er jeg heldig som har en personalgruppe som tar godt vare på hverandre og støtter hverandre. Avdelingen var opptatt av å gi de syke ansatte oppmerksomhet og det ble besluttet å sende frokost med Morgenlevering til de som var isolert hjemme. Dette var et tiltak det ble satt stor pris på.

I en artikkel i Stavanger Aftenblad 19.01.21 uttalte administrerende direktør ved Stavanger universitetssjukehus Hege Schøyen seg nettopp om det at ansatte faktisk er i en risiko for å bli smittet på jobben: ▶

«Dette er noe av det mest ubehagelige jeg kan tenke meg. Med en så smittsom sykdom som covid-19 er forholdet alle som jobber med dette seg til en risiko for å bli smittet. Våre medarbeidere er en del av sykehuset, de utgjør på mange måter sykehuset. Når de blir smittet på jobb blir jeg redd for at de blir alvorlig syke. Dette er noe av det ansatte har sagt hele tiden at de har vært bekymret for, sier Schøyen.»

Stavanger universitetssjukehus har prosedyre for ivaretagelse av ansatte i karantene. Blant annet skal alle kontaktes for oppfølging. Med totalt 38 i karantene og 9 syke viste det seg at det ble en umulig oppgave. Ledelsen måtte derfor konsentrere seg om de syke som beskrevet over. Etter hvert fikk vi rutine på å sende ut informasjon til pleiepersonalet via SMS funksjonen i GAT. Dette ble en effektiv måte å nå pleiepersonalet med informasjon.

### Pasienter i karantene

Mange pasienter ble satt i karantene. Det ble gjort et stort arbeid med å ringe og informere alle som var skrevet ut fra sengeposten i den aktuelle perioden. Alle innlagte pasienter var ilagt karantene og ble testet hver andre dag. Det var ingen klager fra pasienter til tross for at de gjentatte ganger måtte gjennomgå den ubehagelige koronatesten. Tvert imot satt pasientene pris på alle tiltakene som ble gjort og de ga uttrykk for at det opplevdes trygt å være pasient også i denne tiden. En slik innstilling fra pasientene lettet veldig på arbeidet for de ansatte. Det store antallet ansatte i karantene og sykemeldte gjorde jo at det var svært redusert kapasitet på drift. All behandling som ikke hastet ble utsatt, både innleggelse og dagbehandling. Enhetene på ABK har et veldig godt samarbeid på tvers i avdelingen og de som trengte innleggelse for behandling fikk dette på onkologisk sengepost 1K. Ære være sykepleiere der som tok ukjente cellegiftkurer på strak arm og ivaretok de hematologiske pasientene. En pasient flyttet til Haukeland universitetssjukehus for behandling, men ellers ble resten håndtert på ABK, enten på dagbehandling eller onkologisk sengepost 1K.

2 pasienter ble dessverre smittet under innleggelse i sengeposten. Dette skjedde til tross for gjeldende smitteverntiltak og iherdig innsats fra de ansatte. Smittevernoverlege Lars Kåre Kleppe adresserte dette i pressekonferanse 19.01.21.

«Smitten er dessverre et tegn på at denne sykdommen har sider ved seg som er vanskelige å gardere seg helt



Marie Røkenes Dyrøy, Avd.sykepleier. Foto: Privat

*imot. En vil alltid ha en høyere risiko for eksponering og for å utvikle nærkontakter på sykehus, fordi våre oppgaver krever nærkontakt med pasienter, sier han».*

Begge pasientene ble fulgt tett opp fra avdelingen sin side, både da de var innlagt og senere hjemme.

### Pårørendearbeid

ABK har alltid hatt fokus på pårørende og at de skal få være sammen med pasienten så mye de ønsker. De er en viktig brikke i pasientens liv og viktig for at pasienten skal klare å gjennomføre behandling både praktisk og psykisk. Overgangen ble derfor stor da Norge stengte ned og pårørende ikke lenger kunne være med på sykehuset som vanlig. Sykehuset laget retningslinjer for besøken etter pandemiens start. Da sykehuset åpnet litt opp igjen ble det imidlertid opp til den enkelte avdeling å tolke hvordan retningslinjene skulle håndheves. Resultatet av dette var at da vi drev smittesporing i denne vanskelige situasjonen, var beskjeden fra avdeling for smittevern at vi hadde vært for liberale i forhold til besøken. Alle pasientene på kreftavdelingen er i pårørendes øyne kritisk syke. Det har derfor gjennom hele pandemien vært vanskelig å vurdere når det var behov for å åpne for besøk i de enkelte pasient-





Foto: Svein Gabrielsen Lunde

situasjonene. Dette har gjort pårønderarbeidet krevende under hele pandemien.

### Informasjon/samarbeid

Hver morgen var det møter mellom avdelingsledelsen på ABK, beredskapsavdelingen på SUS og smittevern. Møtene ble avholdt via Skype når oppdatert informasjon fra kvelden før forelå. Det gjorde at alle i møtet fikk orientering om utvikling og videre strategi på en rask og god måte. Potensielle problemstillinger og mulige løsninger ble også avdekket raskt.

### Testing av ansatte

Det ble drevet utstrakt testing av alle ansatte. De som var i karantene, fikk time til testing via koronatelefonen på SUS. Ansatte som var på jobb ble testet hver 3. dag. Disse ble testet på sengeposten. Dette ble en ekstra belastning da de få ansatte som var på jobb allerede hadde mange arbeidsoppgaver. Vi så da at dette er en oppgave som bør organiseres utenfor sengeposten med eksternt personell, noe som ble gjort ved senere utbrudd på SUS.

### Hva har vi lært?

Smitteutbrudd i egen avdelingen har vært en fryktet

hendelse siden pandemien kom til Norge i mars 2020. Det har vært en krevende, men også lærerik periode som ble evaluert noen uker etter smitteutbruddet. Evalueringen ble gjennomført via Skype slik at rundt 50 ansatte kunne delta. De som hadde fri/var i karantene deltok hjemmefra og fikk tilsendt innkalling på privat e-post. Og det fungerte utmerket. Det ble gitt en orientering av hendelsesforløpet og det var fokus på læringspunkter. Dette var ikke et fora som egnet seg for å diskutere de følelsesmessige aspektene ved det vi hadde gjennomgått. De ansatte ble derfor oppfordret til å ta kontakt med nærmeste leder eller bedriftshelsetjenesten ved behov.

Følgende læringspunkter kom frem:

- Tekstmeldingen med informasjon til pleiegruppen også burde vært sendt ut til legene.
- Sms-rutinen burde blitt etablert fra starten av utbruddet, da det var en enkel måte å orientere de ansatte.
- Ved smitte på pasientrom så viste det seg enklest å sende ut sms med informasjon om smitte på det aktuelle romnummeret. Da kunne den enkelte ansatte selv gi tilbakemelding om man var nærkontakt eller ikke. Dette burde vært gjort fra starten av utbruddet.
- De ansatte burde fått tilsendt et kortfattet referat fra møtene mellom avdelingsledelsen, beredskapsavdelingen og smittevern. Da ville de til enhver tid vært informert om hva som foregikk, hva som ville møte dem og hva som var videre plan.
- Portørtjenesten har endret rutiner slik at alle bestillinger gjøres elektronisk og ikke pr telefon slik at en kan spore oppdrag og da hvem som har utført de.

### Tips og råd på veien

De ansatte er utsatt for smitte gjennom jobb og kjenner også på bekymring for bringe smitte videre til sine nærkontakter. Det er viktig å ha fokus og snakke om dette, også når det ikke er smitteutbrudd.

Underveis i smitteutbruddet fikk vi god kunnskap om hva 2 meter i mer enn 15 minutter innebærer. Dette gjorde smittesporingen enklere. Det å gjøre ansatte bevisst på dette også når det ikke er smitteutbrudd er verdifullt.

Vi brukte mye tid på kommunikasjon med pasientene våre gjennom smitteutbruddet. Dette beroliget mange pasienter. Vi fikk også telefoner med støtteerklæringer til avdelingen fra tidligere pasienter. Det varmet veldig i en vanskelig tid.

Koronasmitte som relateres til arbeidsplassen er definert som yrkesskade. Alle tilfeller ble derfor meldt i vårt avvikssystem, samt til NAV og foretakets forsikringsselskap. ●

# Åpenhet om døden

Foto: Privat



## Christine Haga Sørli

Leder av satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving i KS

Lindrende behandling og omsorg er et område hvor ansatte utvikles, samler erfaring og oppøver sensitivitet gjennom hele yrkeslivet. Kontinuerlig kvalitetsforbedring, både individuelt og som kollega-grupper, er en viktig faktor for å oppnå mestring og faglig modenhet. Vi lærer ikke nødvendigvis av å erfare, men læring kan oppstå når en reflekterer over situasjoner i forkant, underveis eller i etterkant.

Satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving (Etikksatsingen) i KS<sup>1</sup> fikk i Meld. St. 24 i oppdrag å bidra til å styrke kvaliteten på lindrende behandling og omsorg<sup>2</sup>. I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet står det blant annet:

Det er behov for å styrke etisk refleksjon om døden, og å tilrettelegge for samtaler om døden, blant helsepersonell og mellom helsepersonell, pasienter/brukere og pårørende.

En styrking av etisk refleksjon skal gi helsepersonell økt kompetanse om etiske spørsmål, og bidra til at helsepersonell får kompetanse og trygghet slik at de legger til rette for samtaler om døden med pasienter og pårørende. Gjennom samtaler om døden kan den som er syk og de pårørende få mulighet til å gi uttrykk for deres behov og preferanser.

Etikksatsingen har laget e-læringsverktøyet Åpenhet om døden, som kan gi økt kompetanse på etiske utfordringer og mer trygghet i åndelige og eksistensielle samtaler. Alle har noe å lære og alle kan bidra i refleksjonsoppgavene i filmen.

### Utviklingen av verktøyet

I utviklingen av filmene startet vi med en undersøkelse av behovene for kompetanseheving slik at verktøyet er relevant, presist og nyttig. Vi tok utgangspunkt i pasientenes og de pårørendes behov i møte med livets slutt, og hvordan tjenestene kan imøtekomme behovene på en måte som ivaretar pasientenes verdighet og integritet.

I oppstarten hadde vi flere møter med ledere og ansatte på ulike nivåer i tjenestene for å høre hvordan et verktøy burde utformes for å være nyttig og faktisk bli brukt i en travel hverdag. Uavhengig av om vi snakket med store eller små kommuner, ledere eller ansatte, fagmiljøer, var det ønske om et verktøy som bidrar til gode møteplasser for erfaringsdeling og etisk refleksjon<sup>3</sup>. De ønsket også å øve seg på å finne åpne spørsmål og gode formuleringer slik at mestringsopplevelsen og mot blir styrket.

Etikksatsingen har tidligere utviklet e-læringsverktøyet

<sup>1</sup> Samarbeid om etisk kompetanseheving i KS (Etikksatsingen) er en nasjonal satsing som gjennom regionale veiledere støtter det praksisnære etikkarbeidet regionalt og lokalt. Etikksatsingen har et ansvar for opplæring i systematisk etisk refleksjon, lage metoder og verktøy, samt å dele ut Etikksatsingen.

<sup>2</sup> Stortingsmelding 24. Punkt 9. 2. s. 64. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

<sup>3</sup> Dette resultatet finner vi også i evalueringsrapporten Etisk refleksjon og verdissensitivitet. Kap. 4. 3.



Foto: KS

Etisk refleksjon (Martin – filmen). Den har blitt mye brukt i utdanningene og tjenestene, så vi mente det var klokt å bruke samme pedagogiske metodikk. Det er mange fordeler ved å lage nettkurs, blant annet at det ikke forutsetter forhåndskunnskap eller metodekurs i etisk refleksjon, og at det er tilgjengelig for alle i hele landet.

Det faglige innholdet i verktøyet ble utviklet av to ulike arbeidsgrupper til de to filmene/forløpene. Vi hadde med dyktige og kloke mennesker i ulike yrker og livssituasjoner. Pasient, pårørende, helsefagarbeidere, sykepleiere, ledere, allmennleger og sykehjemsleger, representant fra Senter for medisinsk etikk, Fransiskushjelpen, organisasjonspedagog og manusforfatter deltok sammen med regionale veiledere i Etikksatsingen.

Innledningsvis i arbeidet fant vi frem til de viktigste læringsmålene innen lindrende behandling og omsorg knyttet til etiske utfordringer og kommunikasjon. Deretter fortsatte arbeidsgruppene med å identifisere de profesjonene og ansattrollene e-læringsverktøyet skal ha som målgruppe, og finne ulike personlighetstrekk ved de ulike karakterene. Til slutt ble selve handlingsforløpet utarbeidet.

## Verdier og etisk refleksjon

I evalueringsrapporten Etisk refleksjon og verdibevissthet som Etikksatsingen fikk laget i 2018 kom det klart frem at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har en høy bevissthet om etikk og verdier<sup>4</sup>. I vårt arbeid med å lage Åpenhet om døden sto også regjeringens verdiplattform for lindrende behandling og omsorg sentralt:

- *Åpenhet*
- *En helhetlig tilnærming*
- *Verdighet*
- *Mening*
- *Medvirkning*
- *Valgfrihet*<sup>5</sup>.

Alle ønsker at helse- og omsorgstjenestene våre skal ha en høy etisk standard bygget på gode verdier. Den standarden må vedlikeholdes hele tiden. Samtaler om hva som er rett og galt, godt og ondt vedlikeholder en høy etisk standard i møte med nye utfordringer og slitasje. Dette bidrar til stabilt god kvalitet på tjenestene<sup>6</sup>. Etisk refleksjon er en nødvendighet for å sikre faglig

<sup>4</sup> Evalueringsrapporten side 25 og 26

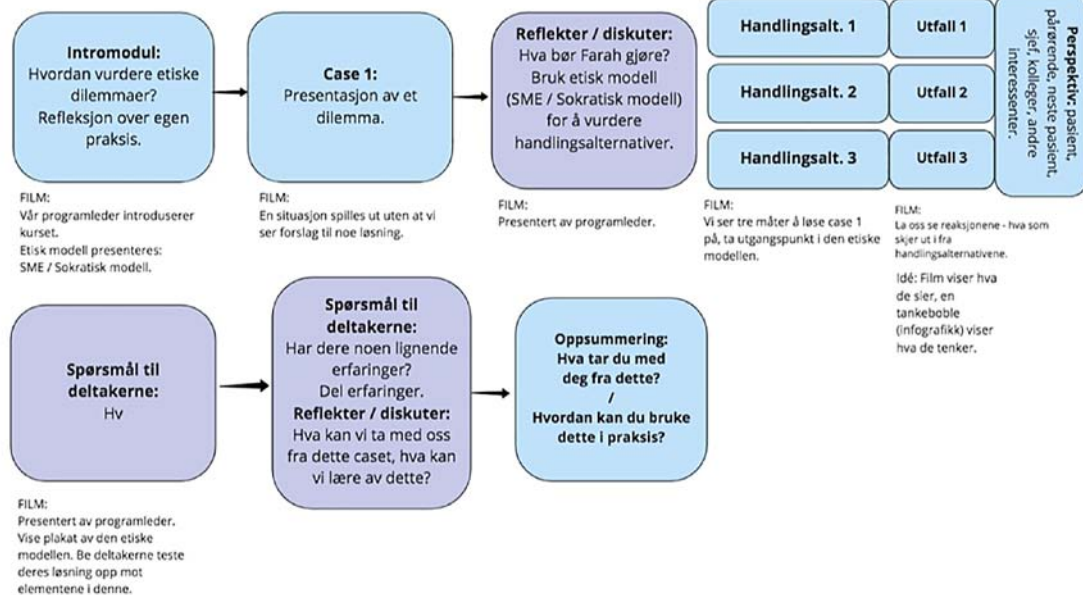
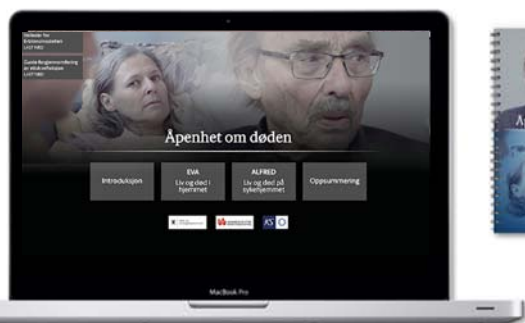
<sup>5</sup> Stortingsmelding 24. Punkt 1. 2. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

<sup>6</sup> Evalueringsrapporten 2018 s. 25 og 26.



Foto: KS

## OPPLÆRINGSPAKKEN BESTÅR AV:





utvikling og kvalitetsarbeid ifølge ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenestene<sup>7</sup>.

I etisk refleksjon drøfter man hvilke verdier og prinsipper som står på spill. Det kan være verdier som verdighet og trygghet, prinsipper som velgjørenhet og samvalg, eller normer som at alle mennesker skal behandles med respekt<sup>8</sup>. I helse- og omsorgssektoren er fagutdanningen sterkt basert på verdier. I tillegg kommer at selve arbeidet som utføres er av relasjonell karakter – det vil si direkte sosial kontakt mellom ansatte og mottakere av tjenestene. Mye av dette arbeidet kan ikke reguleres gjennom lover og regler, men er styrt av holdninger, som igjen er forankret i verdier<sup>9</sup>.

Etikk som systematisk refleksjon over verdispørsmål retter seg mot handlinger (vanskelige valg situasjoner, etiske dilemma), holdninger (til andre, organisasjonskulturen) og institusjonelle ordninger (rutiner, retningslinjer, regler og prioriteringer)<sup>10</sup>)<sup>11</sup> Ledere og ansatte må ha en grunnleggende etisk kompetanse, noe som betyr at de må ha kunnskap og ferdigheter til å:

- identifisere ulike etiske dilemmaer og problemstillinger i ulike situasjoner,
- reflektere over vesentlige åpne og skjulte verdier, prinsipper, konsekvenser og følelser som blir aktualisert i den aktuelle situasjonen
- håndtere den etisk problematiske situasjonen i praktisk handling<sup>12</sup>

I evalueringsrapporten kom det tydelig frem at både ledere og ansatte mente at etisk refleksjon er et grunnleggende viktig tiltak for å styrke alle områder innenfor kvalitet<sup>13</sup>. Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er av Helsedirektoratet definert som:

Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.<sup>14</sup>

Dette er den standarden alle ansatte skal utøve hver dag og i alle møter med pasienter, pårørende og kolleger. Det krever refleksjon og gode evner til kommunikasjon.

## Kontekst og kommunikasjon

I den praksisnære etikken er kommunikasjon en kilde

til både konflikter og til god samhandling. Klagesaker til Fylkesmannen bunner ofte i mangelfull eller utydelig informasjon. Kommunikasjonsmodeller består grovt sett av tre deler: Avsender, medium og mottaker. Effektiviteten av slike modeller eller systemer avhenger av samstemtheten mellom disse tre delene. Hvis avsender har kodet inn et budskap og brukt et medium som når frem, vil mottakerne oppfatte innholdet slik det er ment. For å forstå kommunikasjonseffektivitet er det viktig å skille mellom såkalte rike og fattige medier. Et rikt medium er i stand til å overføre rik informasjon, det vil si informasjon som i seg selv er noe komplisert og inneholder mange nyanser og elementer som har behov for tolkning. Et typisk rikt medium er ansikt-til-ansikt-møter som tillater at alle kommunikative detaljer overføres, som for eksempel tonefall og kroppsspråk, og som tillater umiddelbar tilbakemelding. Et slikt medium er godt egnet til uklarhetsreduksjon. Et såkalt fattig medium som datasystemer, overfører mer avgrenset informasjon som ikke trenger tolkning og diskusjoner.

Etikk er definert som rik informasjon som forutsetter rike medier for å kunne overføres. Et viktig spørsmål er derfor hvordan kommunikasjonssystemene i kommunene er innrettet. Men andre ord, finnes det møteplasser som muliggjør utveksling av uformell, komplisert og følsom informasjon?<sup>15</sup>

Alle ansatte som arbeider med alvorlig syke og døende utøver «rik» personsentrert kommunikasjon. Den har mange aspekter. Det sentrale er å forstå hva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen. Personorientert kommunikasjon består av fire sentrale elementer:

- Å anerkjenne pasientens perspektiv
- Å forstå pasientens psykososiale kontekst
- Å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier
- Å dele makt, dvs. å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der det er mulig<sup>16</sup>

Dette er selvsagt ikke en tilstrekkelig innføring i teorier og begreper, men en liten smakebit med henvisning til litteratur til videre fordypning.



<sup>7</sup> Evalueringsrapporten kap. 4. 2.

<sup>8</sup> Etikkhåndboka 2020 side 58.

<sup>9</sup> Lederskap, Person og funksjon 2015, s 108

<sup>10</sup> Etikkhåndboka 2020 side 22

<sup>11</sup> Etikkhåndboka 2020 side 22

<sup>12</sup> Etikkhåndboka 2020 side 20

<sup>13</sup> Evalueringsrapporten 2018 s. 28 og utover.

<sup>14</sup> Helsedirektoratets veileder om kvalitet for personer med komplekse og sammensatte lidelser

<sup>15</sup> Evalueringsrapporten side 26-27

<sup>16</sup> Kommunikasjon i relasjoner side 16-17

## ◀ Det ferdige E-læringsverktøyet Åpenhet om døden<sup>17</sup>

### Bakgrunnshistoriene til hovedpersonene i filmene

#### Eva ønsker å dø hjemme

Eva er en dame i 50-årene som over litt tid ikke hadde følt seg helt i form, og fikk hele livet snudd på hodet da undersøkelser viste at det var kreft. Legene informerte senere om at: «Nå er vi dessverre der vi ikke ønsket å være». Eva selv forstår alvoret og erkjenner situasjonen, mens barna er i sjokk og nekter å innse at mor skal dø. Eva ønsker å dø hjemme, men hele situasjonen er preget av at mye er uavklart. Eva og barna er ikke er samstemte i forståelsen av det som nå er i ferd med å skje med Eva. Barna tror det vil gå bra med mamma, og Eva selv er innforstått med at hun vil dø av sykdommen.

#### Alfred vil dø på sykehjemmet

Alfred er en eldre mann som flytter inn på sykehjem, selv om han helst vil bo hjemme. Han og kona har levd et langt og godt liv sammen, men etter at Alfred fikk et lårhalsbrudd blir det for tungt for de to å klare seg i det gamle huset. Alfred har ikke veldig lyst til å flytte på sykehjemmet, og kona synes også det er ille. Men det går rett og slett ikke lenger. Familien er nok ikke helt samstemte i hva dette sykehjemsoppholdet er. Sønnen mener at opptrening på sikt vil få faren tilbake i god form og hjem, kona er utslitt og kan ikke klare mer og Alfred sier ikke stort nå som de har kommet til sykehjemmet.

Utfra disse utgangsfortellingene har vi laget et forløp som viser ulike hendelser som er både kommunikasjonsmessig og etisk utfordrende, og ulike måter disse situasjonene kan møtes på.

### Metodikk for etisk refleksjon og kommunikasjon i verktøyet

Systematisk etisk refleksjon er et møte som er planlagt, følger en metodikk og er ledet. Spontan etisk refleksjon i gangene er viktig, men det er noe annet enn den planlagte refleksjonen hvor vi bygger på hverandres tanker og blir klokere gjennom kunnskaps- og erfaringsdeling. Det er mange ulike hendelser som kan oppleves som vanskelige, og derfor er det viktig med god variasjon i enkle og mer omfattende metoder for både etisk refleksjon og allmenn refleksjon. Ulike situasjoner, utfordringer og dilemmaer krever ulike metodikk om

man skal få det resultatet enn ønsker, enten det er beslutningsstøtte, handlingsalternativ, å bli hørt eller sortere en hendelse osv. Mer om de ulike metodene og verktøyene er tilgjengelig på Etikksatsingen sin nettside på KS.no lenke?

### Hvordan kan verktøyet brukes?

E-læringsverktøyet består av to filmer, en veileder i 6-trinnsmodellen og en guide i hvordan man kan lede samlingene. Alt dette ligger på Etikksatsingen sin nettside på KS.no og på KS læring. Det er også utarbeidet en arbeidsbok som kan bestilles på ordre@lupro.no. Alle deltakere kan bestille sin egen bok hvor de finner refleksjonsøvelser, observasjonsøvelser og har god plass til å notere.

Vi anbefaler at verktøyet brukes over tid fordi det mye å reflektere over i hver episode. Det tar tid å ta innover seg læringen og til å gjøre seg erfaringer gjennom observasjon i praksis underveis i opplegget. Det kan derfor være fornuftig å ta en episode om gangen.

Etikksatsingen har også fått produsert en refleksjonsfilm i 4 episoder. I den møter dere Marie Aakre og Unni Kristiansen. Filmen heter Samtaler om døden og har følgende episoder: Døden på norsk, Hospice-filosofien og åpenhet, Jeg og døden, En verdig død for alle. Det ligger også to ulike etikk-webinar med Marie Aakre på Etikksatsingen sin side: <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>

### Avslutning

Vi håper e-læringsverktøyet Åpenhet om døden kan gjøre det lettere for både helsepersonell og andre å våge de eksistensielle samtale om livet og de åndelige samtale om livssyn. Det er ikke mange år siden det var vanlig å dø hjemme, og døden var en naturlig del av livets gang. Den naturligheten ga noen gode ringvirkninger. Døden var noe som gjaldt alle uansett alder, døden ble snakket om, sorgen fikk ulike etapper og den fikk den tiden det tok. I meld. St. 24 er mer valgfrihet et av målene. Om det faktisk skal bli slik at menneskene skal ha like stor mulighet til individualitet og leve på egne premisser ved livets slutt som i alle andre faser må vi snakke om det. Vi må sette ord på ønsker, lengsler, behov og grenser for å vite hva som er viktig nå.

Vi ønsker dere alt godt i et viktig arbeid for mer åpenhet om døden, med håp om at livsglede og livskvalitet skal få de beste vilkårene. ●

<sup>17</sup> Verktøyet ligger her. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/samarbeid-om-etisk-kompetanseheving/lindrende-behandling-og-omsorg/>

## Litteraturliste

Aadland, Einar: *Etikk i profesjonell praksis*. Det norske samlaget. 2018

Eide, Tom og Aadland Einar: *Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester*, Kommuneforlaget 2. utg, 1 opplag 2020

Nina Amble, Elisabeth Gjerberg: *Hjerte-hode-hender. Et verktøy for refleksjon i pleie- og omsorgstjenestene*, Helsedirektoratet 2. utg. 2014.

Hilde Eide og Tom Eide: *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. Gyldendal akademiske. 3. utg. 2017.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging->

av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet

Rudi Kirkhaug: *Evalueringsrapporten Etisk refleksjon og verdibevissthet. Betydningen for kvalitet, trivsel og samhandling*, 2018 <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/samarbeid-om-etisk-kompetanseheving/undersokelse-om-betydningen-av-etisk-refleksjon/>

Meld. St. 24 (2019 – 2020) *Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag, men alle andre dager skal vi leve*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

# Søknad om stipend for 2022

Ønsker du å jobbe med faglig utvikling, kompetanseheving eller innovasjon på arbeidsplassen din? I så fall kan du være heldig å få stipend av FKS i 2022.

## Stipend/prosjektmidler á kr. 20 000

Stipendet er øremerket prosjektarbeid, faglig utvikling, opplæring eller innovasjon som skal utvikle kreftomsorgen. Stipendet gjelder ikke støtte til dekning av utgifter i forbindelse med studier.

### Vilkår:

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

**Søknadsfrist 1. desember 2021**

## Stipend inntil á kr. 7500

Stipend til deltakelse på konferanser/seminar innen tema kreftomsorg.

NB: Søknad skal være fullstendig utfylt og sendt innen tidsfristen

### Vilkår:

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

Utbetaling av dette stipendet skjer fortløpende etter at kvittering for innbetalt beløp er mottatt.

NB: Utbetalingen må gå personlig og ikke via arbeidsgiver.

**Søknadsfrist 1. desember 2021**

### Slik søker du:

Søknadsskjema hentes på

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

Søknad sendes stipendansvarlig i FKS:

**E-mail: merete.klovning@alesund.kommune.no**

**tlf 41400918**

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

# Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

I 2018 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide et pakkeforløp for «kreftpasienter hjem» – som etter hvert har fått ordlyden «pakkeforløp hjem for kreftpasienter».

## Ingunn Løvstad Sørensen

seniorrådgiver

Avd.spesialisthelsetjenester

Helsedirektoratet

**H**else- og omsorgsdepartementet understreket følgende i sitt oppdrag: «Pakkeforløpene skal sikre forutsigbarhet for pasientene og kvalitet i utredning og behandling, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det skal være et spesielt fokus på psykososial oppfølging for pasienter, pårørende og etterlatte, og rollen til forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten, kontaktlege og koordinatorfunksjoner i kommunen må beskrives ..... Direktoratet må ta utgangspunkt i kommunenes frihet til å organisere sine tjenester på en hensiktsmessig måte, og ivareta hensynet til at pasienter som mottar tjenester fra kommunen ofte vil ha flere lidelser samtidig.»

### Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal:

- bidra til trygghet og forutsigbarhet, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunale helse – og omsorgstjenester
- sikre god overgang fra sykehusbehandling til oppfølging av kommunale helse- og omsorgstjenester for kreftpasienter
- bidra til at kreftpasienter får bedre oppfølging i kommunen etter gjennomgått behandling i spesialisthelsetjenesten

Det ble etablert et prosjekt i februar 2019 med bred involvering av pasienter, pårørende, tjenesten og fagmiljøene. Det ble avholdt flere møter og workshops, og tjenstedesigner ble koblet på som gjennomførte intervjuer og møter med pasienter, fastleger, sykehusleger, forløpskoordinatorer, kreftkoordinatorer i kommuner, ledere og andre. Tilbakemeldingene herfra ble samlet i 6 overordnede utfordringer/behov:

- Hjelp oss å finne informasjon når vi trenger det, og når vi er klar for det
- Hjelp oss å vite hva vi kan forvente oss underveis og i ettertid
- Bli kjent med hele meg, ikke bare diagnosen
- Trygg oss på at informasjon om meg blir formidlet videre til de som skal ha det
- Hjelp oss å finne tjenester vi har bruk for
- Hjelp oss å koble og koordinere forskjellige deler av tjenestesystemet

I mars 2020 måtte prosjektet stanses pga. arbeidet med pandemien, men ble startet opp igjen for fullt i september. Med innspill fra den eksterne ressursgruppen og referansegruppen, ble det utarbeidet et førsteutkast til pakkeforløp hjem for kreftpasienter i desember 2020.

Et sentralt punkt i pakkeforløp hjem – slik vi ser det per i dag – blir kartlegging av pasientenes behov, og ikke minst, en videreformidling og oppfølging av det som blir avdekket. Dette inkluderer også riktig og nok informasjon tilpasset pasientenes forutsetninger og



ståsted. Det blir viktig at det opprettes kontakt mellom sykehus, poliklinikk, fastlege og pasientens bostedskommune. Pasientene skal være trygge på at all nødvendig informasjon blir formidlet videre til rett instans, slik at pasienten selv ikke skal være budbringeren. Det er også viktig at behovskartleggingen dekker alle sider ved pasientenes livssituasjon – ikke bare de rent medisinskfaglige behovene – og at denne kartleggingen gjentas på ulike tidspunkt i pasientforløpet. Behovene til pasienten, og eventuelle pårørende, vil variere i ulike faser av pasientforløpet, og det er viktig at behovene blir fanget opp – og snakket om – når de oppstår. Det er også viktig at det samtidig er en pågående

dialog mellom tjenestene slik at alle (etter pasientens samtykke) er kjent med hva som er viktig for den enkelte kreftpasient, og hva tjenesten kan bistå med av informasjon, kontakter og tiltak. Dette innebærer også en ivaretagelse av de pårørende.

### Status

Prosjektet er nå inne i en fase der strukturen for et pakkeforløp hjem er beskrevet, men der det må jobbes videre med innholdet og de praktiske implikasjonene av forslagene. Et forslag til pakkeforløp hjem skal etter planen sendes på ekstern høring til alle aktuelle instanser før pakkeforløpet implementeres. ●

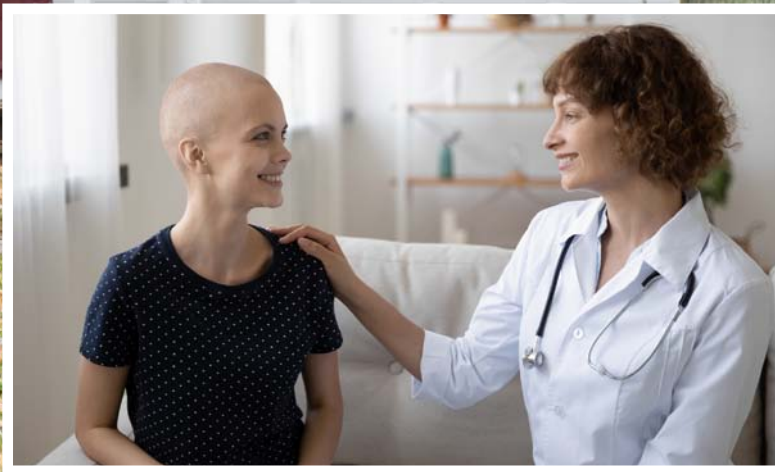


Foto: Flickr, Dreamstime.com (Helseledningsdirektoratet)



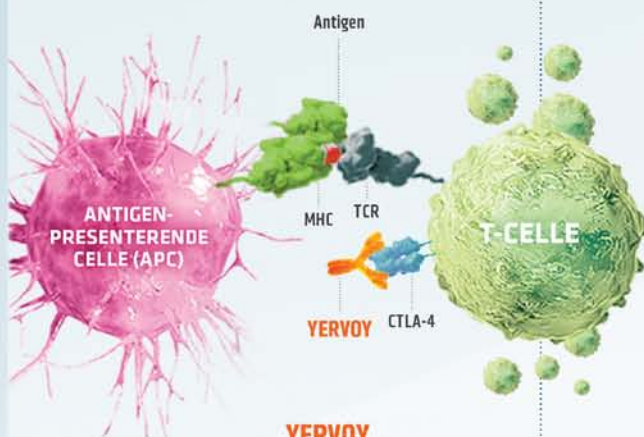


# OPDIVO + YERVOY

## ved avansert melanom og nyrecellekarsinom<sup>\*†</sup>

### Komplementære virkningsmekanismer – lokal og systemisk regulering<sup>1,2</sup>

#### T-CELLEAKTIVERING OG PROLIFERASJON

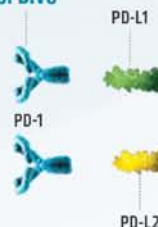


#### YERVOY

Blokkerer CTLA-4 og øker dermed T-celleaktivitet og proliferasjon. Generere nye og anrike eksisterende kreftspesifikke hukommelses T-celler.<sup>2</sup>

#### PD-1 RESEPTOR BLOKADE

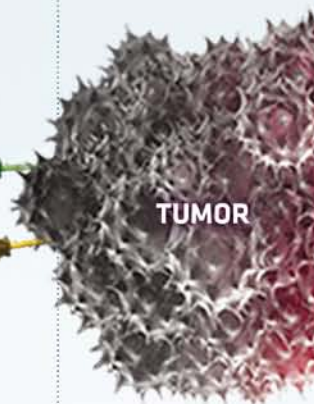
#### OPDIVO



#### OPDIVO

Forsterker T-cellerespons ved å blokkere bindingen av PD-1 til PD-L1 og PD-L2 ligandene. Opprettholde kreftspesifikke T-cellers cytolytiske aktivitet intratumoralt.<sup>1</sup>

#### TUMORREGRESJON



#### TUMOR

#### \* NYRECELLEKARSINOM (RCC)

OPDIVO i kombinasjon med YERVOY er indisert som førstelinjebehandling av voksne pasienter med **intermediær/høy risiko avansert nyrecellekarsinom**.

#### † MELANOM

OPDIVO som monoterapi eller i kombinasjon med YERVOY er indisert til behandling av **avansert (inoperabel eller metastatisk) melanom hos voksne**. Sammenlignet med nivolumab som monoterapi gir kombinasjonen av nivolumab med ipilimumab en økning i progresjonsfri overlevelse (PFS) og total overlevelse (OS) kun hos pasienter med lav PD-L1-ekspresjon i tumor.

<sup>1</sup> OPDIVO SPC kap 4.1, 4.2, 4.4, 4.8, 5.1, godkjent 23.01.2020.  
<sup>2</sup> YERVOY SPC, godkjent 20.01.2020.







# Nasjonal Ressursgruppe for Barn Som Pårørende

Hvordan kan vi sammen finne de beste løsningene for barn som pårørende og etterlatte i kommunene?

---

## BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende

Siri Gjesdahl, leder

Mary-Ann Esperaas, leder Ressursgruppen for Barn

Som Pårørende i Kommune

Tove Sandvik Aukland, fagrådgiver

---

Norske kommuner består av et mangfold. Både når det gjelder geografisk størrelse, demografi og organisering av tjenester. Dette gjelder også arbeidet med barn som pårørende og etterlatte. Vi har 356 kommuner, alle med selvstyret, men også med en lovpålagt plikt. Barn som pårørende defineres som barn under 18 år, som har nærstående som er syke, har funksjonsnedsettelse eller rusproblemer (1). Etterlatte er mindreårige barn som har mistet en forelder eller et søsken (2).

Det gjøres mye bra arbeid i kommunene. Kommunene





kjenner også til «hvor skoen trykker». De har oversikt over hvilke tiltak som er igangsatt eller skal igangsettes for å oppfylle lovverket. Ikke minst har de nærhet til familiene og barna.

Barn og unge lever sine liv i bostedskommunen. Der går de i barnehage, på skole og har gjennom sin oppvekst kontakt med helsepersonell, lærere, klubbledere og andre voksne. Barn og unges situasjon er et viktig tema for familier som opplever helseproblemer eller død. Sykdom påvirker barns, foreldres og familiers situasjon i stor grad. Multisenterstudien fra 2015 anslår at det kan være 350.000 barn som er pårørende til pasienter i spesialisthelsetjenesten i løpet av et år (3). Folkehelseinstituttets beregninger anslår at det i løpet av et år er 450.000 barn hvor minst en av foreldrene har en psykisk lidelse og/eller misbruker alkohol (6). Flere enn 34 000 barn og unge under 18 år i Norge, og nærmere 31 000 unge voksne mellom 19 og 25 år har en forelder som har eller har hatt kreft (7).

Det anslås at mellom 10 og 15 prosent av barn i Norge har en kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse (8).

Søsken av disse har behov for å bli sett og involvert i det som skjer. Rundt 700 barn og unge under 18 år vil oppleve å miste en forelder som følge av kreft i løpet av ett år (7).

### **Etablering av Nasjonal Ressursgruppe for Barn Som Pårørende i kommune**

Helsepersonell skal sørge for å sikre barn som pårørende og etterlatte nødvendig oppfølging i samarbeid med ulike tjenester (fastlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste, barnehage og skole, familiesenter, barneverntjenesten, PPT, relevante enhet og ressurspersoner i spesialisthelsetjenesten, samt frivillige organisasjoner). Helsepersonell skal legge til rette for at barn og unge får si sin mening om aktuelle tiltak ut fra sine egne ønsker og behov, i tråd med alder og modenhet (5).

Høsten 2020 igangsatte BarnsBeste et arbeid for å etablere en Ressursgruppe for helsepersonell i kommunehelsetjenesten som jobber med barn som pårørende. Ressursgruppen er ment som en møteplass der deltakerne kan utveksle erfaringer og kompetanse med hverandre, for derigjennom å finne de gode løsningene.

22 kommuner ble invitert til å delta. Invitasjon ble primært sendt til kommuner/interkommunale samarbeidstiltak som har fått midler fra Helsedirektoratets tilskuddsordninger. I tillegg ble kommuner med relevant kunnskap invitert. Kommunenes utnevnte representanter er ansatte innenfor helse- og omsorg, sosiale tjenester, oppvekst (skole, utdanning, barnehage), barnevern og fagutvikling.

### **Hensikt og mål**

Ressursgruppens hensikt er å øke kunnskap, kompetanse og samhandling om barn som pårørende og etterlatte. Målet er å bidra til at barn som pårørende og etterlatte får informasjon og nødvendig oppfølging i sin hverdag.

Fokusområde for Ressursgruppens arbeid er å:

- Tilrettelegge for erfaring- og kunnskapsutveksling mellom kommuner
- Gi innspill til prioriteringer, fokusområder og langsiktig strategi
- Sikre brukermedvirkning på system- og individnivå
- Være høringsinstans for BarnsBeste ut mot kommuner





Illustrasjonsfoto: E-læringskurset «Barn som pårørende»

### ◀..... Gjennomføring av møter

Det er planlagt fire samlinger i året. Første møte i Ressursgruppen ble avholdt digitalt høsten 2020. Deltakerne ble presentert og det ble delt informasjon om hvordan man frem til da hadde jobbet med barn som pårørende i de respektive kommuner. Det ble tilrettelagt for å melde inn aktuelle temaer og problemstillinger.

Før andre møte senere samme høst, meldte Hallinghelse inn tema. I forbindelse med utvikling av interkommunale prosedyrer ønsket de tips og råd til hvordan få med oppvekstsektoren i barn som pårørende-

arbeidet. En problemstilling som var gjenkjennbar – og et tema som skapte stort engasjement i gruppen.

*Hallinghelse er et interkommunalt samarbeidstiltak mellom de seks kommunene i Hallingdal; Flå, Nesbyen, Gol, Hemsedal, Ål og Hol. Hallinghelse skal ta initiativ til, og koordinere, samhandlingstiltak innen helse og omsorg mellom kommunene i Hallingdal. Gjennom dette har Hallinghelse søkt, og fått midler fra Helsedirektoratet til prosjektet «Helhetlig støtte og ivaretagelse av barn som pårørende i Hallingdal». I Hallinghelse har man så langt utarbeidet en felles interkommunal prosedyre for barn*

## HELSEPERSONELLS PLIKT

Rapporten fra 2015 «Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudie» viste at kommunehelsetjenesten bare delvis fulgte opp loven om barn som pårørende og at kommunene manglet systemer for identifisering og kartlegging tilpasset familier som lever med sykdom (3).

Helsepersonells plikt, både i kommune- og spesialisthelsetjeneste, er hjemlet i Lov om helsepersonell:

- Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade (4)
- Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at en forelder eller et søsken dør (2).

Ofta vil imidlertid det å ta vare på barn som etterlatte være en naturlig videreføring av ansvaret for barnet som pårørende i forkant av dødsfallet.

I Pårørendeveilederen er det nærmere beskrevet hvilke plikter helseforetak og kommuner har (5).

## «Ingen kan alt – men alle kan noe»

som pårørende. Denne er godkjent og på vei «ut» til alle kommunene, samt at prosedyren vil inngå i BTI-prosjektet som foregår i Hallingdal. Barneansvarlige i alle kommunene i det interkommunale samarbeidstiltaket er på plass, samt et antall barnekontakter. I februar 2021 ble det gjennomført en digital fagdag med omtrent 80 deltakere fra hele Hallingdal.

Prosjektleder ble med i ressursgruppen etter at Hallinghelse fikk invitasjon fra BarnsBeste. Erfaringen er at det har vært lærerikt og nyttig å delta i ressursgruppen så langt, dette med bakgrunn i at det er mange ulike kommuner med ulik oppbygning som deltar og man får høre ulike erfaringer fra disse. Det blir også delt tanker omkring forskjellige temaer som omhandler barn som pårørende arbeidet, noe som er svært nyttig. Dette gir tanker og ideer rundt hvordan man kan holde frem med arbeidet i egen kommune eller region.

Linn Hege Olstad – Prosjektleder, Hallinghelse

### Veien videre

Det skal gjennomføres to møter i gruppen våren 2021. Blant annet en felles fagdag i juni i samarbeid med «Nasjonalt nettverk for ledere og koordinatører i spesialisthelsetjenesten». Koordinatornettverket ledes av BarnsBeste.

Videre føringer for arbeidet med pårørende kommer tydelig fram Regjeringens nye Pårørendestrategi 2021-2025 og handlingsplan – «Vi – de pårørende». Strategien ble lansert 8. desember 2020. Et av innsatsområdene er «Tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende». Blant tiltakene er «Styrke arbeidet med å kartlegge og ivareta barn og unge som er pårørende». Familieorientert tjenester og behov for hjelp i hverdagen blir noen av prioritingsområdene fremover (1). Dokumentet vil inngå som en sentral del i Ressursgruppens videre arbeid.

Gjennom å samle, systematisere og dele kunnskap ønsker vi å bidra til at pårørende og etterlatte blir ivaretatt og får nødvendig oppfølging. BarnsBeste vil tilrettelegge for at flere kommuner kan dra nytte av det arbeidet som er igangsatt i Ressursgruppen. ●

### Referanser

1. Regjeringen. Vi - de pårørende. Regjeringens pårørende-strategi og handlingsplan. Oslo: Regjeringen; 2020.
2. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 10b. 2018.
3. Ruud T, Birkeland B, Faugli A, Hagen KA, Helman A, Hilsen M, et al. Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudie. Oslo: Akershus universitetssykehus, Helse Stavanger HF (Stavanger universitetssykehus), Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør, BarnsBeste; 2015.
4. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 10a. 2010.
5. Helsedirektoratet. IS-2587 Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: HelseDirektoratet; 2017.
6. Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011.
7. Syse A. Antall barn med kreftsyke foreldre er kartlagt Kreftregisteret2012 [Available from: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Antall-barn-med-kreftsyke-foreldre-er-kartlagt/>].
8. Vatne T. Et annerledes søskenliv? In: R. Talseth, B. Bratvold, editors. Barn i Norge 2014 Når barn er pårørende. Oslo2014.



## BARNSBESTE

Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende arbeider for at barn som pårørende, etterlatte og deres familier skal få den oppfølgingen de har behov for. Dette gjøres gjennom rådgivning, systemarbeid, fagutvikling, forskning og formidling. BarnsBeste er opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet. Les mer om kompetansenettverket på [www.barnsbeste.no](http://www.barnsbeste.no)

# Tre på gangen



## Hvorfor ble du kreftsykepleier?



### ANNE HAFSTAD

Alder: 63

Tittel: Ansvarlig redaktør

Arbeidssted: Sykepleien

Utdanningssted og årstall: Radiumhospitalet 1982

#### **Hvorfor valgte du å utdanne deg til kreftsykepleier?**

Det var litt tilfeldig. Jeg jobbet på hjerteavdelingen på Ullevål som nyutdannet sykepleier, fordi jeg tenkte at akuttmedisin var det jeg ville jobbe med. På den tiden skulle det etableres onkologisk avdeling ved sykehuset. Jeg ble spurt om jeg kunne tenke meg å ta videreutdanningen i onkologi, for så å være med å starte opp denne avdelingen. Det var fristende med videreutdanningen innen et fagfelt i utvikling, hvor jeg kunne følge pasienter og pårørende over tid. I tillegg er kreft en sykdom som den gangen ofte var forbundet med mye lidelse og tidlig død. Kombinasjonen av fag, alvoret, og kontinuitet i pasientforløpet synes jeg virket interessant og meningsfullt. Jeg er takknemlig for at jeg fikk den muligheten. Det å jobbe med kreftpasienter både på Ullevål og i Kreftforeningen er noe av det mest meningsfulle jeg har gjort. Jeg var også så heldig at jeg i Helsedirektoratet fikk lede arbeidet med utarbeidelse og implementering av Pakke-

forløp for kreft. Det tror jeg er det viktigste jeg har gjort noen gang.

#### **Hvordan, eller i hvilken grad, er kompetansen din som kreftsykepleier relevant i arbeidshverdagen din?**

Jeg tenker at den kompetansen er relevant av mange grunner. Kreftområdet er stort, og favner alt fra avansert medisinsk behandling og sykepleie, møte med pasienter og pårørende i kriser og vanskelige livssituasjoner, og kvalitativt god sykepleie og omsorg i livets slutfase. Mye av dette er relevant for sykepleiefaget generelt, dermed også for den jobben jeg har nå.

#### **Har du tatt, eller vurderer du å ta, mer videreutdanning eller mastergrad?**

Jeg har tatt en rekke fag som pedagogikk, kommunikasjon og ledelse. Jeg liker godt å formidle og å skrive. Kombinasjonen av fag og formidling har preget store deler av min karriere. Jeg har også en doktorgrad fra Kreftregisteret/Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo. Tema var bruk av massemediekampanjer for å forebygge røykestart blant ungdom. Det å få ned andelen røykere i Norge på nittitallet var helt sentralt for å forebygge kreft og for tidlig død. Også der var min bakgrunn som kreftsykepleier sentral. ●





## SILJE AANNERUD

Alder: 34

Tittel: Kreftkoordinator

Arbeidssted: Søndre Land Kommune

Utdanningssted og årstall: Høgskolen i Oslo, 2010

### ***Hvorfor valgte du å utdanne deg til kreftsykepleier?***

Som nyutdannet jobbet jeg på en medisinsk avdeling på Gjøvik sykehus, og ble litt tilfeldig innlemmet i palliativ gruppe på avdelingen. Jeg forsto raskt at det var kreftpasienter jeg hadde et brennende engasjement for, både de med kurativt og de med palliativt forløp. For meg personlig var det i tillegg meningsfylt å kunne følge en kreftpasient og pårørende i livets siste fase. Grunnet flytting og bytte av arbeidsplass havnet jeg på barnekreftavdeling og startet videreutdanning i kreftsykepleie. Å få mer fagkunnskap om kreft, få innblikk i kreftpasientens behov i hjemmet og viktigheten av å ivareta pårørende førte til at jeg ønsket meg en stilling som kreftsykepleier i kommunehelsetjenesten. Heldigvis åpnet det seg en stilling i min hjemkommune og jeg får nå følge kreftpasienter i forløpet fra start til slutt, om de ønsker det. I mine tre år som kreftkoordinator har det åpnet seg et engasjement for god hjemmetid og tilrettelegging for hjemmedød. Dette innebærer mange gode men også vanskelige samtaler

med pasient og pårørende, å jobbe tverrfaglig, og at fagkunnskap hele tiden er oppdatert.

### ***Hvordan, eller i hvilken grad, er kompetansen din som kreftsykepleier relevant i arbeidshverdagen din?***

Å være kreftsykepleier er et krav i min stilling. Å inneha fagkunnskap og erfaring om både kreft men også palliasjon som fagfelt, gjør at jeg kan møte kreftpasienter i ulike faser i et kreftforløp. Med en videreutdanning i kreftsykepleie har man en større plattform og kan utvikle seg etter som fagfeltet utvikler seg, noe det gjør til enhver tid. Dette gjør at kreftpasienter og pårørende får bedre oppfølging i kommunen og en kreftkoordinator som kan være en god støtteperson med oppdatert faglig kunnskap.

### ***Har du tatt, eller vurderer du å ta, mer videreutdanning eller mastergrad?***

Da jeg tok videreutdanning i kreftsykepleie ble det tilrettelagt slik at utdanningen var godkjent i et masterforløp. Vi skrev prosjektbeskrivelse til masteroppgaven som omhandlet hjemmedød og kompetanse i kommunene. I min stilling som kreftkoordinator er det ingen krav eller forespørsel om mastergrad, men jeg har likevel en plan om å fullføre en mastergrad for min egen del. Jeg tror det vil gi økt kompetanse og ikke minst inspirasjon til videre faglig utvikling. Dersom jeg i fremtiden skulle ønske å bytte arbeidsplass tror jeg at valgmulighetene vil være enda bredere enn de er per nå. ●



## VIBECHÉ FAHSING

Alder: 59

Tittel: Spesialrådgiver

Arbeidssted: Kreftforeningen - Distriktskontor Oslo  
Utdanningssted og årstall: Molde 1988 - Ålesund  
første kull på kreftsykepleie desentralisert 2004 - 2006

### **Hvorfor valgte du å utdanne deg til kreftsykepleier?**

Jeg valgte kreftutdanning fordi det er ett spennende fagområde. Jeg har lært og utviklet meg i takt med faget, en rivende utvikling de siste 10 årene.

Det hele startet med at jeg tok videreutdanning i smerte og smertebehandling. Mange kreftpasienter i livets siste fase hadde stort behov for lindring, men også kunnskapen om kreft og hvordan sykdom og behandling hang sammen.

Den gangen var jeg var med å etablere en lindrende enhet på et sykehjem, hvor hele 97 % av pasientene var kreftpasienter. Kommunen jeg jobbet i hadde ikke kreftsykepleier kompetanse, og det var viktig for den videre utviklingen av behandlingstilbudet at denne kompetansen kom på plass. Gjennom prosjektmidler fikk jeg muligheten til å ta utdanningen. På den tiden var kreftutdanningen ett betalingsstudium, og det var ikke mulighet for dekking av midler fra kommunen. Jeg studerte parallelt med 100% stilling som avdelingssykepleier, en krevende periode.

Jeg har alltid vært opptatt av kvalitet i tjenesten og at den kompetansen jeg fikk som kreftsykepleier kunne også overføres til andre områder i den kommunale omsorgstjenesten.

### **Hvordan, eller i hvilken grad, er kompetansen din som kreftsykepleier relevant i arbeidshverdagen din?**

Kompetanse er en lett bær å bære, og lang praksis med mennesker i mange ulike faser av sykdom har gitt meg masse erfaring og gode bein å stå på. Jeg bruker mye av kunnskapen jeg har om kommune- og spesialisthelsetjenesten, og pasient / pårørendes reise gjennom i behandlingsforløpene. Erfaringer fra kreftkoordinatorjobben og kommunal forvaltning og organisering brukes daglig.

Det er gøy å se den fantastiske utviklingen i persontilpasset behandling og oppfølging i kreftomsorgen gjennom de siste årene. Jeg er blitt ekstra opptatt av pårørendes rolle og hvordan de blir ivaretatt når de står side om side med den som er syk. I coronatiden er det mange som virkelig trenger å bli sett og fulgt opp for den innsatsen de gjør.

### **Har du tatt, eller vurderer du å ta, mer videreutdanning eller mastergrad?**

Jeg vurderte en master i 2011, men livet tar av og til noen svinger man ikke er forberedt på, så oppstart på studiet ble det ikke noe av. Har tatt litt videreutdanning innen veiledning og kunnskapsbasert praksis. ●

# VÅRE LUNGER

Det handler om overlevelse  
- sammen kan vi redde liv.

Hvert år får rundt 3000 nordmenn beskjed om at de har lungekreft. Prognosen deres for overlevelse har økt jevnlig de siste ti årene, men fremdeles er lungekreft den kreftformen som tar flest liv i Norge. 5-års overlevelse på knapt 25% er langt fra tilfredsstillende. Sammen kan vi gjennom forskning og utvikling forandre situasjonen.

Har du spørsmål om lungekreft, kontakt oss:



**Rønnaug Schei Alsgaard**

Strategic Account Manager Oncology/Lung Cancer

Mobil: 952 34 871  
ronnaug.schei@astrazeneca.com



**Ingeborg Wittussen Våge**

Strategic Account Manager Oncology/Lung Cancer

Mobil: 905 31 871  
ingeborgwittussen.vage@astrazeneca.com



**Marie Botilsrud**

Medical Advisor Oncology/Lung Cancer

Mobil: 416 24 949  
marie.botilsrud@astrazeneca.com

# Kreft- rehabilitering

er et lagarbeid  
med felles mål



**Tverrfaglig team.** På Sørlandets rehabiliteringssenter møtes pasienter med kreft av en rekke fagpersoner gjennom oppholdet. Her er et av teamene: Renate Foss Skardal (fra venstre, kostholdsveileder), Anette Hobbesland Sandnæss (sykepleier), Åse Mari Bjelland (fysioterapeut), Kjersti Widding (legespesialist i fysikalsk medisin og i rehabilitering), Astri Cecilie Salvesen Moe (kreftsykepleier), Espen Johnsen (fysioterapeut), Mona Flottorp (helsefagarbeider) og Rita Jonasmo (leder for individuell enhet). Foto: Erlend Haddeland, Media Sør



Flere sier at de ikke var forberedt på tiden etter selve kreftbehandlingen. På Sørlandets rehabiliteringssenter ser vi daglig hvordan kreftbehandlingen setter spor – både fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt.



**Astri Cecilie Salvesen Moe**  
kreftsykepleier på Sørlandets  
rehabiliteringssenter

Selv om hvert enkelt menneske opplever kreftsykdom forskjellig, er de alle skjønt enige om én ting: Den alvorlige sykdommen er en skjellsettende opplevelse. Den setter spor og får konsekvenser som påvirker funksjon og innvirker på livskvalitet. Å finne veien videre på egen hånd kan være utfordrende. Vårt tverrfaglige team møter pasientene og kan bidra med hjelp til å håndtere noen av helseutfordringene i etterkant av den tøffe kreftbehandlingen. Hver enkelt har sin unike historie, brukerperspektivet er helt sentralt for oss:

«Jeg kjente at her ble jeg sett, hørt og trodd på. Det var utrolig godt!»

### Om Sørlandets rehabiliteringssenter

Sørlandets rehabiliteringssenter ligger idyllisk til i naturskjønne omgivelser ved Lygnevannet under Hekkefjell, fjellet som rammer inn Eiken i Hægebostad kommune. Takket være fritt rehabiliteringsvalg får pasienter fra hele landet oppleve dette stedet.

Her møter pasienter et bredt tverrfaglig team bestående av leger, kreftsykepleiere, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kostholdsveileder, sosionomer og psykologspesialist. En del av de ansatte har veiledningskompetanse, og også andre videreutdannelse. Vi har avtale med Helse Sør-Øst, og tilbyr tverrfaglig spesialisert rehabilitering (TSR) innenfor følgende diagnosegrupper:

- kreftrehabilitering
- CFS/ME
- kroniske smertetilstander og fatigue
- brudd- og slitasjeskader
- arbeidsrettet rehabilitering

### Kreftrehabilitering fra a til å

Kreftoverleverer kan oppleve det krevende å ta opp daglige aktiviteter slik de var før kreftsykdommen rammet. Flere opplever redusert funksjonsnivå fysisk, psykisk og sosialt, eller en kombinasjon av dette. Selv om en del vil klare seg på egenhånd etter kreftbehandling, vil andre trenge rehabilitering.

Kreftrehabilitering har tre dimensjoner:

1. Forebygging: Tiltak for å hindre eller redusere akutte eller langvarige funksjonsendringer oppstår.
2. Gjenoppbygging av ferdigheter og funksjonsevne.
3. Støttende funksjon: Å leve best mulig med sykdommen og fokusere på muligheter fremfor begrensninger. Dette er særlig viktig når sykdommen er vedvarende og funksjonsevnen er varig redusert (2)

Sørlandets rehabiliteringssenter tar imot pasienter i alle faser av kreftforløpet: rett i etterkant av behandlingen, måneder etter behandlingen og etter flere år som ferdigbehandlet. Her tilbyr vi både individuelt opphold og gruppebasert opphold. Begge tilbudene passer for alle over 18 år, uavhengig av kreftdiagnose. Alle søknader blir individuelt vurdert, og hvilket tilbud som er aktuelt for den enkelte, avhenger blant annet av hvor man er i sykdomsforløpet.

## KREFT I NORGE

- 34 979 mennesker fikk kreft i Norge i 2019.
- Kreftdødeligheten er på vei ned, og overlevelsen øker.
- Stadig flere blir helt friske, og mange av de som har kreft, lever lenger.
- Dette skyldes forebygging, tidligere diagnostisering og mer tilpassede behandlingsmåter.
- I dag overlever 3 av 4 sin kreftsykdom i 5 år eller mer.
- I 2000 var antall kreftoverleverer 144 000.
- I 2019 var antall kreftoverleverer over 294 000.

Kilde:(1) (Kreftregisteret. 08.12.20)



Foto: Sørlandets rehabiliteringssenter



- ◀ Deltakere som har barn under 18 år, har en samtale om familiesituasjonen for å sikre at barna er ivaretatt. Vi tilbyr nettverksdag for pårørende to ganger hvert år.

### Individuell og helhetlig tilnærming

Når deltakere kommer til oss, ser vi helhetlig på deres helse, funksjon, arbeidskapasitet og livskvalitet. Tilnærmingen tar utgangspunkt i ICF og WHO sitt helseklassifikasjonssystem som igjen tar utgangspunkt i funksjon. Vi ser etter sammenhenger og vekselvirkninger mellom helse, funksjonsevne og miljøfaktorer. Alle faggrupper hos oss jobber ut fra en bio-psyko-sosial forståelsesramme. Vi ser deltakerne i et helhetlig perspektiv hvor det fysiske, psykiske og sosiale påvirker hverandre.

Brukerperspektivet står sentralt hos oss. Vi gir hver deltaker en helhetlig kartlegging av hans/hennes utfordringer og ressurser. Deretter setter deltakeren seg mål for oppholdet og livet videre. Overordnede mål kan

Å bistå pasienten til å oppnå maksimal fysisk, psykisk, sosial og arbeidsrettet funksjon med de begrensninger som sykdom og behandling kan ha medført.



Foto: Sørlandets rehabiliteringssenter

være å håndtere endringer som følge av kreftsykdom og behandling. Med SMARTE mål (spesifikke, målbare, attraktive, realistiske, tidfestet og evaluerbare) jobber vi sammen for å finne gode verktøy for mestring.

### Individuelt opphold

Individuelt opphold skreddersys til den enkelte deltaker. Det tilbys etter behov samtaler med lege, kreftsykepleier, sykepleier med veiledningskompetanse, helsefagarbeider, kostholdsveileder og sosionom. Fysioterapeut eller ergoterapeut gir individuell oppfølging slik at deltakerne kan trene ut fra sitt nivå, både innendørs og utendørs. Her er mulighet for daglig trening i varmtvannsbasseng.

Vi har også temasamlinger i en liten gruppe. Temaer kan være: fysisk aktivitet, hverdagshjelp ved kreftrelatert fatigue, kognitive utfordringer, kosthold, søvn, smerte, mestring og oppmerksomhetstrening. Dersom man ønsker en individuell tilnærming, kan et slikt opphold være aktuelt, uansett hvor man er i forløpet.

Vi har fokus på sømløs overgang til hjemmet, og samarbeider med helsepersonell i hjemkommune, kreftkoordinator, kreftforeningen, frisklivssentral, frivilligsentral etc. Vi har gode rutiner for å ivareta pasientens behov for hjelp til for eksempel: personlig stell, påklledning, dusj,

toalettbesøk, forflytning, hjelp i spisesal eller få maten servert på rommet, hårvask, fotbad, assistanse i bassenggarderobe mm. Individuelt opphold har inntil tre ukers varighet.

### Gruppebasert opphold

Gruppebasert opphold er for den som er ferdigbehandlet og trenger hjelp til å finne en god vei videre i livet. Dette oppholdet består av en kombinasjon av samtaler og veiledning individuelt, temabaserte gruppesamlinger i tillegg til tilpasset fysisk aktivitet inne, ute og i basseng. Å være sammen med andre som er i liknende situasjon, opplever mange som svært verdifullt. Det kan være opptil 13 deltakere på hver gruppe. Oppholdet er på tre uker og en ukes oppfølgingsopphold etter noen måneder.

### Den nye normalen - mestring og livskvalitet

Kreft er en livstruende sykdom. Onkologenes oppgave er å gi helbredende behandling hvis det er mulig, selv om det kan oppstå seneffekter som kan føre til nedsatt helse (3).

Takket være forskningsgjennombrudd og bedre behandlinger, er det gledelig at flere blir friske eller lever



◀ lenger med sin kreftsykdom. Å leve lenger med kreft skaper også nye utfordringer, både for befolkningen og enkeltmennesket. Å ikke bli frisk gjør livet både sårt og dyrebart. De små tingene betyr mer, samtidig som mange vil leve stort (4).

Når kreftsykdom og behandling setter spor – kan det påvirke både livskvalitet og funksjon.

Heldigvis vil mange av bivirkningene etter behandlingen avta etter hvert som tiden går. Noen opplever imidlertid seneffekter, som vil si vedvarende plager, eller når nye plager oppstår etter flere år som ferdigbehandlet.

Det finnes et bredt spekter av seneffekter, og de kan ha varierende alvorlighetsgrad av somatisk-, psykisk- eller sosial art. Eksempler kan være fatigue, kognitive utfordringer, fordøyelsesplager, polyneuropati, lymfødem, problemer med seksualitet, psykiske symptomer (4).

Seneffekter kan oppleves å ta stor plass i livet samt påvirke både livskvalitet og arbeidskapasitet. Mange har de samme rollene de hadde før de ble syke og forventer det samme av seg selv som tidligere. Det er ikke uvanlig at deltakere strekker strikken for hva de kan yte. Og med begrenset kapasitet blir hverdagen utfordret.

På Sørlandets rehabiliteringssenter jobbes det mye med å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile. Et verktøy som benyttes er den såkalte trappetrinnsmodellen. Å finne sitt nivå kan være avgjørende når en annerledes hverdag skal planlegges og man gradvis skal vende tilbake til jobb.

Når energikapasiteten er redusert, kan det være nyttig å jobbe med både rytme og struktur i hverdagen. Det kan handle om de tre P-ene: *Planlegg* aktivitet og hvile, *Prioritere* og ta *Pauser*. Det kan være nyttig med en bevisstgjøring for hva som tapper for energi, hva som gir energi, og hvordan lade sine batterier.

For å justere seg til sitt faktiske nivå, jobbes det med aksept. Aksept betyr ikke at man liker situasjonen, men at man erkjenner den slik den er. Da er det mulig å jobbe med kroppen i stedet for mot kroppen. For mange kan det være en sorgprosess å finne sin «nye normal» (2-4).

I forbindelse med kreftsykdom er det vanlig å kjenne på håp og angst, tristhet og uro, lettelse over å være ferdigbehandlet og frykt for tilbakefall samt usikkerhet for framtida. Alle reaksjoner og følelser er normale i en unormal livssituasjon. Samtale med veileder kan gi

mulighet for bearbeiding ved å sortere tanker og følelser. Metodikken ACT – Acceptance and commitment therapy, brukes på Sørlandets rehabiliteringssenter. ACT har konkrete mestringsverktøy som kan brukes i møte med deltakeren. ACT handler om å akseptere vanskelige tanker, følelser eller kroppslige plager som en del av livet. Det man gjør i ACT er ikke å fjerne, dempe, fikse eller gjøre noe spesielt med det som er vanskelig. Man finner i stedet måter å leve med det som er vanskelig, samt gi det plass i livet. Da kan man oppleve at det gjør mindre vondt og tar mindre plass i hverdagen (5).

Det handler videre om å bli satt i stand til å gjøre det den enkelte ønsker i livet sitt. Det kan være hensiktsmessig å kartlegge verdisetet til deltakerne da det er verdien som styrer atferden. Spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» er derfor helt essensielt i møte med den enkelte. Slik kan man bli bevisst på hvordan leve et verdibasert, rikt og meningsfullt liv – til tross for smertefulle erfaringer.

### Med naturen som terapi

Å være ute kan gi rom for stillhet, oppmerksomt nærvær og mestring. I 2019 åpnet vi den fine uterehabiliterings-hagen vår, en oase like utenfor.

Sørlandets rehabiliteringssenter ligger i naturskjønne omgivelser. Her er det muligheter for å låne kano, benytte fine turløyper og trene i aktivitetsparken.

Det er mye forskning som påpeker hvordan naturen påvirker oss. Blant annet kan naturen bidra til å redusere kroppens stresshormoner, redusere høyt blodtrykk, gi roligere respirasjon samt øke kroppens avslappingshormoner m.m. (6).

Vi bruker naturen aktivt under oppholdene. Aktiviteter utendørs kan overføres til hverdagen hjemme. Mange kjenner at de kan hente krefter i naturen hvor det er rom for gode opplevelser – enten alene eller sammen med andre. Som personale erfarer vi at samtalen gjerne blir annerledes ute og rundt blågrønta.

Forskning viser at oppmerksomt nærvær har en rekke helsegevinster. Blant annet kan det redusere stress og gi bedret fysisk og psykisk helse som igjen kan fremme livsglede (7). Derfor lærer vi brukerne våre ulike oppmerksomhetsøvelser både innen- og utendørs. Et eksempel er å fange øyeblikket ved å velge seg en sans når man er ute på tur. I oppmerksomt nærvær trenes «oppmerksomhetsmuskelen». Pasientene trenes også i å møte seg selv



med grunnholdningene vennlighet, tålmodighet, ikke-dømmende og tillit. Det gir deltakerne motivasjon til å fortsette med oppmerksomhetsøvelsene.

### Sørlandets rehabiliteringssenter – et godt sted å være

«Jeg merker at det har skjedd noe med meg den tiden jeg har vært på Sørlandets rehabiliteringssenter. Jeg tenker annerledes. Her får vi så gode verktøy. Jeg vil ta dette med meg hjem og bruke hjemme».

Det er viktig å spre kunnskapen om kreftrehabiliteringstilbudene og at ansatte i kreftomsorgen, pasienter og pårørende er klar over disse, slik at de som trenger det kan få rett tilbud om rehabilitering. Det kan være betydelige samfunnskroner å spare ved rehabilitering, siden det forebygges mange nye komplikasjoner, i tillegg til å minske utfordringer som pasienten allerede har. Det trengs økt kunnskap og forskning om hva som gir bedre livskvalitet i møte med spesifikke plager for kreftoverlevende. Anbefaler å lese # Etter kreften (8), hvor temaer belyses.

Fagkunnskap, erfaringskunnskap og relasjon med deltaker er sentralt i kreftrehabiliteringen. Dette gir utgangspunkt til å jobbe med mestring, funksjon og livskvalitet.

For oss på Sørlandets rehabiliteringssenter er kreftrehabilitering et lagarbeid med felles mål: Å se hele mennesket, og hva som er viktig for den enkelte. ●

## SØKNAD

Fastlegen kan søke pasienten inn via Regional Koordinerende enhet, og sykehuslegen kan søke direkte. Rehabiliteringstelefonen (800 300 61), kan kontaktes for informasjon om ulike tilbud.

### Referanseliste:

- 1) nettside: [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no)
- 2) [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no), nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling, Gudbergsson, Sævar Berg, utdrag fra boka Kreftoverlevende, 3.utg. Gyldendal Akademisk; 2019
- 3) [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no), nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling, Kiserud, Cecilie E, Fosså, Sophie D, utdrag fra boka Kreftoverlevende, 3.utg. Gyldendal Akademi; 2019
- 4) nettside: [www.kreftforeningen.no](http://www.kreftforeningen.no)
- 5) Harris, Russ. ACT- enkelt og greit. En innføring i aksept- og forpliktelsesterapi, 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2013
- 6) Dragland, Åse. Naturen påvirker oss, 1. utg. Flux Forlag; 2018
- 7) de Vibe, Michael, Karem, Ragnar, NÅ- tilstedeværelse i hverdagen, 2 utg.: 2012
- 8) Sykepleien nr 8, 2018 # Etter kreften  
<https://sykepleien.no/2019/03/etter-kreften-0>

### ANNONSE



Sørlandets rehabiliteringssenter er en høykompetansebedrift med fokus på fag og kvalitet. Vi har en avtale med Helse Sør-Øst og tilbyr tverrfaglig spesialisert rehabilitering innenfor diagnosegruppene kreftrehabilitering, CFS/ME, kroniske smertetilstander og fatigue, brudd- og slitasjeskader + Raskere tilbake

## Kreftrehabilitering med fokus på livet

### VI KAN BIDRA MED

- Tilpasset fysisk aktivitet
- Hjelp til å håndtere utmattelse, tanker, følelser og bekymringer
- Forstå bivirkninger og senskader
- Veiledning, undervisning og samtaler bl.a. med kreftsykepleier, lege, sosionom, arbeidskonsulent, kostveileder, familierapeut.

### VI TILBYR

- God og sunn mat
- Varmt vannsbasseng (34°C)
- Uterehabilitering
- Kompetanse i lymfødembehandling

### HVORDAN KOMME TIL OSS?

- Sykehus kan henvise direkte
- Fastleger henviser via vurderingsenhet

### SPØRSMÅL OM KREFTREHABILITERING

Send e-post til kreftsykepleier Astri Cecilie: [acsm@sorrehab.no](mailto:acsm@sorrehab.no)

### KONTAKT OSS

38 34 94 00  
[www.sorrehab.no](http://www.sorrehab.no)

sorrehab

“Jeg merker at det har skjedd noe med meg den tiden jeg har vært her. Jeg tenker annerledes. Her får vi så gode verktøy. Jeg vil ta dette med meg hjem og bruke det hjemme (pasient)



Foto: Britt K. Heyland Design: Hovudsdesign.no



# Mentorskapsprogram for kreftoverlevende

Ved utgangen av 2019 var det 294 855 personer i Norge som har hatt kreft eller som lever med sin kreftsykdom. Det finnes i dag flere gode tilbud om oppfølging og rehabilitering for denne gruppen. Likevel er det mange som opplever å føle seg alene med utfordringene sine. Derfor mener vi i Kreftkompasset at det er behov for flere tilbud.

---

## Lotta Våde

sykepleier for Kreftkompasset, ansvarlig for mentorskapsprogrammet og forfatter av boken «Hver dag teller – livet etter kreft».

---

## Kreftkompasset

Kreftkompasset drives av Vibeke Borchgrevink, Ida-Marie Nilsen og Lotta Våde. Ida-Marie og Lotta er begge sykepleiere med mer enn 20 års erfaring hver fra kreftomsorgen. Vibeke har selv hatt kreft. Vi har alle sammen møtt mange personer som har gjennomgått behandling for kreft, og arbeider nå for å støtte denne gruppen og deres pårørende.

## Trenger vi et mentorskapsprogram?

Kreftoverlevende som opplever fysiske seneffekter eller alvorlige psykiske problemer, skal og blir ivaretatt av helsevesenet. Men det finnes en stor gruppe av personer behandlet for kreft som opplever andre utfordringer etter at kreftbehandlingen er avsluttet. Nedsatt selvfølelse og selvtillit, problemer med å akseptere at livet ikke blir som før, fatigue og vanskeligheter med å finne balansen mellom jobb og familieliv med en kropp som ikke fungerer som tidligere, er noen av utfordringene de kan oppleve.

«Jeg kjenner meg usikker på de fleste områder i livet, generelt kjenner jeg ikke helt meg selv lenger».

Fra søknad til mentorskapsprogrammet

Foreningen «Ung Cancer» i Sverige var først ut med å arrangere mentorskapsprogram for kreftoverlevende og pårørende. Pasientforeningen Sarkomer plukket i 2017 opp ideen, og startet et mentorskapsprogram for personer behandlet for sarkom. Programmet ble vellykket, og for å kunne tilby det til personer med alle kreftdiagnoser, ble det i 2019 overtatt av Kreftkompasset.

## Samarbeidet mellom mentor og mentee

Kreftoverlevende (mentee) som ønsker å delta i programmet søker om plass. Det viktigste kriteriet for å få plass er å være motivert for å jobbe for å gjøre en endring i livet. Samtidig bidrar private bedrifter og organisasjoner med personer som frivillig har meldt seg som mentorer. De har alle et genuint ønske om å hjelpe et annet menneske. Hvilken utdannelse eller stilling mentorene har er mindre viktig, og frem til i dag har blant annet økonomer, en hotelldirektør, ingeniører, sykepleiere og en konserndirektør bidratt som mentorer. De får ingen økonomiske fordeler eller annen kompensasjon for å stille som mentorer.

Alle mentorer og menteene blir intervjuet før de settes sammen i par basert på alder, kjønn, bosted og interesser. Hensikten med samarbeidet er at menteen får en mentor som skal hjelpe dem å nå sine mål. Mentorene skal støtte, motivere, pushe eller holde igjen menteen i løpet av samarbeidet, som varer i et år. Alle mentee setter sitt personlige mål for året de har foran seg. I programmene som startet i februar og mars 2021 har alle mentee et arbeidsrelatert mål. Det kan for eksempel være å komme ut i jobb, klare å stå i jobben de har eller bytte jobb.



Vibeke Borchgrevink, Ida-Marie Nilsen og Lotta Våde. Foto: Trine Lise Nilsen

### Bygge nettverk

Hvert mentorskapsprogram består av 10 mentorer og 10 menteer. Det betyr at i tillegg til å få en mentor, får menteen også et nettverk av personer som har opplevd lignede utfordringer som seg selv. Det har stor betydning for å føle seg mindre alene og for å forstå hva som er vanlig å oppleve etter kreftsykdom. Mentorene vil også bli kjent med mentorer fra andre bedrifter og dermed utvide sitt nettverk. Flere grupper av mentorer møtes jevnlig for å bli bedre kjent og støtte hverandre i det å være mentor. Mange har ikke erfaring med kreft i egen familie, og det kan oppleves utfordrende å plutselig forholde seg til mange nye og ukjente problemstillinger.

### Oppfølging

Hver gruppe av mentorer og menteer har til enhver tid minst tre personer fra Kreftkompasset som de kan kontakte. Denne ressursgruppen består av sykepleiere som har erfaring fra veiledning, en tidligere mentor og en

tidligere mentee. Det er viktig at både menteer og mentorer alltid vet at det finnes personer de kan kontakte hvis det oppstår utfordringer eller at de bare vil luften noen tanker.

I løpet av året som mentorskapsprogrammet pågår vil alle menteer og mentorer delta på tre dagsmøter. Samlingene legger grunnlaget for videre samarbeid og inneholder undervisning om seneffekter etter kreftbehandling, hva mentorskap er, håndtering av kriser, avklaring av forventninger og inspirasjonsforedrag. Alle samlingene har også satt av tid for samtaler mellom mentor og mentee, og gruppesamtaler for menteeene og mentorene.

Menteene skal sende inn en dagbok fire ganger i løpet av året. Dette for å bli motivert til å reflektere over sin situasjon, for å lettere se fremgang som noen ganger går sakte og for at Kreftkompasset skal se at samarbeidet mellom mentee og mentor fungerer. Alle mentorer vil bli ringt av







Kreftoverlever Kine Anita Østli fikk god hjelp av sin mentor Lone Olstad fra Aker BP. Foto: Lotta Våde

- ◀..... Kreftkompasset minst to ganger i løpet av året for å følge opp mentorene og fange opp eventuelle utfordringer.

### Har programmet effekt?

Kreftoverlevende som har deltatt i programmet rapporterer om økt selvtillit, økt selvfølelse og økt mestringfølelse. I det første programmet som ble gjennomført kom over halvparten av menteene ut i jobb eller økte stillingsprosenten sin. Dette viser at programmet fungerer. En av deltakeren som skulle ut i sin første jobb forteller:

«Min første jobb, skal på jobb, følte meg så ååå. Helt nydelig. Men samtidig når det kommer utfordringer så er jeg jo skrekkslagen rett og slett».

En av de viktigste tilbakemeldingene fra menteene er at den største forskjellen mellom dette programmet og annen oppfølging, er at de får en person som følger dem opp over lang tid (et år). Det ligger et ansvar i å bli mentor, men det tar ikke mye tid. I tillegg til tre dags-

samlinger skal parene ha kontakt minst en gang per måned. Oppfølgingen fra mentor består av samtaler, sms og personlige møter når det er mulig. Det viser seg at selv om kontakten ikke er veldig intensiv, så har den stor effekt.

«Helt fantastisk opplevelse! Det å tørre å slippe folk såpass nært og åpne seg for ukjente mennesker og få den støtten. Å kjenne effekten av det. Det hadde jeg aldri trodd, så det må nesten oppleves».

#### Deltaker i et tidligere mentorskapsprogram

En viktig aspekt ved programmet er at mentorene lærer like mye av sin mentee, som de lærer bort; blant annet om «den vanskelige samtalen», å se hele mennesket, håndtering av kriser og hvordan ta imot langtidssykemeldte på jobb. Heidi Johansen, tidligere leder for Tromsøundersøkelsen og mentor i programmet forteller:



«Jeg opplever at det her programmet har styrket mine eksistensielle beredskap, er rett og slett veldig takknemlig for at jeg har vært med på dette.»

Mentorene opplever at de utvikler seg selv som personer, de lære om langtidsbivirkninger etter kreftbehandling og de blir utfordret på kommunikasjon og samhandling. Når kan man stille krav og når skal man bare støtte? Dette er livets skole. Og en lærdom de ikke kan få ved å høre på foredrag eller lese i en bok.

«Det flotte med slikt mentorskap er at jeg lærer like mye av henne som hun gjør av meg. Kjenner at dette er meningsfylt og tankevekkende.»

Elin Ekrol, mentor fra Scandic

Bedriftene får også ny kunnskap som kan gjøre deres arbeidssted til et bedre sted å jobbe på, samtidig som de kan spare penger. For eksempel vil Norconsult se over sine rutiner for hvordan de tar imot langtidssykemeldte,

etter at flere av deres ansatte deltok som mentorer i programmet. For som Janicke i Norconsult sa:

«Vi kan mye, men dette har gitt oss flere nye perspektiver på et vanskelig problem».

Janicke Garmann, konserndirektør i Norconsult

Mange som har gjennomgått behandling for kreft føler seg ikke friske, selv om de ikke lenger har kreft. Det er ikke uvanlig å føle at man har mistet noe av seg selv og gnisten i livet. Dette i kombinasjon med at man «burde» være takknemlig for å ha overlevd kan oppleves utfordrende. Kreftkompasset starter opp mentorskapsprogrammer fortløpende. Personer som har gjennomgått behandling for kreft kan når som helst sende inn en søknad for å få plass i neste planlagte program. Det beste av alt, er at en kan delta uansett hvor i Norge man bor, eventuelle reiser og overnattinger til samlingene i Oslo, dekkes av bedriftene som stiller med mentorer, og derfor er det gratis for kreftoverlevne å delta. Programmene som startet i februar og mars 2021 har arbeidsinkludering som tema. Andre programmer vil ha økt livskvalitet som mål, og et program for pårørende er i planleggingsfasen. ●

## VIL DU BLI MEDLEM I FKS?

### FAGGRUPPEN FOR KREFTSYKEPLEIE HAR SOM FORMÅL Å:

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

Som medlem får du fagtidsskriftet «Kreftsykepleie» to ganger i året. Du kan søke stipend til å delta på fagkonferanser, eller gjennomføre fagutviklingsprosjekt på arbeidsplassen. Videre kan du delta i temakvelder og andre arrangement i lokallag. Faggruppen er med å gi faglig identitet, sammen er vi sterke! **VIL DU BLI MEDLEM I VÅR FAGGRUPPE?**

**SEND SMS KREFT TIL 02409.**

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

Foto: Mostphoto.com



# Smånytt

## Nedgang i kreftdiagnostikk under covid-19-pandemien

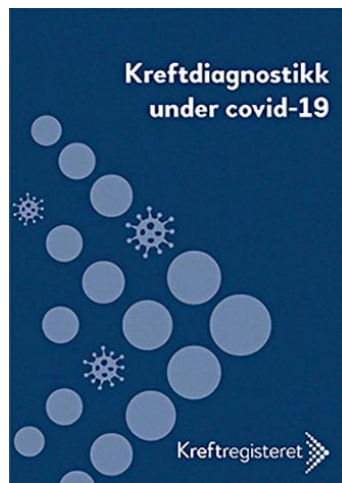
For flere kreftformer er det en markant nedgang i registrerte tilfeller under første del av covid-19-pandemien, viser en ny rapport fra Kreftregisteret.

Pasienter har i størst mulig grad blitt behandlet ved sitt lokalsykehus, og organiserte masseundersøkelser (screening) mot kreft ble stanset midlertidig en periode våren 2020.

Likevel medvirket sannsynligvis både forventede kapasitetsutfordringer, generell bekymring rundt smitte og sosial nedstenging til at terskelen for å oppsøke helse-tjenesten for andre tilstander enn covid-19 var betraktelig høyere enn normalt.

Analysene viser en markert nedgang i antall tilfeller av kreft, forstadier til kreft og enkelte benigne svulster i månedene etter mars 2020 sammenlignet med tilsvarende periode i 2019. For de fleste kreftformer er nedgangen gjennomgående for hele perioden frem til september 2020, og størst for perioden mars-mai 2020, sier Siri Larønningen. Hun er spesialrådgiver i Kreftregisteret og en av forfatterne bak rapporten. Brystkreft og lungekreft hadde den største nedgangen i perioden mars-september, mens melanom, brystkreft (inkludert forstadier) og livmorhalskreft (inkludert forstadier) hadde den største nedgangen i perioden mars-mai.

Å predikere langtidseffektene er vanskelig. Det tar sannsynligvis flere år før vi vet om pasienter har fått kreften



diagnostisert i et mer avansert/senere stadium som følge av pandemien, og hvilke konsekvenser dette har for overlevelse og behandlings-/oppfølgingsbehov i helsetjenesten. Kreftregisteret følger denne utviklingen tett fremover. ●

Du kan lese hele artikkelen her;  
Publisert: 9. februar 2021  
Tidsskriftet Den Norske Legeforening 2021

### FINE VERVEPREMIER

Verv kollegaer til FKS.  
Bli med i trekning av fine premier. Husk å gi oss beskjed at du har vervet.





**På bildet:** Grete Myklebust Gjesdal (kreftkoordinator i Ålesund Kommune), Anne Marthe Øverås (leder i Gynkreftforeningen i Møre og Romsdal), Tanja Yvonne Alme (kreftkoordinator i Sula kommune) og Merete Brungot Kløvning (pårørende koordinator i Ålesund kommune).  
Foto: Nytt i Uka/Andreas G. Hesselberg

## «Verdens kreftdag»

Verdens kreftdag markeres hvert år den 4 februar. Hovedtema for dagen i år var pårørendeperspektivet: Når kreften rammer er det hele familien som rammes.

I Ålesund hadde vi lyst å gjøre noe hyggelig for å markere dagen og sette fokus på pårørendes rolle. Vanligvis har vi månedlig temakafe for krefttrammede og pårørende, men på grunn av pandemien har det vært vanskelig å arrangere denne. Løsningen ble å lage stand på et av bysentrums kjøpesentre, selvsagt med alle nødvendige forholdsregler med tanke på korona. Her inviterte vi til kaffe og prat. Mange var innom oss i løpet av dagen, både kjente og ukjente. Lokalavisen tok også turen, og der fikk vi sagt noe om behovet for kreftsykepleierkompetanse, og arbeidet med fremtidens kreftsykepleierutdanning og masterløp. ●



GATEKUNST

Foto: Beck - Piece By Piece (Sykepleien)



**Modellen:** Gro Kiil Larsen lånte en gammeldags sykepleieruniform og hoppet i bassenget. Det ble det gatekunst av, signert AFK.  
Foto: Beck - Piece By Piece (Sykepleien)

# «Breathe»

## Markering av sykepleiernes og jordmødrenes år:

Høytidlig avduking av kunstverket «Breathe» i Tromsø 14. desember.

Kreftsykepleier Gro Kiil Larsen er den fjerde som blir portrettert i gatekunstprosjektet til NSF, som er en del av markeringen av sykepleier- og jordmoråret 2020. «Breathe» gir assosiasjoner til året der pusten ble tatt fra oss alle, og er også en påminnelse om at livet er en balansegang mellom det å ta hensyn til seg selv og de rundt seg. Eller som en sier på fly: Ta først på din egen maske før du hjelper andre. ●



## ANAPLASTISK LYMFOMKINASE-POSITIV (ALK+) IKKE-SMÅCELLET LUNGEKREFT

## LUNGEKREFT

I Norge diagnostiseres det over **3300 nye tilfeller av lungekreft** hvert år<sup>5</sup>



Omtrent **85 %<sup>3</sup>** av lungekrefttilfellene er ikke-småcellet lungekreft. av disse er ca **5 % ALK+<sup>2</sup>**



Ved ALK+ lungekreft har kreftcellene en spesiell genmutasjon (endring i arvematerialet). Dette testes samtidig som diagnosen stilles ved celleprøve (biopsi).<sup>3</sup>

## ALK+ IKKE-SMÅCELLET LUNGEKREFT

Pasientprofil

## Alder



Median alder **52 år<sup>4</sup>**

## Kjønn



Kvinner rammes i større grad av krefttyper der ALK+ forekommer.<sup>1</sup>

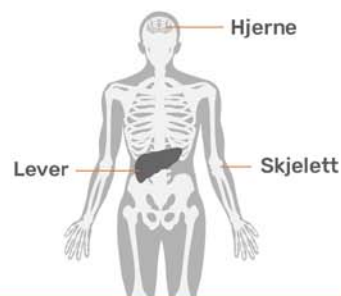
## Røyking



Mer vanlig hos **ikke-røykere** enn de som røyker eller har røyket<sup>4</sup>

## KOMPLIKASJONER VED ALK+ LUNGEKREFT

Sykdommen kan utvikle seg ved spredning. Noen av stedene er sentralnervesystemet, skjelett og lever.<sup>1</sup>



## REFERANSER

1. HelseDirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av lungekreft, mesoteliom og thymom. Oslo: HelseDirektoratet, 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/retningslinjer/lungekreft-mesoteliom-og-thymom-handlingsprogram>
2. Kim DW, Tiseo M, Ahn MJ et al. Brigatinib in Patients With Crizotinib-Refractory Anaplastic Lymphoma Kinase-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer: A Randomized, Multicenter Phase II Trial. J Clin Oncol. 2017 Aug 1;35(22):2490-2498
3. Kreftregisteret. Årsrapport 2018 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft. Oslo: Kreftregisteret, 2019.
4. Prevalence and natural history of ALK positive non-small-cell lung cancer and the clinical impact of targeted therapy with ALK inhibitors. Chia, PL et al, Clinical Epidemiology 2014;6 423-432

VIL DU AT VI SKAL HOLDE DEG OPPDATERT MED NYHETER FRA OSS? REGISTRERT DEG HER:

<http://takeda.info/Samtykke-Takeda-Norway>



# Basispalliation

## i kirurgisk afdeling giver tryghed og kvalitet i plejen

Hvis palliative patienter gribes så tidligt som muligt, kan vi forbedre deres forløb og i sidste ende livskvalitet – både deres egen og deres pårørendes. Siden 2013 har Bispebjerg Hospital haft en tidlig palliativ, individualiseret og tværfaglig indsats til mave-tarmkirurgiske patienter med uhelbredelig kræftsygdom. Indsatsen er ved at blive evalueret og evidensbaseret i et forskningsprojekt.



.....  
**Gitt Krebs Mikkelsen,**  
 sygeplejerske  
 .....



.....  
**Stine Gerhardt,**  
 sygeplejerske, cand.scient.san  
 .....



.....  
**Annette Lausten,**  
 kommunikationsmedarbejder  
 .....

**D**en basale palliative indsats til patienter med uhelbredelig kræftsygdom på hospitaler i Danmark er udfordret af tilfældighed og en manglende strategi for organisering (1). Identifikationen af patienternes palliative behov bliver derfor utilstrækkelig, og det kan medføre en manglende indsats til både patienter og pårørende.

I Abdominalcenter K, som er mave-tarmkirurgisk- og medicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital, førte ét af afdelingens ph.d.-studier i 2013 et projekt med sig, hvor målet var at skabe bedre forhold for afdelingens patienter med uhelbredelig kræftsygdom, som fik en «åben indlæggelse» til afdelingen. Indsatsen havde til mål at fremme livskvaliteten hos patienterne ved lindring af fysiske, psykiske og psykosociale problemstillinger gennem en systematisk kontakt til en specialsygeplejerske, som arbejder med palliation til afdelingens uhelbredeligt syge kræftpatienter samt den åbne indlæggelse. Ligeledes skulle indsatsen støtte de pårørende. Projektets indsats har over tid udviklet sig til at beskæftige to specialsygeplejersker på fuld tid, hvoraf halvdelen af den ene stilling er øremærket til forskning. I dag er indsatsen organisa-

torisk og tværfagligt velintegreret i afdelingen, hvor vi følger alle afdelingens patienter med uheldelig kræftsygdom fra den tidlige palliative fase frem til livets afslutning.

### Patienten ud af ingenmandslandet

I Abdominalcenter K har den palliative indsats givet patienten en livline med mulighed for at få hjælp af en specialsygeplejerske, som kender deres forløb. Ligeledes giver den åbne indlæggelse afdelingens patienter med uheldelig kræftsygdom mulighed for at kontakte en sygeplejerske i et sengeafsnit døgnet rundt med henblik på at få råd, vejledning og eventuel direkte indlæggelse i afdelingen.

Sygeplejerske Gitt Krebs Mikkelsen blev som erfaren mave-tarmkirurgisk sygeplejerske og specialuddannet i kræftsygepleje ansat på fuld tid i projektet til at udvikle en basal palliativ indsats. Ved at gennemgå 250 journaler fra åbne indlæggelser i afdelingen viste der sig et mønster: Patienter, der var blevet henvist med symptomer som opkastninger, smerter, vægttab og lignende, blev uredt, og man fandt uheldelig kræftsygdom. De fik altså en diagnose, men blev ikke nødvendigvis lindret for deres symptomer. Det medførte genindlæggelser, og patienten blev ofte sendt frem og tilbage i ingenmandslandet mellem hospitalsafdeling og primær sektor uden nogen fast plan for opfølgning. Selvom patienterne havde åbne indlæggelser, kontaktede de ikke altid afdelingen, hvis de havde brug for hjælp.

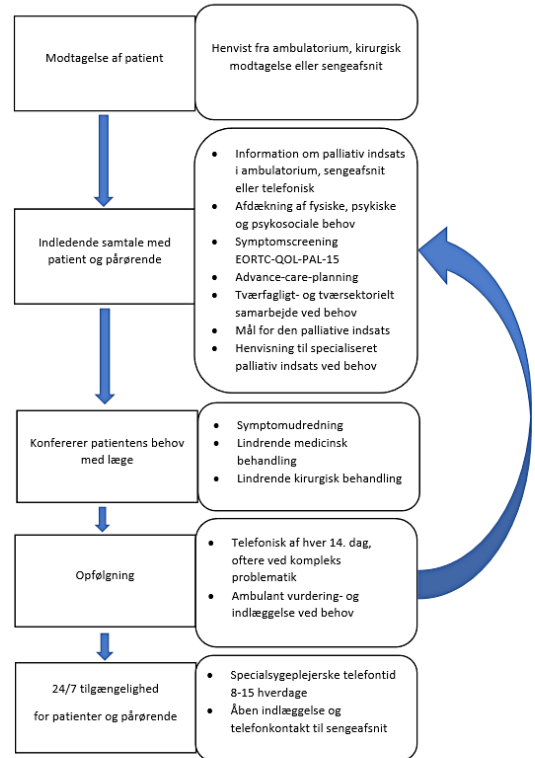
Det blev hurtigt klart, at den forbedrede indsats for afdelingens patienter med uheldelig kræftsygdom skulle handle om symptomlindring, systematisk opfølgning over telefon og koordinering af forløbet for at komme de typiske problemer i patientforløbene i forkøbet.

Sidenhen har patienterne selv været med til at definere, hvad deres behov er – for behovene er individuelle, og at inddrage de pårørende er essentielt for indsatsens succes.

«Det at man har en livline og at den er tilgængelig. Det er ikke bare at ringe til et eller andet nummer mellem 13-16 undtaget om onsdagen. Det kan man jo ikke bruge til noget. Hvis man har et problem, man gerne vil have løst, er det godt at kunne ringe til nogen direkte.»

Mand, 64 år – fulgt i den basale palliative indsats

Som patienten siger, er tilgængeligheden af stor betydning og det faktum, at det er en velkendt fagperson med kendskab til deres sygdomsforløb og aktuelle problemstillinger, der tager imod henvendelserne, er ligeledes essentielt.



### Patienterne får et anker at holde fast i

Palliativ indsats i Danmark er organiseret i et basisniveau og et specialistaniveau. På basisniveau er den palliative indsats en del af daglig praksis og udføres af basiskirurgiske- og medicinske afdelinger og primær sektor. På specialistaniveau er palliation kerneopgaven og udføres af palliative afdelinger og hospiceteams (2). Mange patienter med uheldelig kræftsygdom oplever fysiske og psykologiske symptomer som smerter, kvalme, obstipation, depression og angst (3). En større befolkningsundersøgelse udført i Danmark viste, at patienter med kræft indlagt på basis kirurgiske- og medicinske afdelinger ikke oplevede, at deres symptomer blev lindret i tilstrækkelig grad (4). Desuden viser det sig, at pårørende, som ofte har en vigtig rolle i sygdomsforløbet, oplever både helbredsmæssige og psykosociale problemstillinger (5). Det har derfor stor

◀..... betydning at inddrage de pårørende og deres behov i den basale palliative indsats.

Patienter med uheldbredelig kræftsygdom har hyppige indlæggelser den sidste del af livet, og mange dør på hospitalerne (6, 7). Studier peger på, at palliativ indsats i basalniveauet først iværksættes i den terminale del af sygdomsforløbet (8). Dette, trods de mange velkendte fordele så som forbedring af symptomer, øget livskvalitet og tilfredshed hos patienter og pårørende (9).

Grundet ressourcemangel er det kun 50 procent af patienter med uheldbredelig kræftsygdom, der får tilbudt palliativ indsats på specialniveaue, og derved kræves det af almindelige basiskirurgiske- og medicinske afdelinger, at der rettes fokus mod en basal palliativ indsats, som ellers ikke er hovedopgaven (10), og som baseres på de elementer der har betydning for patienternes livskvalitet. Disse elementer udgør fysiske, psykiske, kognitive og sociale elementer. Ligeledes er nem adgang til sundhedsydelse i et trykt og velkoordineret forløb en betydende faktor (11).

«Jamen, det betyder en enorm tryghed. Virkelig! Jeg føler jeg har sådan et anker med i hånden, ikk. For hun har forstand på det, så hun ved hvad det betyder hvis jeg f.eks. kaster op. Det er simpelthen en mental tryghed og for hende er det DEN patient. Det kan jeg godt mærke. Jeg føler at hun er i mit ringhjørne. Jeg ved at alle sygeplejersker passer godt på patienterne, men de har ikke individualiseret opfattelse eller kontakt til patienten som hun har.»

**Kvinde, 72 år – fulgt i den basale palliative indsats**

Vi har i Abdominalcenter K god erfaring med at forankre en basal palliativ indsats i det kirurgiske speciale. Det er helt naturligt for os, som erfarne mave-tarmkirurgiske sygeplejersker at se symptomerne fra et kirurgisk perspektiv og i lyset af patientens diagnose overveje, om det er kirurgiske tiltag, der kan lindre patientens symptomer. Vores patienter kan have obstruerende tumorer i tarmsystem og galdeveje, som



Foto: Mosphoto.com

kan afhjælpes med operation. På samme måde kunne man forestille sig, at en basal palliativ indsats forankret i f.eks. det lungemedicinske speciale ville tilføje en ekstra dimension af dybdegående kendskab til behandling og lindring af lungeproblematikker.

I 2019 fik vi mulighed for at indrette lokaler i et ny-etableret sygeplejeambulatorium, hvor vi har plads til samtalerum dekoreret i behagelige farver, dæmpet belysning og møbler, som indgyder ro til samtale. Derudover har vi en sengestue med mulighed for at tage patienter ind ambulant til vurdering og lindrende tiltag. Vi giver f.eks. klyx, blodtransfusioner, IV væske og assisterer til ascitesdrænage. Afdelingen har indført en dagkirurgisk lægefunktion, hvor en speciallæge er til rådighed for de palliative forløb, indlagte såvel som ambulante. Det giver specialsygeplejerskerne mulighed for hurtigt at kunne handle på ændringer i patientens tilstand.

### Det tværfaglige samarbejde skal fungere

Ved indsatsens opstart kontaktede Gitt Krebs Mikelsen lederne i hjemmesygeplejen, som kunne blive potentielle samarbejdspartnere. Ingen reagerede dog på henvendelserne. Som tiden gik, blev det tydeligt, at



samarbejdet opstod ud af de enkelte patientforløb. Det har krævet tålmodighed, men efterhånden har vi skabt et solidt netværk på tværs af specialer i såvel primær sektor som onkologisk- og specialiseret regi og som har stor betydning for patientforløbene. Vi samarbejder blandt andet med praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og personalet i kommunale aflastningsenheder om lindring i den sidste tid. Mange problematikker kan klares over telefon, og derved undgår vi u hensigtsmæssige hospitalsindlæggelser.

At få indsatsen til at blive en del af afdelingen krævede også tålmodighed. Her var det det daglige samarbejde med lægerne, sygeplejerskerne, fysioterapeuterne og diætisterne, der fik betydning for at vise gevinsten ved den palliative indsats. Både læger og sygeplejersker har fundet støtte i at kunne overdrage patienter, som netop har modtaget budskab om livstruende sygdom, til specialsygeplejerskerne, som herefter griber patienten og den pårørende og sætter ind med tidlig palliativ indsats baseret på deres behov.

For Peter Sparre, som er afsnitsansvarlig overlæge på Kirurgisk Sengeafsnit K5 i Abdominalcenter K, er det ikke kun en ressourcebesparelse for lægerne, at specialsygeplejerskerne tager sig af og løser mange af patienternes

problemstillinger, som ellers traditionelt ville være lægeligt arbejde.

«De er bedre til at håndtere patienterne, fordi de ofte har mere tid – det giver en bedre kvalitet i den behandling, som patienterne får,» siger Peter Sparre. Han er ikke i tvivl om, at specialsygeplejerskerne med den tættere kontakt til patienterne både ved mere om deres smertebehandling og bedre kan se årsag/sammenhæng i patienternes problematikker.

Ledende oversygeplejerske i Abdominalcenter K, Kirsten Amsinck er heller ikke i tvivl om, hvor den store fordel i den basale palliative indsats findes:

«Det giver kvalitet for patienten, for kollegerne og det giver effektivitet, fordi vi får bedre tilrettelagte patientforløb og kortere indlæggelsesforløb ved at koncentrere opgaven på få kompetente hænder,» siger Kirsten Amsinck og tilføjer, at undervisning og kompetenceudvikling af basissygeplejerskerne skal følge med, fordi funktionen som specialsygeplejerske ellers vil være sårbar ved f.eks. sygdom. «Det er vigtigt, at basissygeplejerskerne får koblet specialet sammen med palliation,» siger Kirsten Amsinck.

I det daglige arbejder specialsygeplejerskerne tæt sammen med kirurgerne og sygeplejerskerne om, at fokus holdes på palliation med udgangspunkt i patientens ønske. Der er både tid og ro til at tage samtalerne med patienten og de pårørende, f.eks. advance-care-planing; en samtale der handler om livets afslutning. Det betyder, at vi som specialsygeplejersker bedre kan forberede den afsked med livet, som patienten ønsker. Vi er også med på sidelinjen og vejleder i det terminale forløb for de patienter, som dør i afdelingen. Det skaber tryk for en nyuddannet sygeplejerske, at vi er med i kommunikationen med familierne. Vi kender ofte patienten og de pårørende og kan hjælpe med at lægge en plan for den lindrende medicinering og en plan for niveauet for behandlingen.

### Systematisk screening til evidensbaseret

Stine Gerhardt, sygeplejerske og cand.scient.san, blev i 2018 ansat til at evaluere og evidensbasere den basale palliative indsats i Abdominalcenter K i et forskningsprojekt samt undersøge muligheden for udbredelse til andre kirurgiske- og medicinske afdelinger. Den overordnede strategi for organisering af basal palliativ indsats på hospitalerne er endnu ikke fundet, men med



**I den forløbne uge:**

	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
10. Har du haft forstoppelse?	1	2	3	4
11. Var du træt?	1	2	3	4
12. Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål?	1	2	3	4
13. Følte du dig anspændt?	1	2	3	4
14. Følte du dig deprimeret?	1	2	3	4

**Ved det næste spørgsmål bedes du sætte en ring omkring det tal mellem 1 og 7, som passer bedst på dig**

15. Hvordan vil du vurdere din samlede livskvalitet i den forløbne uge?

1    2    3    4    5    6    7

Meget dårlig Særlig god

16. Har du haft **andre** væsentlige symptomer eller problemer, som **ikke** er nævnt i spørgsmålene ovenfor?

Nej

Ja. Skriv venligst de vigtigste (op til tre), og angiv, i hvor høj grad, du har haft symptomerne eller problemerne i den sidste uge:

I hvor høj grad har du i den forløbne uge haft:	Slet ikke	Lidt	En del	Meget
Symptom/problem A: _____	1	2	3	4
Symptom/problem B: _____	1	2	3	4
Symptom/problem C: _____	1	2	3	4

«... evidensbaseret af vores indsats for basal palliation i kirurgisk afdeling er der potentiale for at give inspiration og konkrete handlingstiltag til andre for denne praksis.

Den systematiske tilgang betyder, at vi kender patienterne og deres pårørende rigtig godt. Vi kan hurtigt identificere problemerne. Vi arbejder i øjeblikket med systematisk screening af symptomer og livskvalitet på det validerede spørgeskema EORTC QOL-C15-PAL hver 14. dag (12). Skemaet er udviklet til patienter med kræft i et palliativt forløb og består af 15 spørgsmål, som afdækker oplevelse af livskvalitet samt, i hvor høj grad patienten har været generet af et givent problem i den forløbne uge. Det kan være smerter, obstipation, kvalme og træthed. Screeningen er et arbejdsredskab til at stille skarpt på de problemer og lindrende behov, patienten har og er udgangspunkt for samtalen. Derved kan vi hurtigt sætte ind med hjælp og lindrende tiltag eller henvise til hospice eller specialiseret palliativ indsats. Skemaet har stor værdi som arbejdsredskab, men den systematiske screening af symptomer og livskvalitet sammen med registrering af andre patientdata skal også bidrage til evidensbaseret af indsatsen.

Udover vigtigheden i at følge patientdata fra starten mener oversygeplejerske Kirsten Amsinck også, at afdekningen af patienternes palliative behov i specialet er vigtigt for at kunne målrette indsatsen.

«I Abdominalcenter K er vi meget bevidste om, hvad vores palliative funktion er – og hvad den ikke er, for vi har ikke lavet en ny palliativ afdeling. Vi samarbejder med palliative enheder og hospice, for vi er flere spill-

ere på banen, men med hver vores funktion og rolle,» siger hun og tilføjer:

«Jeg er enormt stolt over, at vi kan tilbyde patienter denne livline – det er stærkt, og det er vel dét, vi alle drømmer om at have – en livline,» siger ledende oversygeplejerske Kirsten Amsinck. ●

Denne artikel blev publiceret i Fokus på Kræft og Sygepleje i december 2020.

### Kontaktoplysninger:

Stine Gerhardt  
Sygeplejerske med specialfunktion, cand.scient.san  
Abdominalcenter K,  
Bispebjerg Bakke 23, indgang 7H, stuen  
2400 København NV  
stine.gerhardt.hangstrup@regionh.dk  
mobilnr. 2889 1509

### Referencer

Bergenholtz, H., Hølge-Hazelton, B., Jarlbæk, L. (2015). Organization and evaluation of generalist palliative care in a Danish hospital. BMC Palliat Care 1423.

Sundhedsstyrelsen (2017). Anbefalinger for den palliative indsats.

## OM ABDOMINALCENTER K

Abdominalcenter K: Medicinsk og kirurgisk gastroenterologi med eget modtageafsnit, 3 sengeafsnit, dagkirurgi, endoskopi, operationsgang, forskellige ambulatorier og et forskningsafsnit.

Sygeplejerske Gitt Krebs Mikkelsen blev ansat som specialsygeplejerske i 2013, og siden 2018 har sygeplejerske, cand.scient.san Stine Gerhardt arbejdet halv tid som specialsygeplejerske og halv tid med forskning på området.

## OM BASAL PALLIATIV INDSATS

Patienter med uheldelig kræftsygdom i colon, rektum, pancreas, eosophagus, galdeveje og lever er en del af den basale palliative indsats.

I 2019 var 124 patienter tilknyttet den basale palliative indsats. Af dem blev 50 % henvist til specialiseret palliativ indsats.

Specialsygeplejerskerne har telefontid på hverdage 8-15, og der er mulighed for at kontakte dem pr e-mail og sms. Hvis patienterne indlægges, følges de af specialsygeplejersken under indlæggelse i alle Abdominalcentrets afsnit samt rundt på hospitalet ved behov.

Specialsygeplejerskerne står for medicinopstart, evaluering og ændring samt recepter, som ordineres og godkendes af læge. Desuden står vi for henvisninger til det specialiserede niveau, når der er brug for deres tværfaglighed og viden om den mere komplekse medicinering

Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M (2009) Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliat Med* 23(6):491-501.

Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Houmann LJ, Groenvold M (2013) Do advanced cancer patients in Denmark receive the help they need? A nationally representative survey of the need related to 12 frequent symptoms/problems. *Psychooncology* 22(8):1724-1730  
Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology*. 2010;19:1013-25.

Neergaard MA, Jensen AB, Sondergaard J, Sokolowski I, Olesen F et al (2011) Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark. *Scand J Caring Sci* 25(4):627-636.

Brogaard T, Neergaard MA, Sokolowski I, Olesen F, Jensen AB (2013) Congruence between preferred and actual place of care and death among danish cancer patients. *Palliat Med* 27(2):155-164.

Bergenholtz, H., Jarlbaek, L. and Hølge-Hazelton, B. (2015). The culture of general palliative nursing care in medical departments: an ethnographic study. *International journal of palliative nursing*.

Haun MW, Estel S, Rucker G, Friederich HC, Villalobos M et al (2017) Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 6Cd011129.

DMCG-PAL. Dansk Palliativ Database. Årsrapport 2018.

McCaffrey, N., Bradley, S., Ratcliffe, J., Currow, D.C. (2016). What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. *J Pain Symptom Manage* 52 (2): 318-28 e5. 10. Bergenholtz, H. (2016). Ph.d.-afhandling. Palliative

Groenvold M, Petersen MAa, Aaronson NK, Arraras JJ, Blazeby JM, Bottomley A, Fayers PM, de Graeff A, Hammerlid E, Kaasa S, Sprangers MAG, Bjorner JB for the EORTC Quality of Life Group. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *European Journal of Cancer* 2006; 42(1): 55-64.

# Årets kreft- sykepleier



Annet hvert år deler FKS ut pris til en kreftsykepleier som utmerker seg i kreftomsorg. Det finnes så mange gode kreftsykepleiere.

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

## Hvem kan bli nominert:

Kreftsykepleiere som har utmerket seg ved å gjøre en ekstra innsats overfor pasienter med kreftsykdom, pårørende eller kollegaer.

Han/hun kan jobbe klinisk og pasientnært eller drive med fagutvikling og forskning.

Medlemmer i hovedstyre FKS kan ikke nomineres da disse er jury.

Vi er sikker på du allerede nå har mange i tankene.

Vi håper på mange nominasjoner.

Send din nominasjon til Anne-Lene Bull på e-post [annbu@ous-hf.no](mailto:annbu@ous-hf.no)

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

Frist for innsending er **9. september**.

Årets kreftsykepleier blir offentliggjort under landskonferansen i Kristiansand.

Vinneren får diplom og en kunstgave.

# Har du bruk for en kreftsykepleier?

I forbindelse med Verdens kreftdag den 4 februar ønsket vi i år å fremheve pårørendes situasjon, samtidig som vi ville synliggjøre behovet for kreftsykepleierkompetanse i fremtiden. Følgende innlegg ble publisert i ulike medier lokalt og nasjonalt.



**Merete Brungot Kløvning**

Pårørendekoordinator i Ålesund kommune  
FKS Hovedstyret

**H**vert år er det rundt 35 000 nordmenn og deres pårørende som må svare ja på akkurat dette spørsmålet. Gjennom utredning, diagnose, behandling, rehabilitering eller i palliativ fase vil de møte mange kreftsykepleiere, og oppleve behovet for deres kompetanse.

Hvis det var deg, eller en du er glad i, hva ville være mest viktig? Å møte en fagperson med spesiell kunnskap om behandling og bivirkninger? En som kan gi råd og veilede deg rundt utfordringer som kan oppstå som følge av sykdommen? Eller kanskje en som med trygghet kan administrere og følge deg gjennom jevnlig cellegiftkurer? Dette og mye mer kan du forvente av en kreftsykepleier. Kreftsykepleieren har også kunnskap om den følelsesmessige belastningen du kan oppleve å stå i. Og om senskader og plager som kan prege deg i etterkant av sykdom og behandling.

Du kan også forvente at dine pårørende skal bli sett og inkludert underveis i det du skal gjennom. Kreftsykepleieren vet at mange pårørende føler seg «ved siden av og midt i» på en gang. Følelsesmessig og praktisk involvert i det som omhandler deg, samtidig som de har

egne behov. Barn og unge pårørende er en ekstra sårbar gruppe, det å ha en mamma eller pappa som er alvorlig syk påvirker tanker og følelser. Kreftsykepleieren har kompetanse og kan gi deg råd i forhold til hvordan du best mulig kan snakke med barna dine om vanskelige ting. Noen ganger kan kreftsykepleieren også bistå direkte, med samtale og informasjon om din sykdom og behandling.

Kreftsykepleiere arbeider i ulike områder av helse og omsorgstjenesten. Du finner personell med kreftsykepleierkompetanse både på sykehusene, i kommunen, og i private og ideelle organisasjoner. Mange jobber også med undervisning og kompetanseheving til andre helsepersonell. Du finner kreftsykepleiere ved de store universitetssykehusene, og i små kommuner i grisgrendte områder av vårt langstrakte land. Mange av disse er medlemmer i Faggruppen for kreftsykepleiere (FKS). Vi er glade for å drive den femte største faggruppen under Norsk Sykepleierforbund, vi er en voksende organisasjon med medlemmer som brenner for kreftpasienten og kreftsykepleiefaget. For å kunne utøve god sykepleie til deg er det viktig å ha faglig tilhørighet, et sted der vi kan dele kunnskap og erfaringer. Samtidig





Foto: Mostphotos.com

## «Ikke alle kommuner har kreftsykepleiere, og ikke alle kreftsykepleiere får brukt sin unike kompetanse. Det gjelder også i sykehusene. Dette vil vi i FKS jobbe for fremover.»

ønsker vi også å være synlige deltakere i samfunnsdebatten og i politisk arbeid.

Som faggruppe er vi opptatt av kompetanseutvikling og faglig tyngde. Kreftutdanningen i dag gir absolutt kunnskap til å møte arbeidshverdagens utfordringer, enten det er i kommunehelsetjenesten eller på sykehusene. Samtidig må vi ha blikket rettet mot fremtiden, legge planer og føringer for å møte morgendagens behov. Sammen med andre faggrupper innen sykepleie jobbes det nå med å innføre masterløp i utdanningene. Ikke for å redusere den kliniske og praktiske kjernen i sykepleien, men for å videreutvikle og styrke faget enda mer. Ruste oss for fremtiden rett og slett.

Vi er også opptatt av at kompetansen må bli brukt. Normerte stillinger gir anledning til å jobbe målrettet, noe

ikke minst senere års fremvekst av kreftkoordinatorfunksjonen i kommunene har vist. Men ikke alle kommuner har kreftsykepleiere, og ikke alle kreftsykepleiere får brukt sin unike kompetanse. Det gjelder også i sykehusene. Dette vil vi i FKS jobbe for fremover.

Kreft er et stort globalt helseproblem. «Verdens Kreftdag» markeres hvert år den 4 februar. Markeringen i år vil naturlig nok begrenses av pandemien, men fokuset og oppmerksomheten rundt kreft er minst like viktig dette året. Det er gledelig å se at pårørendes situasjon og behov er et område som løftes frem i årets markering. Dette vil vi støtte og stille oss bak.

Vi er stolte over kompetansen vår, og vil jobbe for å ta godt vare på deg og dine nærmeste hvis det skulle komme en dag der DU er en av dem som får bruk for en kreftsykepleier. ●



## CANCER OG CORONA;

# Et kurs for minoritetsspråklige



**Mona Bjelland**

Spesialrådgiver Kreftforeningen

Jan Norum skrev i Legetidsskriftet i 2001: «*En informasjon er ikke gitt før den er forstått av mottaker. Språket bør derfor være klart, tydelig og forståelig for pasienten*». Samarbeidet mellom Bydelsmødre og Kreftforeningen underbygger nettopp dette, at informasjon ikke er gitt før mottaker har forstått. De to prosjektene om kreft og korona, som vi har samarbeidet om, har hatt som mål at informasjon skal formidles klart, tydelig og forståelig for målgruppen.

Det er 20 år siden Norum skrev artikkelen «Kommunikasjon med kreftpasienter – selvfølgeligheter kan lett

glemmes» (1), men temaet har fått fornyet aktualitet, ikke minst sett i lys av koronasituasjonen som har preget oss det siste året.

### Minoritetsspråklige og korona

Hele 30–40 prosent av de som er smittet av Covid-19 er født i land utenfor Norge, og årsakene er sammensatte. Det er gjort lite forskning på dette, men et prosjekt i regi av Universitetet i Bergen rapporterer følgende: Flere minoritetsspråklige søker informasjon på sitt morsmål og kommer dermed inn på nettsider om tiltak i landet de kommer fra. «Noe av informasjonen fra norske myn-

digheter er oversatt, men ikke nok. Spriker tiltakene fra hverandre, blir de veldig forvirret med tanke på hva som er lurt å gjøre» (2). Kreftforeningen har bidratt og ønsker fortsatt å bidra i arbeidet med å gi informasjon om korona generelt, og kreft og korona spesielt.

### Kreft og korona

For kreftpasienter og pårørende kan usikkerheten som følger med koronaviruset utgjøre en tilleggsbelastning i en allerede krevende hverdag. Depressive plager, angst, søvnproblemer eller irritasjon og sinne er ikke uvanlige reaksjoner. Under koronapandemien har mange kreftpasienter isolert seg, vært i karantene eller oppholdt seg mest hjemme. Kreftforeningen har på sine nettsider gode råd til hvordan pasienter og pårørende kan ha det best mulig i en hverdag med begrenset frihet, informasjon om vaksinasjon og tilbud om noen å prate med via Kreftforeningens rådgivningstjeneste (3).

Kreftforeningen har som mål å utvide sin rådgivningstjeneste til å favne flere språk enn norsk og engelsk – som har vært tilbudet frem til nå. Da det ble lyst ut såkalte «korona-midler» for frivillige organisasjoner våren 2020 oppsto en unik mulighet til både å bidra med informasjon og utvide med flere språk.

### Tvillingprosjektene

Det hele startet med at Stiftelsen Dam lyste ut midler og Kreftforeningen søkte i samarbeid med Rådet for psykisk helse (for mer informasjon se boks (1)). Vi søkte om midler til å inkludere frivillige minoritetsspråklige helsefagarbeidere (sykepleiere/sosionomer) til vår rådgivningstjeneste – for å kunne bidra med råd og veiledning på flere språk. Prosjektet ble definert som metodeutvikling, og har vært et prøveprosjekt for å finne en måte å organisere informasjonsformidling én til én på en best mulig måte.

Omtrent samtidig lyste Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) ut tilskudd til informasjonstiltak om koronaviruset rettet mot innvandrere. Sammen med Bydelsmødre (se boks (2) for mer informasjon om Bydelsmødre) søkte Kreftforeningen om støtte til fire webinarer, to på urdu og to på somali. Webinarrekken fikk navnet «Corona og cancer». Urdu og somali ble valgt fordi disse språkgruppene er blant de største, både i Oslo og på nasjonalt nivå. På hvert språk skulle det være et webinar for kvinner spesielt og et for voksne generelt, og tema var korona og kreft. I hvert webinar deltok to gjester i form av fag- eller

ressurspersoner. Se egen boks for oversikt over gjestene i hvert webinar (figur 3). Webinarene hadde møteleder fra Kreftforeningen, et innslag fra hver av gjestene på henholdsvis urdu og somali, filminnslag om smittevernreglene (på urdu/somali) og en dialog på norsk basert på spørsmål som kom inn i forkant av eller underveis i webinarret (en «sofaprat»). Tolketjenesten var ivarett av Kulturkonsulent AS. Alle webinarene er tilgjengelige i form av opptak på Kreftforeningens nettside: <https://kreftforeningen.no/vitensenteret/nettmoterom-corona-og-cancer-pa-somali-og-urdu/>

### Kurset Cancer og corona

For å kunne inkludere frivillige minoritetsspråklige helsefagarbeidere i rådgivningstjenesten gjennomføre Kreftforeningen et kurs som fikk navnet Cancer og corona i november 2020. På kurset deltok 13 kursdeltakere som til sammen behersket sju språk – i tillegg til engelsk og norsk. Flertallet av deltakerne hadde helsefaglig bakgrunn. I løpet av fire kurskvelder ble følgende tema belyst:

- Hva er kreft?
- Årsaker og behandling
- Senskader
- Forebygging
- Tidlig oppdagelse
- Korona og kreft
- Rollen som pårørende
- Barn som pårørende
- Kommunikasjon og kulturforståelse
- Rettigheter
- Rådgivningstjenesten
- Kreftforeningens tilbud

### Kombikurs

Det at de to prosjektene ble gjennomført parallelt resulterte i en felles prosjektgruppe internt i Kreftforeningen, og en god dialog med Bydelsmødre om

## RÅDET FOR PSYKISK HELSE

En paraplyorganisasjon som jobber for et samfunn som bidrar til god psykisk helse for alle. De jobber for et inkluderende arbeidsliv, forebygging av psykiske helseplager, psykisk helse i skole og barnehage, og frivillighet før tvang. Siden 1985 har de bidratt til at psykisk helse har kommet på dagsordenen i Norge, fra et ensidig fokus på tvang og psykiatri til spørsmål om likeverd og gode liv.

←... begge prosjektene. Resultatet ble at Kreftforeningen kunne planlegge et kombikurs – et kurs som kunne fungere både som et opplæringsprogram for minoritetsspråklige sykepleiere og sosionomer som opprinnelig planlagt, men også som et videreutdanningskurs for Bydelsmødre. Alle Bydelsmødre gjennomfører en grunnopplæring, og målet for Bydelsmødre sentralt har vært at det i tillegg skal være et tilbud om videreutdanning om ulike tema. Kombikurset ble gjennomført over fire kvelder i november 2020, basert på det opplegget Bydelsmødre har for sitt grunnkurs. Det vil si oppstart med matsverving, for så å ha tre økter med pause mellom. Foreleserne var i all hovedsak fra Kreftforeningens egen rådgivningstjeneste. Bydelsmødre annonserte videreutdanningskurset via sin interne kanal (SPOND), og i tillegg annonserte Kreftforeningen kurset for minoritetsspråklige sykepleiere og sosionomer via egne nettsider, Sykepleien.no og Fontene.no. Det var 11 Bydelsmødre som deltok på kurset og to som ble rekruttert via annonsering i ulike kanaler.

Det ble også opprettet en liten referansegruppe bestående av to bydelsmødre, en med pakistansk bakgrunn og en med somalisk bakgrunn. De bidro til å finne relevante gjester til og tema for webinarne, sette navn på både webinarrekken og kurset, foreslå tema det var viktig å inkludere i kurset, og andre gode råd og tips.

### Digitalt kurs

Den første kurskvelden kunne gjennomføres i Kreft-

foreningens Vitensenter, men de tre siste kveldene måtte foregå digitalt da Oslo kommune innførte ytterligere innstramminger i smitteverntiltak. Det var krevende for både kursdeltakere og Kreftforeningen som kursansvarlig, men takket være positiv innstilling fra både deltakere og forelesere ble kurset gjennomført som planlagt. Alle som fullførte kurset fikk kursbevis. Videre ble forelesninger i kurset tatt opp slik at det er potensiale for å gjennomføre digitale kurs på sikt.

Hver kurskveld ble evaluert, og den første (fysiske) kurskvelden fikk best evaluering. Det skyldes sannsynligvis at flere kursdeltakere hadde tekniske utfordringer inn mot de tre neste kurskveldene som ble gjennomført digitalt. Kvaliteten på det faglige innholdet og undervisningen fikk gjennomgående god vurdering fra deltakerne. Vi har for ettertiden notert oss ønsket om mer tid til interaksjon, diskusjon og erfaringsutveksling for ettertiden.

### Læringspunkter

Hva har vi i Kreftforeningen lært gjennom dette kurset? Dette er to av flere gode innspill vi tar med i videre arbeid:

- 1) Det er lett å glemme at både avsender og mottaker skal ha en felles forståelse av budskapet, og at 2) kommunikasjon om kreft er utfordrende når målgruppen kan ha en annen inngang til tematikken enn avsender.

Et helt konkret eksempel relatert til felles forståelse av budskap: Når informasjon om HPV-vaksine sendes ut



### WEBINAR

Følgende gjester var med i webinarne:

6. november 2020, somali og for kvinner spesielt: Ayan B. Sheikh-Mohamed (lege) og Khadra Farah (sykepleier)

16. november 2020, somali og for voksne generelt: Wasan Ismail (lege) og Ahmed Ali Mahdar (forsker)

17. november 2020, urdu og for voksne generelt: Wasim Zahid (lege) og Aziz Ur Rehman (radiovert, Voice of Oslo)

27. november 2020, urdu og for kvinner spesielt: Zill E-Huma Latif (lege) og Nasreen Begum (organisasjonsleder, Bydelsmødre)

### BYDELSMØDRE NORGE

En ideell organisasjon basert på frivillig arbeid, startet av Nasreen Begum i 2016. Det er så langt etablert frivillige Bydelsmødre-grupper i seks bydeler i Oslo, og i løpet av 2020 i flere nye kommuner. Disse kvinnene omtales som Bygdemødre.

Bydelsmødre (og Bygdemødre) er frivillige kvinner, primært med etnisk minoritetsbakgrunn, som går gjennom et opplæringsprogram om temaer som foreldre, arbeid og helse. Etter fullført opplæring går de ut som synlige og trygge brobyggere mellom det offentlige og sine lokalsamfunn. Nå er organisasjonen i ferd med å starte opp Bydelsfedre også. Tiltaket Bydelsfedre organiseres i første runde som et pilotprosjekt i tre bydeler i Oslo.



til foreldre, for at de skal gi samtykke til vaksinerings av tenåringsdatteren, kan brevet oppleves som informativt fra avsender – men krenkende hos mottaker.

Et annet eksempel som gjelder kommunikasjon om kreft: Hvordan informere om kreft når språket du bruker ikke har et ord som beskriver sykdommen? I flere land og språk brukes cancer, vi trenger ikke gå lenger enn til Sverige – hvor søsterorganisasjonen til Kreftforeningen heter Cancerfonden. Kort oppsummert: Informasjon er ikke gitt for den er forstått av mottaker.

## Veien videre

For å kunne gi råd og veiledning om kreft som del av Kreftforeningens rådgivningstjeneste, er det et ønske at de som gjennomfører samtaler en til én har helsefaglig bakgrunn, juridisk bakgrunn eller er sosionomer. I etterkant av kurset har deltakere med relevant fagbakgrunn blitt kontaktet og forespurt om de ønsker å bidra videre ved å knyttes opp mot rådgivningstjenesten som frivillige. Det er også opprettet en fadderordning i regi av Kreftforeningens rådgivningstjeneste som vil gi råd og veiledning før og etter samtaler.

Ikke alle kursdeltakerne har relevant bakgrunn, de får forespørsel om å være med i en nyopprettet ressurs-

gruppe i Kreftforeningen for å gi råd inn mot kommende tiltak, aktiviteter og kampanjer.

Detaljene for veien videre er ennå ikke avklart, men fra februar 2021 annonseres arabisk og somalisk som nye språk det er mulig å få informasjon om kreft og korona på, via Kreftforeningens rådgivningstjeneste. Vi håper, i samarbeid med Bydelsmødre, å få på plass et system hvor våre rådgivere kan videreformidle kontakt med bydelsmødrene som har tatt videreutdanningskurs hos Kreftforeningen. ●

**Minoritetsspråklige sykepleiere som kunne tenke seg å vite mer om veien videre for dette prosjektet kan kontakte Kreftforeningen: <https://kreftforeningen.no/om-oss/kontakt-oss/>**

1. Norum, J. Kommunikasjon med kreftpasienter – selvfølgeligheter kan lett glemmes. Tidsskr Nor Lægeforen. 2001; 121: 1723-4.
2. Forskning.no. Korona: Hvorfor topper innvandrere smittestatistikken? [internett]. Oslo: Forskning.no; 2021 [siteret 01.02.2021]. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/innvandring-partner-universitetet-i-bergen/korona-hvorfor-topper-innvandrere-smittestatistikken/1794528>
3. Kreftforeningen. Korona og kreft [internett]. Oslo: Kreftforeningen; 2021 [siteret 01.02.2021]. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/korona-og-kreft/>



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

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

Kursopphold har fokus på kunnskapsformidling, erfaringsutveksling, og sosiale og fysiske aktiviteter, slik at kursdeltakere får innsikt i hvordan de kan mestre sine utfordringer, og hva som kan være mest hensiktsmessig for veien videre i livet.

Det er naturlig å starte et opphold med et livsmestringskurs «Kreft – hva nå?» (trinn 1) som er diagnosespesifikt, deretter kan videre opphold (trinn 2 og 3) tilpasses ift tid og spesifikke tema. Familiekurs har fokus på barnas behov, mestring og støtte fra andre barn og unge i samme situasjon.

Mer informasjon finner du på [montebellosenteret.no](http://montebellosenteret.no) eller kontakt oss på e-post [post@montebello-senteret.no](mailto:post@montebello-senteret.no) eller telefon 62 35 11 00.

Montebellosenteret  
Kurstedvegen 5, 2610 Mesnali



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





## ONSDAG 15. SEPTEMBER

### «Tett på ved alvorlig sykdom»

- |               |  |
|---------------|--|
| 09.00         | Registrering   |
| 10.00         | Utstillingen åpner, kaffe og te  |
| 11.00         | <b>Åpning</b><br>Forbundsleder NSF: Lill Sverresdatter Larsen<br>Leder for NSF's faggruppe for kreftsykepleiere: Tanja Alme<br>Leder for NSF's faggruppe for kreftsykepleiere Agder: Åshild Knatten                        |
| 11.30 – 12.00 | <b>Kreftsykepleiens historie</b><br>Anne Marie Reitan. Universitetslektor ved Oslo Met.  |
| 12.00 – 12.45 | <b>Hjernesvulst av type glioblastom – diagnose, behandling og HÅP!</b><br>Petter Brandal, neuro-onkolog og leder for Norsk neuro-onkologisk interessegruppe Leder hjernesvulstavdelingen på onkologisk avd. OUS            |
| 12.45 – 13.30 | Lunsj & besøk i utstilling   |
| 13.30 – 14.00 | <b>«Om livet, døden og kampen for en kur»</b><br>Nina Jensen. Styremedlem i hjerne svulstforeningen. Marinebiolog ved REV  |
| 14.00 – 14.45 | <b>«Fastlegens rolle i et pasientforløp fra begynnelse til slutt. Hvordan sikre god oppfølging i overgangen fra sykehus til kommune?»</b><br>Helene Engemyr<br>Overlege lindrende enhet Kristiansand og tidligere fastlege |
| 14.45 – 15.15 | Utstilling & kaffe   |
| 15.15 – 16.00 | <b>«Å være hjelper uten å være tilstede» –kommunikasjon på nye arenaer</b><br>Heidi Skutlaberg Wiig<br>Kreftsykepleier. Palliativ team Ahus  |
| 16.30         | Generalforsamling  |

## TORSDAG 16. SEPTEMBER

### «Tett på – å gi liv til dagene»

- |               |   |
|---------------|---|
| 08.30 – 08.45 | Åpning  |
| 08.45 – 09.30 | <b>Fremtidens palliasjon</b><br>Sigve Andersen. Postdoktor i translasjonell kreftforskning. Institutt for klinisk medisin, VIT Norges arktiske universitet. Overlege ved universitetssykehuset Nord-Norge |

- 09.30 – 10.15 **Verdighetsbevarende omsorg for hjemmeboende kreftsyke eldre kvinner**  
*Katrine Staats. Kreftsykepleier og doktorgradsstipendiat*
- 10.15 – 10.30 Utstilling og kaffe
- 10.30 – 11.15 **Etisk navigering i en koronatid. Hva har vi lært?**  
*Reidun Førde*  
*Professor ved senter for medisinsk etikk. UiO*
- 11.15 – 11.45 **Pårørende – en uutnyttet ressurs i legekonsultasjonen**  
*Berit Hofseth Larsen*  
*Kreftsykepleier og doktorgradsstipendiat ved Radiumhospitalet*
- 11.45 – 12.15 **SFK studien.**  
**Kreftmedisin (EGFR – hemmer) mot nervesmerter / nevrologiske smerter**  
*Marte Cameron*  
*Onkolog ved Senter for kreftbehandling Kristiansand, forsker og doktormed.*
- 12.15 – 13.00 Lunsj og besøk i utstilling
- 13.00 – 13.45 **Immunterapi – aktuell status og nye perspektiver**  
*Anne Helene Kåstner*  
*Onkolog ved Senter for kreftbehandling, Kristiansand og forsker*
- 13.45 – 14.30 **"Personcentrert pleje og behandling – et spørsmål om etik"**  
*Regner Birkelund*  
*Sykepleier*  
*Professor i pasientsentrert behandling, Lillebelt hospital, Danmark*
- 14.45 – 15.30 **Parallellsesjoner – egen oversikt kommer**
- 15.30 – 15.45 Utstilling og kaffe
- 15.45 – 16.30 **Parallellsesjoner – egen oversikt**

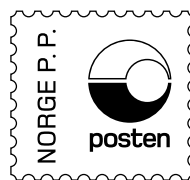
## FREDAG 17. SEPTEMBER

### «Tett på hverandre»

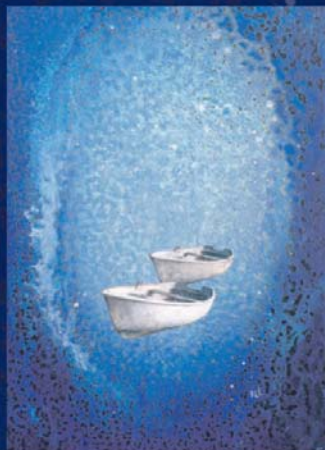
- 08.30 – 08.45 **Åpning**
- 08.45 – 09.30 **«Fysisk aktivitet og trening under kreftbehandling: Hva, hvordan og hvorfor?»**  
*Sveinung Berntsen Stølevik Professor og instituttleder for idrettsvitenskap og kroppsøving ved UiA*
- 09.30 – 10.15 **Prehabilitering – hvordan foregår det, og hva viser forskningen?**  
*Siri Rostoft*  
*Professor II ved forskningsenheten, geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus og overlege ved geriatrisk avdeling, Ullevål*
- 10.15 – 10.45 Utstilling & kaffe
- 10.45 – 11.15 **Selvbilde / identitet**  
*Esben Esther Pirelli Benestad*  
*Lege og professor i sexologi ved UiA*
- 11.15 – 12.00 **Å ta vare på hjelperen?**  
*Tankevirus – en goyal vri på kognitiv terapi*  
*Kristian Rem*  
*Kommunepsykolog Oppegård kommune*
- 12.00 – 12.30 (Mangler info)
- 12.30 – 12.45 Avslutning
- 13.00 Lunsj



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



## 20. LANDSKONFERANSEN I KREFTSYKEPLEIE



*Tett på,  
men ved siden av*

KRISTIANSAND 15.-17. SEPTEMBER 2021 PÅ

**Q42**  
KONGRESSENTER

For påmelding til høstens Kreftkonferanse se

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

eller besøk FB: NSF's faggruppe for kreftsykepleiere.

 NSF's FAGGRUPPE  
FOR KREFTSYKEPLEIERE

