

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

# Kreftsykepleie



**Impress-Norway**

---

**Tør vi snakke  
om det?**

---

**Prestetjenesten  
går nye veier**

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

Redaktør  
**Marit Klævd** 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

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

Forside «Gå nye veier»  
 Foto **Shutterstock**

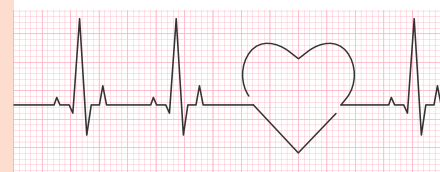
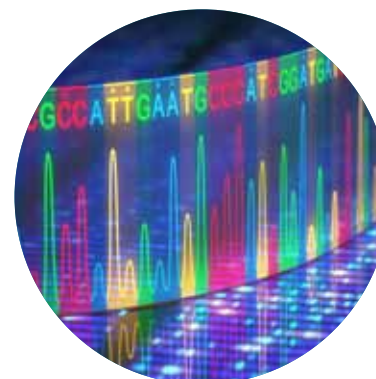
Layout og design  
**Kristin Skeie Antoine • KSA\_design**  
 Trykk **07 Media AS**

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

Ta gjerne kontakt med annonseansvarlig.  
 Tidsskrift nr 1-2022 blir utgitt i april 2022.

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

# Innhold



- 4 Faggruppel leder v/Tanja Yvonne Alme
- 6 Helsing frå redaktøren
- 8 Tør vi snakke om det?
- 14 ● IMPRESS-Norway: Nasjonal kreftstudie
- 20 ● Hva bør en kreftsykepleier vite om kardio-onkologi?
- 24 Prestetjenesten går nye veier
- 30 Tre på gangen: Om tro og livssyn
- 34 ● Seneffekter etter kreftbehandling
- 42 Desentralisert medikamentell kreftbehandling
- 46 Hverdagshjelpen: Mer energi – til det som gir energi
- 52 Smånytt
- 56 ● Å leve med krise – midt i krisen



**Tanja Yvonne Alme**  
Faggrupeleder FKS



# Tett på men 1 meter ved siden av

Tusen takk til alle som deltok på vår jubileums-konferanse i Kristiansand. Vi håper du er like fornøyd med konferansen som det vi er. Masse godt faglig påfyll og endelig kunne vi treffe hverandre fysisk. Det gjorde innmari godt, selv om det nesten var overveldende å treffe 500 stykker på en gang etter pandemien.

Takk for at du var tett på men likevel en meter ved siden av. Takk for forståelse for de tilretteleggingene vi måtte gjøre for å kunne gjennomføre konferansen fysisk. Takk til lokallaget Agder, til Kongress og Kultur, til utstillere, til foredragsholdere og mest av alt takk til deg. Fikk du ikke vært med denne gangen så håper jeg du får delta på vår 21 konferanse i kreftsykepleie i Tønsberg 2023. Vi gleder oss.

Samfunnet er i ferd med å forsiktig åpne og omstille seg tilbake til en normal hverdag. Pasientene vi møter er nok fortsatt litt forsiktig og vi som skal hjelpe er også det. Selv om det er godt å få lov å klemme igjen så kan det vel være greit å være forsiktig litt til. Mange av

pasientene jeg følger har fått dose 3 av vaksinen og har nå begynt å håpe på at pandemien skal nærme seg en ende. Det er godt.

Det er godt å få være tett på men ved siden av uten de mest ekstreme restriksjonene. Det er godt at familier kan besøke hverandre og det er godt for dem som har mistet en av sine kjære å slippe å få velge ut hvem som skal få komme i begravelsen og hvem som ikke skal få komme. Det er godt å få være nær igjen.

Pandemien har gitt oss ny kunnskap på mange nivå, både faglig, ikke minst digitalt men kanskje har det også gitt oss rom for refleksjon og det å ta vare på oss selv. For å være til hjelp for andre må vi ta vare på oss selv. Dette er mer enn en frase eller en klisje. Har du tenkt over det? Hvordan blir du berørt av din jobb? Hva gjør du for å ha et mellomleggs papir mellom ditt private liv og din jobb?

I min åpningstale under konferansen viste jeg til Per Isdal som holdt et flott foredrag for oss under konferansen i Stavanger i 2015. Han viste til de tøffe indianerne

Har du et leirbål? Hvem sitter rundt ditt leirbål? Jeg håper at du har et. Vi trenger det for å ta vare på oss selv og for å kunne være noe for andre.



Foto: Kevin Wolf, Unsplash.com

som var ute i krig og skulle tåle mye. Være sterke og stå i tøffe utfordringer. Innimellom møttes de rundt et leirbål. Et leirbål der de de kunne rope, gråte, trøste og støtte hverandre. Dette leirbålet var helt avgjørende for at de kunne stå i jobbene sine. Har du et leirbål? Hvem sitter rundt ditt leirbål? Jeg håper at du har et. Vi trenger det for å ta vare på oss selv og for å kunne være noe for andre.

I faggruppen jobber vi nå med høringsinnspill til pakkeforløp hjem kreft. Vi håper og tror dette vil være med å bidra til bedre samhandling mellom spesialist og kommunehelsetjenesten og at pasient og pårørende vil kjenne på trygghet i et helt forløp, også når de er ferdig med behandling.

Ta gjerne kontakt med oss om du har innspill til oss i styre for faggruppen.

Snart er det nytt år og nye arbeidsoppgaver. Vi skal slå sammen flere lokallag slik at vi er 11 lokallag til sammen. Vi har i 2022 ekstra stort fokus på lokallagene. De er hjerte i faggruppen vår.

Jeg vil ønske deg en fin høst, og en fin førjulstid når den tid kommer. Ta vare. ●

Med vennlig hilsen  
**Tanja Yvonne Alme**



**Marit Klævd**  
Ansvarleg redaktør



# 562 dager med pandemi

**T**id for årets siste tidsskrift av Kreftsyrkepleie. Håpar du har venta på det og kanskje alt har tenkt at det var lenge sidan forrige tidsskrift. Her er det berre å finne godstolen og kaffi/tekoppen, for denne gangen vart det mange artiklar og mykje kjekt lesestoff. Når eg skriv dette, har vi akkurat arrangert den 20. Landskonferansen i kreftsyrkepleie i Kristiansand med pandemiltak. Akkurat 10 dagar før Norge opna opp att, var vi 500 stk som fekk gleder av ein flott konferanse. Fekk du ikkje mulegheit til å delta i år, arrangerer vi ny konferanse i Tønsberg om 2 år. Da håpar eg at vi kan ha ein normal konferanse med mingling, sitte tett og alle ilag på festmiddagen.

## Jammen godt vi er ulike

Vi som er så heldige å jobbe med menneske, møter jo mange ulike «typar». I dette tidsskriftet vil du kunne lese om seksuell helse. Torer vi snakke om det? Eg fekk besøk av ein pasient på kontoret mitt i dag, og han torde i alle fall å snakke om det. Heilt uoppforda. Han

skulle egentlig kun innom for å sei hei, da han var på kontroll for kreften sin. Må innrømme at eg ikkje var heilt forberedt på å høyre om intime detaljar der og då. Det kom liksom litt sånn bardust på... Veka før, hadde eg ein heilt ny pasient i pakkeforløp, der vi alt etter 10 minuttar prata om psykisk helse. Han tok alle sorgene på forskudd, hadde planlagt begravelsen sin i helga, og var heilt skråsikker på at nå hadde han kreft. Heldigvis har han nok ikkje kreft, og eg kunne prøve ut Henrik Syse sin «taktikk». Sjekk ut artikkelen «Å leve med krise – midt i krisen» for å finne virkemidlet eg prøvde ut. I løpet av ei veke, ein måned eller eit år, er det mange ulike personlegheiter vi møter på via jobben vår. Men felles for dei fleste, er at dei er veldig takknemlege for den jobben vi som kreftsyrkepleiere gjer. Eg tenkte på det da vi var på landskonferansen, at her var vi 500 kreftsyrkepleiarar som alle vil det beste for kreftpasienten. Takk for den viktige jobben du gjer kvar dag.

## Ulike artiklar

Det er alltid kjekt å presentere praksisnære artiklar

i tidsskriftet. Les korleis kreftsyrkepleiarane i Tokke kommune fekk til ein pilot med desentralisert kreftbehandling. Tenkjer nok det er mange pasientar som synest det må vere herleg å sleppe å køyre alle mila til næraste sjukehus. Håpar det blir eit fast tilbod. Kan det vere ein ide for din kommune dersom det er lang reiseveg?

Sjekk ut Hverdagshjelpen, kanskje kan akkurat din kreftpasient få hjelp av dei til ulike praktiske ting, slik at pasienten din kan bruke kreftene på kjekke ting.

Impress Norge er ein stor nasjonal kreftstudie innan persontilpassa presisjonsmedisin, der ein leiter etter mutasjonar og gir behandling etter mutasjon, og ikkje etter krefttype. Studien rekrutterar pasientar frå heile landet, og tidsskriftet gir deg ein fin anledning til å få meir informasjon om studien.

Prestetenesta går nye vegar med å ansette ein sjukehus-humanist. Nei da, dei skal ikkje vere i staden for prestane, men eit tillegg. Her kan du lese om prosessen til UNN om dette.

Det er ekstra trist når barn og ungdom får kreft. Onkolog Einar Stensvold har forska på seineffektar av kreftbehandlinga til denne gruppa. Det er ikkje «berre berre» å få kreftbehandling i ung alder, og skulle leve vidare med det resten av livet.

Du kan og lese om kva ein kreftsyrkepleiar bør vite om kardio-onkologi, slik at vi tidleg kan sette inn tiltak og behandling om det er behov for det. Veit du om det er eigen kardio-onkolog på ditt sjukehus? Eg må innrømme at eg var usikker på om vi har det på Stavanger universitetssjukehus, og måtte sjekke det ut. Det har vi ikkje, men det var i planen og har blitt utsatt pga pandemien...

## 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.

Tusen takk til damene i redaksjonsutvalget, Merete Kløvning og Ingvild Rambang for masse jobb og godt samarbeid.

God lesning! ●

## RESOURCE® ULTRA

Med fokus på forbedret behandlingsresultat



**Resource® 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® Ultra finnes i fire gode smaker og to ulike format – 125 og 200 ml.

Resource® 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





Illustrasjon: Shutterstock

# Tør vi snakke om det?



## Anita Paulsen

Spesialsykepleier/Sexologisk rådgiver/PhD kandidat i LETSGO studien, Sørlandet Sykehus HF

## Sykepleiere står i en unik posisjon til å ta opp seksuell helse i møte med kreftpasienten.

I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er seksuell helse «en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velbefinnende i forhold til seksualitet; ikke kun fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse [...]» (1). Med det signaliserer de en seksualpositiv holdning og sier at den seksuelle helsen kan være god til tross for at man er rammet av sykdom, som for eksempel kreft.

Videre sier WHO at seksualitet:

- ikke er det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme
- er en integrert del av ethvert menneskes personlighet
- er et grunnbehov
- finnes i den energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet og at den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører andre og selv blir berørt
- handler om å være sensuell, så vel som å være seksuell

- påvirker våre tanker, følelser, handlinger, og vårt samspill med andre mennesker (1)

Seksualiteten handler altså om noe mer enn det fysiologiske og rent mekaniske, om noe mer enn selve *sexen*. Også det sosiale og psykologiske aspektet hører med, for eksempel hvordan man har det med seg selv, i sitt parforhold, opplevelsen av seg selv som sensuell og sitt kroppsbilde (2) for å nevne noe. Dette er noe vi som arbeider klinisk ofte må forklare pasientene. Seksualitetsbegrepet knyttes ofte til en handling, noe vi *gjør*. Men det er bredere og knyttes også til den vi *er* og til hva vi *føler*. Ettersom effektivitetskravene i helsevesenet øker er det viktigere enn noen gang at den enkelte sykepleier tar ansvar for å informere og veilede pasienter om seksuell helse. I dag vet vi hvorfor sykepleiere ikke tar opp seksuell helse i møte med pasienter (2). Dette er informasjon og veiledning som etterspørres av pasienter i alle ledd av kreftforløpet.

← Sykepleiere står i en unik posisjon til å informere og veilede om seksuell helse. De har gjerne mer tid sammen med pasienten, og er vant med å snakke om andre tema som kan være intime, sårbare eller tabubelagte. Dette er erfaringer som kan brukes når man skal tilnærme seg seksualitet og seksuelle komplikasjoner.

### Seksuelle komplikasjoner etter behandling

Utfordringer knyttet til seksualitet er vanlig hos pasienter som er diagnostisert med kreft. Komplikasjonene avhenger av hvor sykdommen er lokalisert, hvilket stadium sykdommen har nådd når den oppdages, men mest av alt er komplikasjonene avhengig av behandlingen som gis. Etter kirurgi, kjemoterapi og strålebehandling er det vanlig at pasientene sliter med rent kroppslige endringer som smerter, arrdannelse, hormonelle forandringer, over eller undervekt, kvalme, hårfall, skader på kar, nerver, hud og andre organer. Men også tretthet/fatigue, endret kroppsbilde, endret selvfølelse, opplevelsen av en ny rolle og nedsatt livskvalitet generelt kan være senskader som påvirker seksualiteten. Nedsatt lyst og funksjon som gir ereksjonssvikt, sviktende lubrikasjon, inkontinens, smerter ved samleie er derfor vanlige utfordringer etter behandling for kreft (2, 3).

### Vi vet hvorfor sykepleiere ikke spør

I dag vet vi hvorfor sykepleiere ikke tar opp seksuell helse i møte med pasienter. De oppgir at de mangler kunnskap og verktøy, at de synes det er flaut å snakke om, at det ikke er deres ansvar eller at de ikke har nok tid og ressurser (4-6). Støtte og positiv holdning fra ledere er også viktig dersom man skal få til endring (7). I LETSGO studien, *Lifestyle and Empowerment Techniques in Survivorship of Gynecologic Oncology*, har vi sørget for at mye av det som etterspørres er på plass (se tekstboks). Vi må fortsatt vente noen år før vi har resultatene, men vi håper at vår studie vil bidra til å finne ut om sykepleiere kan ha en viktig rolle i den seksuelle rehabiliteringen etter behandling for gynekologisk kreft. Dette vil i så fall ha stor overføringsverdi til alle typer kreft.

### Kjenn til fordelene og ta ned ambisjonsnivået

For mange kreftpasienter er seksualitet noe som gir økt livskvalitet og studier viser at pasienter og deres partnere ønsker informasjon om hvordan kreftbehandlingen kan påvirke den seksuelle helsen. Og de ønsker og forventer at det er sykepleiere og annet helsepersonell som skal ta initiativet til en slik samtale (2).

Det å ha god seksuell helse er assosiert med mange fordeler.

For eksempel ser man at pasienter som rapporterer at de er fornøyd med seksuallivet sitt rapporterer lavere grad av depresjon. Ved seksuell opphisselse og spesielt orgasme produserer man hormonet Oksytocin som virker avslappende og kan fremme søvn. En annen fordel er at man ved å ta det opp signaliserer vitalitet, håp og glede, noe som kan bidra til å dempe bekymring og angst (2)

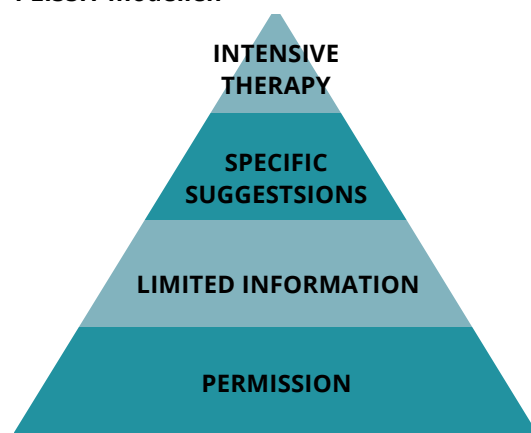
Tekstboks

### LETSGO STUDIEN

Studien startet i november 2019 og 700 pasienter som er behandlet for gynekologisk kreft, fordelt på 12 sykehus i Norge, skal inkluderes. I løpet av tre år skal fem sykehus endre kontrollopplegget for denne pasientgruppen, mens syv sykehus vil gjøre som før. Ved de fem sykehusene som gjør endringer vil blant annet sykepleier erstatte lege i halvparten av konsultasjonene. Per i dag er det knyttet flere doktorgradprosjekter til LETSGO studien. I den ene skal vi blant annet se på hva slags erfaring pasientene har med temaet seksuell helse i oppfølgingen. Vi skal også se på hva slags erfaringer sykepleierne som følger opp pasientene har med å ta opp temaet. Disse sykepleierne har på forhånd gjennomgått e-læringsmoduler, et to-dagers kurs der seksuell helse var et av flere tema, samt årlige oppfølgingskurs. De har også mulighet for veiledning underveis i studien.

(Internett) UiA. Om LETSGO Kristiansand2019 (hentet 2019-0901) [Available from: <https://www.uia.no/om-uia/fakultet/fakultet-for-helse-og-idrettsvitenskap/forskningsprosjekter/letsgo/om-letsgo>].

### PLISSIT modellen

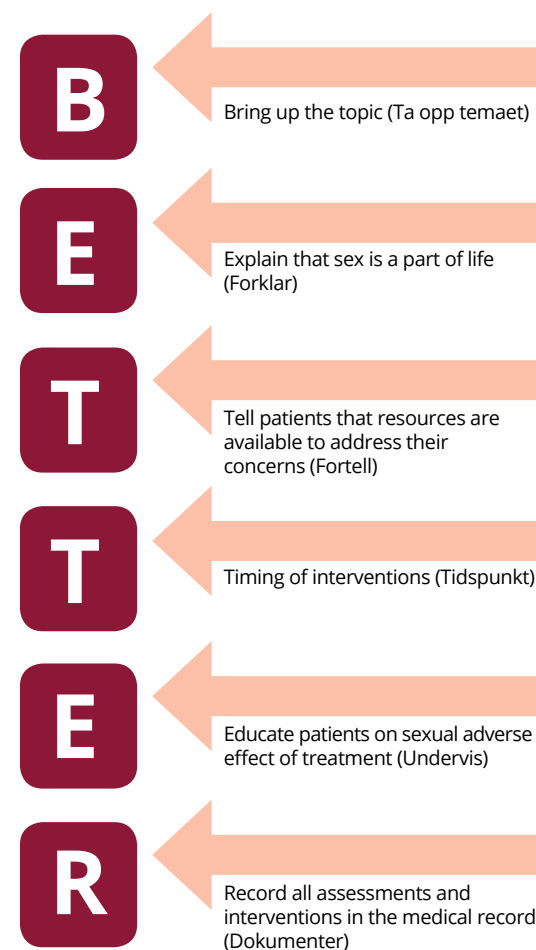


Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1976;2(1):1-15.

Det å snakke om seksuell helse må ikke gjøres så komplisert. Som kollega, klinisk spesialist og sexologisk rådgiver (NACS) Trude Langhelle sier når hun underviser helsepersonell: «Vi må ta ned ambisjonsnivået!». Med det menes det ikke at vi ikke skal ta på alvor alle de barrierer og hindringer som oppgis som grunn. Vi må bare ikke gjøre det vanskeligere enn det er. Og vi må ta inn at det faktisk er vårt ansvar. Gjennom våre yrkesetiske retningslinjer forplikter vi oss til å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (8). Dette innebærer at også seksuell helse inkluderes i møte med kreftpasienten.

For noen kan modeller og sjekklister være nyttige verktøy.

### BETTER modellen



Mick J, Hughes M, Cohen MZ. Using the BETTER Model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs*. 2004;8(1):84-6.

### PLISSIT eller BETTER?

Seksuell helse bør være en del av sykepleieprosessen og inngå i datasamlingen (2). ESSM Manual of Sexual Medicine har utviklet *Brief Sexual Symptom Checklist*, som er et verktøy som brukes for å sjekke ut om pasienten er fornøyd med sin seksualfunksjon. Dersom de svarer nei, går man videre til å spørre hvor lenge dette har forekommet, hva slags problem det er, hvilket problem som er mest fremtredende og om pasienten ønsker å prate om det (9).

Det finnes ulike modeller for å kommunisere om seksuell helse. PLISSIT-modellen er trolig den mest kjente (10). PLISSIT-modellen er delt inn i fire trinn. Det første trinnet *Permission (P)*, eller *tillatelse*, er viktig. Det er her det gis tillatelse til å snakke om temaet. Det innebærer at pasienten får en tydelig opplevelse av at seksualitet og seksuell helse er naturlige samtaleemner i behandlingen og oppfølgingen. Modellens andre trinn er *Limited Information (LI)*, eller *begrenset informasjon*. Her gis det mer konkret informasjon om temaet og forutsetter at sykepleier har tilegnet seg basal kunnskap om mulige konsekvenser av behandlingen (11). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan bør alle som jobber med pasienter kunne ta opp to nederste nivåene i PLISSIT-modellen (12). Nivå tre i PLISSIT-modellen er *Specific suggestions (SS)* eller *spesifikke forslag*. På dette nivået gis det konkrete forslag og handlingsmuligheter som tar utgangspunkt i en grundig kartleggingsamtale. På dette nivået arbeider ofte sexologisk rådgiver (13). Det fjerde og siste nivået er *Intensive therapy (IT)* eller *intensiv terapi* og viser til at det er behov for terapi rettet mot komplekse sexologiske problemstillinger. Ofte vil det være en lege eller psykolog med spesialkompetanse innen sexologi som yter helsehjelp på dette nivået.(3).

De siste årene har modellen BETTER, utviklet av Mick, Hughes og Cohen (14) blitt trukket mer inn i kreftomsorgen – og mange finne den mer hensiktsmessig i møtet med kreftpasienter (15). BETTER er akronymer. *Bring up the topic* (Ta opp temaet) innebærer å ta initiativ til å snakke om seksualitet.

*Explain that sex is a part of life* (Forklar) innebærer å forklare at seksualiteten er en vesentlig del av helsen vår.

*Tell patients that resources are available to address their concerns* (Fortell) innebærer å informere pasienten om hva som finnes av behandling knyttet til deres utfordring.

## Gjennom våre yrkesetiske retningslinjer forplikter vi oss til å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Dette innebærer at også seksuell helse inkluderes i møte med kreftpasienten.

◀..... *Timing of interventions* (Tidspunkt) vektlegger at det er viktig å tilby informasjon og rådgivning når det passer pasienten.

*Educate patients on sexual adverse effect of treatment* (Undervis) innebærer å gi pasienten tilgjengelig informasjon, skriftlig og muntlig, om hvordan akkurat deres sykdom og behandling kan påvirke den seksuelle helsen.

*Record all assessments and interventions in the medical record* (Dokumenter) innebærer å dokumentere hva som er informert om og hva slags hjelp pasienten er tilbudt eller får. (14, 15)

Det finnes også andre liknende modeller, som for eksempel ALARM, PLEASURE eller ExPLISSIT (3).

Modeller og sjekklister er ikke nok alene. Det handler i stor grad også om *hvordan* man kommuniserer.

### Hvordan man kommuniserer

Mange har erfart at det er viktig å tilpasse språket. Pasientens alder er ingen hindring for å informere om seksuell helse. Det er viktig å ikke gå i «antagelsesfellen». I Helsedepartementets rapport *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*, vektlegger at seksualitet er viktig i alle livets faser og bidrar til god livskvalitet (12).

Når man skal kommunisere om seksuell helse er det viktig å finne noe «man kan hekte det på» og stille åpne spørsmål (3). Start for eksempel spørsmålene med «*Vi vet at mange som har vært gjennom den behandlingen du har, kan slite med tretthet og det kan gå utover lysten på sex. Kan du si litt om hvordan dette er for deg?*» Videre er *aktiv lytting* viktig (3). Det vil si at man både verbalt og nonverbalt signaliserer at man lytter og er mentalt til stede. Det er også viktig å sjekke ut det som ble sagt blir forstått. La derfor gjerne pasienten oppsummere underveis. Forklar hva du mener med seksual[1]itet: «*Når jeg snakker om seksualitet snakker jeg også om det som ikke handler om samleie*». Mange beskriver at de opplever at de

kan senke skuldrene når de får kunnskap om at det de synes er vanskelig er vanlig. Validering har derfor stor betydning (3). Også dette er noe sykepleiere som møter kreftpasienter har erfaring med på andre områder.

### Husk på partner

For mange kan det være viktig å inkludere partner. Det har vært en utfordring under koronapandemien, fordi mange ikke har fått ha med sine pårørende. Det er verdtifullt at begge hører det samme. Det er ikke uvanlig at man unngår å prate om de seksuelle utfordringene som kan oppstå i forbindelse med sykdom og behandling (13). Dersom parseksualiteten har blitt utfordrende kan man oppfordre til at paret tar vare på intimiteten og kroppskontakten ved å holde rundt hverandre og være nære hverandre på andre måter. For mange kan det være nyttig å reorientere seg og sykepleier kan da bidra med å informere om hvordan dette kan gjøres. Det kan også være lurt å informere om at det ikke er sikkert det blir som før, men at det likevel kan bli veldig bra. På den måten formidler man håp. Man må samtidig være våken – og ha stor respekt – for de endringer kreftbehandlingen kan påføre, ikke bare fysisk, men også psykisk og sosialt.

### Hjelpemidler og samarbeidspartnere

Pasienter som går eller har gjennomgått behandling for kreft har rett på seksualtekniske hjelpemidler. Det er hjelpemidler som bidrar til å bedre seksualfunksjon og man kan få økonomisk støtte til disse (16). Pasienten bør få god skriftlig og muntlig informasjon om hjelpemidlet. Og følges opp når de har forsøkt noen ganger. Quintet har de siste årene laget gode brukerveiledninger til deres hjelpemidler (17).

Mange kan også ha god nytte av å henvises til fysioterapeut og lære mer om bekkenbunnen og øvelser for å forsterke bekkenbunnen både med og uten hjelpemidler. Et par kan ha behov for parterapi eller en samtale med Kreftkoordinator i kommunen.

Alle som går gjennom kreftbehandling, bør få tilbud

om samtale med sexologisk rådgiver. Dette fremkommer også i nye retningslinjer for kreft. Også er det opp til den enkelte å takke nei. I dag skjer dette dessverre ikke systematisk. Det er heller ikke mulig, fordi det ikke er tilgang på sexologiske rådgivere alle steder. De sexologiske rådgiverne finnes, men det må legges til rette for stillinger. For mange pasienter vil det likevel holde at den enkelte sykepleier tar ansvar for at de nederste trinne av PLISSIT modellen dekkes, nemlig å gi tillatelse og gi noe informasjon (11). ●

### REFERANSER

- (WHO). World Health Organization. Sexual and reproductive health: defining sexual health 2006a [cited 2021 01.09]. Available from: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>.
- Reisman Y, Gianotten WL. Cancer, intimacy and sexuality: A practical approach: Springer; 2017.
- Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Sexologi : faglige perspektiver på seksualitet. 1. udgave. ed. København: Munksgaard; 2019.
- Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust.* 2007;186.
- Reese J, Sorice K, Beach M, Porter L, Tulsy J, Daly M, et al. Patient-provider communication about sexual concerns in

cancer: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship.* 2017;11(2):175-88.

- Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, Abernethy AP, Lin L, Shelby RA, et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-Oncology.* 2012;21(6):594-601.
- Røkholt G, Davidsen L-S, Johnsen HN, Hilli Y. Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sykeplejeforskning.* 2017;7(3):195-208.
- Sykepleierforbund N. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2019.
- Reisman Y, Porst H, Lowenstein L, Tripodi F, Kirana P. The ESSM manual of sexual medicine. Amsterdam: Medix. 2015.
- Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy.* 1976;2(1):1-15.
- Langhelle TH, Paulsen A, Fredly K, Sekse RJT. Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. Oslo2021. p. e-83207.
- Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
- Langhelle TH, Paulsen A, Fredly K, Sekse RJT. Slik arbeider sexologiske rådgivere. Oslo2021. p. e-83187.
- Mick J, Hughes M, Cohen M. Sexuality and cancer: How oncology nurses can address it BETTER. *Oncology nursing forum.* 2003;30:152-3.
- Blikstad A, Falch-Koslund L, Tschudi-Madsen C. Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. Oslo2020. p. e-81922.
- NAV. Hjelpemidler for seksuallivet [Available from: [https://www.hjelpemiddeldatabasen.no/news.asp?newsid=3975&x\\_newstype=7](https://www.hjelpemiddeldatabasen.no/news.asp?newsid=3975&x_newstype=7)].
- Quintet. 2021 [Available from: <https://quintet.no>].



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



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

## Montebello senteret 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. Familekurs 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.

Montebello senteret  
Kurstedvegen 5, 2610 Mesnali





Foto: Shutterstock

## IMPRESS-NORWAY

# Nasjonal kreftstudie innen persontilpasset presisjonsmedisin

Kreftbehandling i Norge og resten av verden er inne i et spennende paradigmeskifte – i de kommende årene vil behandlingsvalg i økende grad tas på bakgrunn av hvilke molekulære avvik svulsten har, og ikke lenger bare ut fra hvilket organ svulsten oppstod i. Slike molekulære avvik kalles mutasjoner.



**Sigmund Brabrand**

Studielege Oslo universitetssykehus



**Åsmund Flobak**

Studielege St. Olavs hospital



**Pitt Niehusmann**

Studielege Oslo universitetssykehus



**Åslaug Helland**

Overlege Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus

**I**MPRESS-Norway er en stor nasjonal kreftstudie innen persontilpasset presisjonsmedisin hvor vi prøver ut målrettede legemidler basert på mutasjoner. Medisinene vi bruker er allerede godkjente for bestemte krefttyper, og i IMPRESS-Norway kan vi prøve disse medisinene på nye pasientgrupper med andre krefttyper enn medisinen allerede er godkjent for – om den molekulære profilen stemmer med medisinen. Studien er åpnet for inklusjon i år. Alle pasienter med avansert kreftsykdom som allerede har gjennomgått standard behandling, og som ønsker og tåler ytterligere behandling, er aktuelle for studien.

### Innledning

Kreftutvikling har sitt opphav i DNA-skader (ofte mutasjoner). Mutasjonene medfører molekulære endringer i cellens interne signalveier med ukontrollert cellevekst som resultat. De senere årene er det utviklet kraftige verktøy for kartlegging av slike molekulære endringer, såkalt neste generasjons sekvensering (NGS), som har gitt oss avgjørende innsikt i mekanismene bak kreftutvikling og kreftcellenes molekulære profil hos den enkelte pasient. Slike molekulære profiler varierer ofte mye mellom pasienter, selv om de har samme krefttype. Og motsatt: i mange tilfeller finner man også at de molekulære endringene som driver kreftsykdommen hos en pasient med en bestemt krefttype, f.eks. lungekreft, kan ligne de endringene man finner hos en pasient med en annen krefttype, f.eks. blærekreft. Dette innebærer at vi nå ser om kreftformer skal grupperes sammen på helt nye måter, hvor det er kreftsykdommens molekulære profil hos den enkelte

pasient som avgjør hvilken behandlingsgruppe man tilhører – persontilpasset behandling.

### Hvem retter studien seg mot?

Alle de norske helseforetakene med kreftavdeling deltar i IMPRESS-Norway og studien vil rekruttere pasienter fra hele landet. Det planlegges foreløpig at 17 sykehus skal være åpne for inklusjon. Omtrent halvparten av disse er allerede åpnet, mens resten planlegger åpning i løpet av høsten.

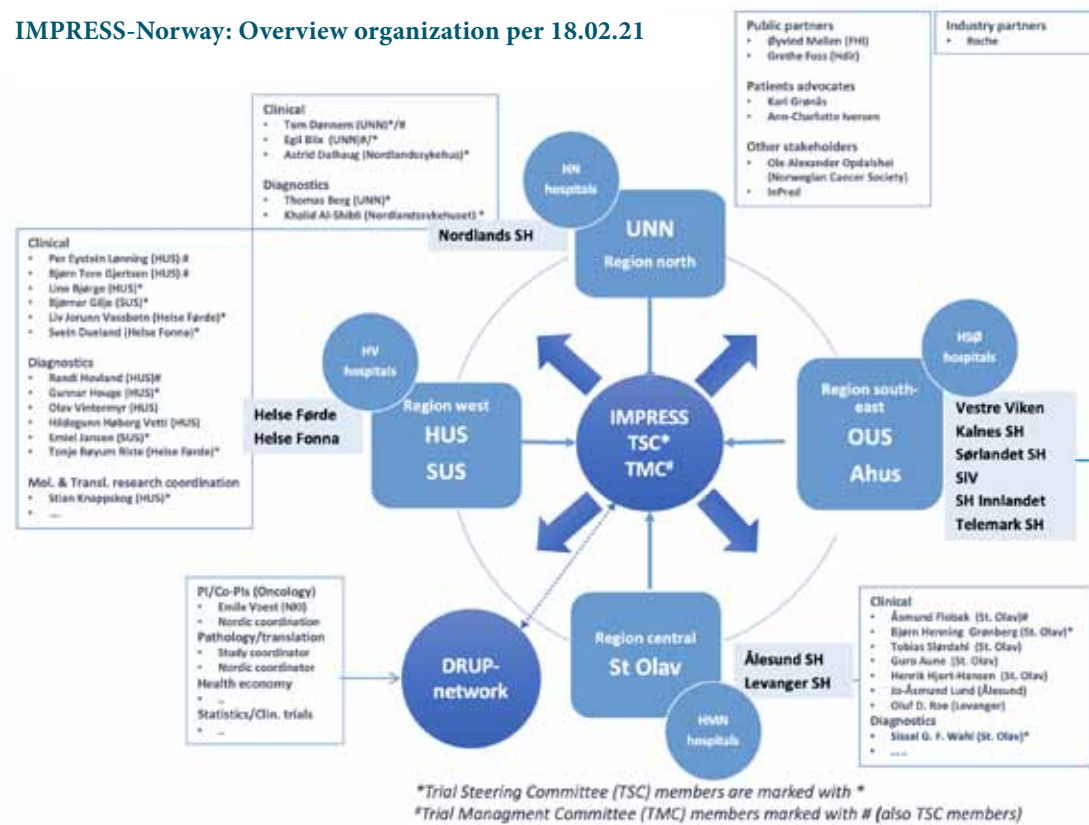
Alle pasienter med avansert kreftsykdom som ikke forventes å ha nytte av ytterligere standard behandling eller der det ikke er mer standard behandling å tilby, er aktuelle for deltakelse i IMPRESS-Norway. Deltakerne vil som oftest bli rekruttert til studien gjennom behandlende onkolog ved sitt lokalsykehus. Inklusjonskriteriene innebærer blant annet at pasienten må være i tilfredsstillende allmenntilstand (ECOG 2) og at det foreligger svulstvev tilgjengelig for analyse (alternativt kan en blodprøve benyttes). Vi forventer å inkludere ca 200-500 pasienter i året.

### Avansert molekulær diagnostikk av kreftcellene

Svulstvevet vil bli analysert med utvidet molekulær diagnostikk som innebærer analyse av 500 gener (TSO500). I første omgang gjøres disse analysene nasjonalt ved Oslo Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus, men innen utgangen av 2022 er planen at analysene skal kunne utføres ved alle universitetssykehusene i Norge. Lik tilgang til presisjonsdiagnostikk og behandling er sentralt i norsk helse- ➔



IMPRESS-Norway: Overview organization per 18.02.21



MUTASJON

En mutasjon er en endring i arvematerialet, altså i vårt DNA. I arvematerialet ligger genene våre, og ca 20.000 av genene koder for proteiner. Endringer i arvematerialet vil være endringer i oppskriften på proteinene, og dermed vil mutasjoner medføre at også proteinene kan endres. Slike endringer kan være store endringer, hvor deler av arvematerialet er flyttet fra et gen til et annet (translokasjon), og hvor dermed to ulike proteiner kan smelte sammen til et nytt protein (fusjon). Endringene kan også være kjemisk sett små endringer, hvor en enkelt aminosyre i et protein er byttet ut med et annet (punktmutasjon). For noen slike små endringer kan likevel konsekvensen være stor: Vekstfaktorreseptorer på celleoverflaten kan f.eks låses i former hvor de konstant sender signaler til cellen som om det skulle være et veksthormon utenfor cellen, selv om det ikke er det. For noen mutasjoner har vi i dag medisiner som målrettet blokkerer proteiner som er påvirket av mutasjonen, og det er disse mutasjonene vi leter etter i IMPRESS-studien.

National Cancer Institute, Unsplash.com

vesen. Tilbud om utvidet molekylær diagnostikk til alle norske kreftpasienter krever derfor store økonomiske ressurser og økt personell med spesialkompetanse. Ved hjelp av øremerkede midler på over 70 MNOK fra de regionale helseforetakene og med bevilgning fra Helse- og Omsorgsdepartementet, arbeides det nå med å etablere en nasjonal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk for kreftpasienter (Nasjonal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk, kalt InPreD).

**Multidisiplinært molekylært MDT-møte**

Når den molekylære profilen til pasientens kreftceller foreligger, vil resultatene bli diskutert i et nasjonalt molekylært multidisiplinært team-møte (mol-MDT-møte) bestående av spesialister fra ulike fagfelt som molekylær biologi, bioinformatikk, medisinsk genetikk, onkologi og patologi, og behandlende lege. Dersom analysene viser at pasienten har molekylære endringer som kan behandles med målrettet behandling, vil mol-MDT-møtet gi en anbefaling om inklusjon i IMPRESS-Norway eller en annen pågående klinisk studie. Mol-MDT-møtet er en viktig nasjonal arena for å løfte kompetansen innen norsk kreftomsorg.

**Medikamenter**

Behandlingen i IMPRESS-Norway består av målrettede medikamenter eller kombinasjoner av slike som har godkjenning i Europa (EMA) og/eller i USA (FDA). Medikamentene brukes utenfor godkjent indikasjon, basert på kreftcellenes molekylære profil hos den enkelte pasient. Studien er avhengig av et offentlig-privat samarbeid med farmasøytiske selskaper som bidrar med legemidler kostnadsfritt. IMPRESS-Norway er i kontinuerlig dialog med flere farmasøytiske selskaper og har foreløpig avtale med Roche og Novartis som til sammen per i dag bidrar med 10 legemidler. Flere legemidler er forventet inn i løpet av høsten 2021. Siden det er allerede utprøvd og godkjente medisiner som brukes i studien, vil bivirkningene være godt kjent, og medisinene kan derfor i stor grad gis som andre vanlige medisiner, enten som tabletter eller som infusjoner.

**Kohorter**

Pasienter som inkluderes i IMPRESS-Norway vil bli allokert til behandlingsgrupper (kohorter) basert på molekylær profil, kreftdiagnose og legemiddel. Hver

kohort vil inkludere først åtte pasienter. Dersom en eller flere pasienter har effekt av behandlingen vil ytterligere 16 pasienter bli inkludert. En kohort er positiv dersom fem eller flere av totalt 24 pasienter oppnår effekt, og vil danne utgangspunkt for videre oppfølgingsstudier. Primære endepunkt i studien er sykdomskontroll etter 16 ukers behandling og andelen pasienter henvist til molekylær kreftdiagnostikk som får behandling i studien. I tillegg er det definert flere sekundære endepunkt, som vil bidra til å øke vår forståelse av presisjonsmedisin i kreftbehandling.

**Nasjonalt og internasjonalt samarbeid**

IMPRESS-Norway, InPreD og innføring av presisjonsmedisin i Norge fordrer nye rammer for offentlig-privat samarbeid og involverer aktører som blant annet legemiddelindustri, helsemyndigheter, godkjenningsorganer for utprøvende behandling, sykehus og pasientorganisasjoner. En plattform for slikt samarbeid er nå dannet gjennom konsortiet CONNECT som organiseres av Oslo Cancer Cluster. Et internasjonalt nettverk av studier innen presisjonsmedisin med samme design

som IMPRESS-Norway er satt i gang eller planlegges startet i en rekke land i Europa, inkludert Nederland (DRUP), Danmark (ProTarget), Sverige (MEGALIT) og Finland (FIN-PROVE). Det planlegges et utvidet samarbeid for å kunne samle kliniske data på tvers av disse studiene, for å få vite mer om effekt av behandling også på krefttyper med sjeldne mutasjoner.

**Nasjonal satsing for norske kreftpasienter**

IMPRESS-Norway representerer en banebrytende nasjonal satsing som skal komme alle landets kreftpasienter til gode. Prinsippet er at alle norske kreftpasienter skal ha lik tilgang på molekylær testing av kreftcellene, og dermed også like muligheter for å kunne tilbys personilpasset behandling. Imidlertid vil mange pasienter ha en molekylær profil som per i dag ikke er tilgjengelig for målrettet terapi, og disse vil derfor ikke kunne tilbys behandling i IMPRESS-Norway. Håpet er likevel at dagens satsing vil kunne øke antallet kliniske kreftstudier i Norge og identifisere nye behandlingsmål og prinsipper som kan forbedre fremtidens kreftbehandling. ●



# OPDIVO + YERVOY

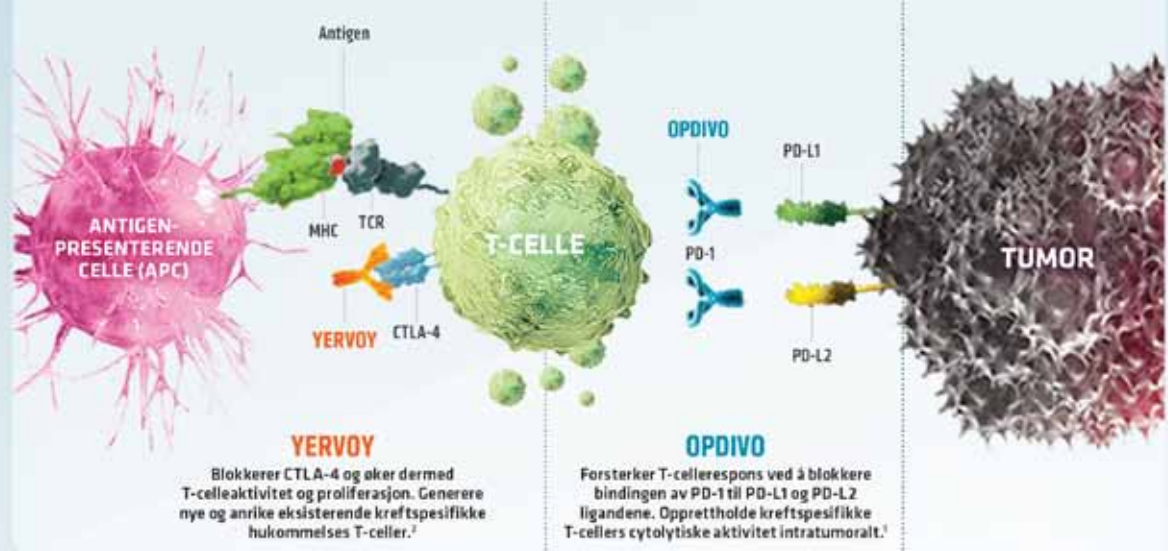
## ved avansert melanom og nyrecellekarsinom\*

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

#### T-CELLEAKTIVERING OG PROLIFERASJON

#### PD-1 RESEPTOR BLOKADE

#### TUMORREGRESJON



### \* NYRECELLEKARSINOM (RCC)

OPDIVO i kombinasjon med YERVOY er indisert som første linjebehandling av voksne pasienter med Intermedier/høy risiko avansert nyrecellekarsinom.

### 1 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 progressjonsfri overlevelse (PFS) og total overlevelse (OS) hos pasienter med lav PD-L1-ekspressjon i tumor.

- 1 OPDIVO SPC, kap 4.1, 4.2, 4.4, 4.8, 5.1, godkjent 23.01.2020.
- 2 YERVOY SPC, godkjent 20.03.2020.



OPDIVO er indisert som monoterapi eller i kombinasjon med YERVOY for behandling av avansert melanom hos voksne. Sammenlignet med nivolumab som monoterapi gir kombinasjonen av nivolumab med ipilimumab en økning i progressjonsfri overlevelse (PFS) og total overlevelse (OS) hos pasienter med lav PD-L1-ekspressjon i tumor. OPDIVO i kombinasjon med YERVOY er indisert som første linjebehandling av voksne pasienter med Intermedier/høy risiko avansert nyrecellekarsinom.

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

**Indikatorer**

| Melanom (avansert eller adjuvant behandling)  | Avansert prosyre og Intermedier/høy risiko  |
|---|---|
| 240 mg hver 2. uke i løpet av 30 minutter eller 480 mg hver 4. uke i løpet av 60 minutter | 240 mg hver 2. uke i løpet av 30 minutter eller 480 mg hver 4. uke i løpet av 60 minutter |
| Intermedier/høy risiko (nivolumab)  | 240 mg hver 2. uke i løpet av 30 minutter   |
| Intermedier/høy risiko (ipilimumab)   | 240 mg hver 2. uke i løpet av 30 minutter   |
| Intermedier/høy risiko (nivolumab og ipilimumab)  | 240 mg hver 2. uke i løpet av 30 minutter   |

Dersom pasienter med melanom eller RCC må bytte fra behandling med 240 mg hver 2. uke til behandling med 480 mg hver 4. uke, bør de første doseene på 480 mg administreres 7 dager etter siste dose på 240 mg. Dersom pasienter må bytte fra behandling med 480 mg hver 4. uke til behandling med 240 mg hver 2. uke, bør de første doseene på 240 mg administreres 7 dager etter siste dose på 480 mg hver 4. uke.

**Nivolumab** 1 mg/kg i løpet av 90 minutter

**Yipilimumab** 3 mg/kg i løpet av 90 minutter

**Kombinasjonsdose, hver 1. uke i 4 doseringscykluser**

| Nivolumab                      | Yipilimumab                    | Monoterapi  |
|--------------------------------|--------------------------------|---|
| 1 mg/kg i løpet av 90 minutter | 3 mg/kg i løpet av 90 minutter | 240 mg hver 2. uke i løpet av 30 minutter eller 480 mg hver 4. uke i løpet av 60 minutter |

Behandlingssikkerhet og behandlingsmodus/forvar ved monoterapi eller kombinasjonsbehandling: Behandlingen er enten som monoterapi eller i kombinasjon med nivolumab. Før behandling bør forhåndsutført blodprøve utføres. Før monoterapi bør forhåndsutført blodprøve utføres. Før kombinasjonsbehandling bør forhåndsutført blodprøve utføres. Før kombinasjonsbehandling bør forhåndsutført blodprøve utføres. Før kombinasjonsbehandling bør forhåndsutført blodprøve utføres.

**Immunrelaterte bivirkninger**

**Uønskede effekter (DRG-CTCAE v11)**

**Behandlingsmodus**

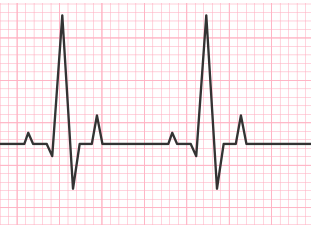
| Gradvise | Behandlingsmodus  |
|----------|---|
| Grav 1   | Uønsket dose(n) med symptomene som tilhører og behandling med kortikosteroider i fullt. |
| Grav 2   | Uønsket dose(n) med symptomene som tilhører og behandling med kortikosteroider i fullt. |
| Grav 3   | Uønsket dose(n) med symptomene som tilhører og behandling med kortikosteroider i fullt. |
| Grav 4   | Uønsket dose(n) med symptomene som tilhører og behandling med kortikosteroider i fullt. |
| Grav 5   | Uønsket dose(n) med symptomene som tilhører og behandling med kortikosteroider i fullt. |
| Grav 6   | Uønsket dose(n) med symptomene som tilhører og behandling med kortikosteroider i fullt. |

Pasienter skal overvåkes for tegn på symptomene som er nevnt eller rapportert. De fleste pasientene har symptomene som er nevnt innen 30 dager etter start på behandling. Avansert melanom og Intermedier/høy risiko avansert nyrecellekarsinom (nivolumab og YERVOY) er indisert som første linjebehandling av voksne pasienter med Intermedier/høy risiko avansert nyrecellekarsinom. OPDIVO i kombinasjon med YERVOY er indisert som første linjebehandling av voksne pasienter med Intermedier/høy risiko avansert nyrecellekarsinom.

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

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

## Hva bør en kreftsykepleier vite om



# kardio-onkologi?



### Lege Albulena Mecinaj

Hjertemedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus, Lørenskog og Universitet i Oslo.



### Overlege Geeta Gulati

Hjertemedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Oslo. Forskning og innovasjonsavdelingen, Akershus universitetssykehus, Lørenskog og Universitet i Oslo.

### Intro

Det diagnostiseres flere krefttilfeller enn før, i 2020 var det 294 000 menn og kvinner som har hatt kreft eller som lever med kreft i Norge (1). Stadig flere blir friske grunnet moderne diagnostikk og behandling. Med økt antall kreftoverlevende blir også bivirkninger av kreftbehandlingen mer synlig. Bivirkningene kan oppstå under eller etter endt behandling og kan ramme alle organer i kroppen, inkludert hjertet.

Det er en økende bekymring at kardiovaskulære bivirkninger kan føre til morbiditet og prematur mortalitet hos kreftoverlevende (2). I denne artikkelen vil vi fokusere på hva kardio-onkologi er, og de viktigste bivirkningene av kreftbehandlingen.

### Hva er Kardio-Onkologi?

Ulike typer kreftbehandling kan føre til ulike typer av hjerteskaade. Dette har det blitt mer fokus på og har gitt opphav til fagfeltet kardio-onkologi. Kardio-onkologi består av et samarbeid mellom kardiologer og onkologer med mål om å kunne gi best mulig kreftbehandling med minst mulig hjerteskaade. Dette gjøres ved å forebygge,

oppdage og behandle hjerteskaade så tidlig som mulig under og etter kreftbehandlingen (Figur 1).

### Kardiotoksitet

Risikoen for å få hjerteskaade, eller *kardiotoksitet*, er relatert til type kreftmedikament, dose, administrasjonsmetode og underliggende risikofaktorer hos pasienten (Figur 2). Risikofaktorene består av kardiovaskulær sykdom, generell kardiovaskulær risiko som høyt blodtrykk, dyslipidemi, diabetes, fedme og røyking i tillegg til genetikk og alder.

Generelt sett kan vi dele de kardiotoksiske bivirkningene i følgende:

### Hjertesvikt

Hjertesvikt er en av de vanligste typene hjerteskaade. Med hjertesvikt menes at pumpefunksjonen til hjertet blir dårligere og dette kan gi symptomer som tung pust og hevelse i bena. De vanligste kreftmedisinene som gir hjertesvikt er antrasyklin og Human Epidermal Growth Factor Receptor (HER) 2 rettet behandling som trastuzumab (3). Hos



Illustrasjon: Shutterstock

voksne brukes antrasyklin hyppigst hos pasienter med blod- eller brystkreft. HER-2 rettet behandling gis oftest til personer med brystkreft. Pasienter med høy kardiovaskulær risiko og planlagt behandling med antrasykliner bør bli undersøkt av kardio-onkolog eventuelt kardiolog med blant annet hjerteultralød. Alle som får HER-2 rettet behandling skal etter onkologiske retningslinjer måle hjertefunksjonen, helst med hjerteultralød, hver 3 måned. Kreftsykepleiere bør være oppmerksomme på utvikling av hjertesviktsymptomer og ta kontakt med lege ved mistanke. Pasientene bør informeres om at symptomene kan oppstå flere år etter endt behandling.

### Myokarditt

Sjekkpunkthemmere har revolusjonert behandlingen innenfor de alvorlige krefttypene som lungekreft og malignt melanom. I sjeldne tilfeller kan denne behandlingen gi myokarditt (hjertemuskelbetennelse) og perikarditt (hjerterposebetennelse) (4). Myokarditt er en alvorlig bivirkning med høy mortalitet hos denne pasientgruppen. Symptomer kan ofte være typiske som brystmerter og dyspne, men også vage som fatigue. Ved mistanke må man ta hjerteblodprøven troponin og er denne forhøyet må man konferere kardiolog, gjerne en kardio-onkolog.

### Koronarsykdom

Fluorouracil er den andre mest administrerte typen kjemoterapi, og brukes blant annet i behandlingen av tarmkreft. Fluorouracil kan gis som en rask bolus (FLV (fluorouracil og kalsiumfolinat)), lang infusjon (FOLFLOX (fluorouracil, oksaliplatin og kalsiumfolinat)) eller i tablettform (capecitabine). Av kardiovaskulære bivirkninger, er fluorouracil mest assosiert med redusert blodforsyning til hjerteårene (5). Dette gir *myokardiskemi*, ofte på grunn av blodårespasme. Dersom blodforsyningen blir markant nedsatt kan pasienten få hjerteinfarkt. Symptomene på myokardiskemi og hjerteinfarkt er brystmerter med eller uten forandringer på elektrokardiogram (EKG). Symptomene kan komme under kreftbehandlingen eller etter flere dager. Dersom disse pasientene får brystmerter, bør de undersøkes akutt med EKG og blodprøver for å utelukke akutt hjerteinfarkt. Etter undersøkelse av hjerteårene for å utelukke trombe i karet, kan man gi spasmeforebyggende medisiner som langtidsvirkende nitroglycerin og kalsiumantagonist under kreftbehandlingen.

Andre kreftmedisiner kan føre til hjerteinfarkt i tidligere alder fordi de fremskynder den aterosklerotiske prosessen. Cisplatin, vaskulær endotelial vekstfaktor (VEGF) hemmere og strålebehandling er eksempler på dette. Pasienter som får behandling med disse medikamentene bør informeres om at de bør ha lav terskel for å kontakte lege dersom de opplever tung pust eller brystmerter i fremtiden. Det gjøres i dag ingen rutinemessig hjertescreening av disse pasientene.

Andre kreftmedisiner kan føre til hjerteinfarkt i tidligere alder fordi de fremskynder den aterosklerotiske prosessen. Cisplatin, vaskulær endotelial vekstfaktor (VEGF) hemmere og strålebehandling er eksempler på dette. Pasienter som får behandling med disse medikamentene bør informeres om at de bør ha lav terskel for å kontakte lege dersom de opplever tung pust eller brystmerter i fremtiden. Det gjøres i dag ingen rutinemessig hjertescreening av disse pasientene.

### Klaffesykdom

Det er økt forekomst av klaffesykdom hos pasienter som har gjennomgått stråling mot mediastinum eller venstreside av thorax. Ofte sees fibrose og kalsifikasjon



Figur 1. Kardio-onkologi har fokus på forebygging, oppfølging og behandling av kreftpasienter.



Foto: Mostphotos

av aorta- og mitralklaffen som utvikles over lang tid, gjerne etter 10-30 år. Det kan føre til både stenose og lekkasje i klaffene. Med årene har stråleteknikken blitt bedre slik at hjertet skånes mer.

### Arytmi

Kreftpasienter kan oppleve et vidt spektrum av hjerterytmeforstyrrelse, arytmi. Dette kan være takyarytmier (rask frekvens), bradyarytmier (lav frekvens) og ledningsforstyrrelser som kan være symptomgivende og i de alvorligste tilfellene, livstruende. Den reelle insidensen av arytmi hos kreftpasienter er sannsynligvis underestimert da det ikke tas EKG som rutineundersøkelse. Det er mange ulike typer kjemoterapi som er assosiert med arytmi. Det er gunstig med EKG på alle før behandlingsstart. Kreftsyepleiere bør være oppmerksomme på muligheten for arytmi dersom pasientene opplever hjertebank, svimmelhet eller besvimelse/nærbesvimelse.

### Arteriell hypertensjon

Hypertensjon er en mulig bivirkning av noen typer kjemoterapi, spesielt ved de nye behandlingene som VEGF hemmere (6). Hypertensjon er også en risikofaktor for å utvikle annen kardiovaskulær sykdom. Det er derfor viktig at nøye oppfølging av blodtrykk utføres før, under og etter behandling hos alle kreftpasienter. Hos de som får VEGF-hemmere kan det hos noen være aktuelt med blodtrykkoppfølging hjemme.

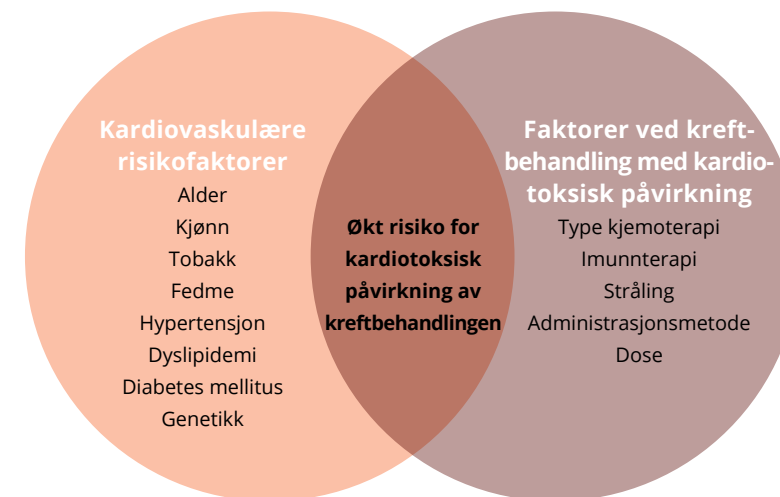
### Perikardsykdom

Betennelse i hjerteposen, perikarditt, kan forekomme som følge av kjemoterapi eller strålebehandling. Dette kan oppstå under eller etter endt behandling. Ved akutt perikarditt

kan pasientene få typiske respirasjonsavhengige smerter, EKG forandringer, forhøyede infeksjonsprøver og væske i hjerteposen. Dersom væskeansamlingen kommer raskt, er det fare for tamponade, det vil si at den økte væskemengden i hjerteposen gjør at hjertet ikke klarer å pumpe blod til kroppen, dette kan igjen føre til hjertestans. De klassiske funnene er lavt blodtrykk og rask puls. Dette krever akutt innleggelse og umiddelbar fjerning av væsken.

Vanligvis kommer perikardvæsken hos kreftpasienter over tid, og da tåler man større mengder væske. Perikardvæsken kan oppstå som følge av selve kreften, og en finner kreftceller i væsken når den analyseres. Alternativt kan det danne seg perikardvæske som en bivirkning av kreftbehandlingen. Perikardvæske oppdages enten ved at pasienten har symptomer som økende tung pust, rask puls og lavt blodtrykk, eller, oftest tilfeldig ved computer-tomografi (CT) som ledd i kreft-evalueringen. CT er en upresis måte å si noe om hvor mye væske som faktisk er rundt hjertet, slik at pasienten må henvises til hjerteultralyd for videre diagnostikk og evaluering. Kardiologen som utfører hjerteultralysen, vil vurdere om det er behov for umiddelbar tapping av væsken eller om man skal avvente. Dersom pasienten ikke har symptomer og man ikke vil tappe i diagnostisk øyemed er det helt ok å følge pasienten og avvente tapping. Videre behandling etter tappingen avhenger av årsaken til perikardvæsken.

Sen perikarditt kan forekomme 6 måneder til 15 år etter strålebehandling. Det kan føre til kronisk perikardvæske, som vanligvis er asymptomatisk, eller kronisk perikarditt med symptomer. Ved mistanke om



Figur 2. Faktorer som påvirker kardiotoxisk utvikling under kreftbehandling.

perikardsykdom bør pasienten henvises til kardiolog for hjerteultralyd.

### Kardio-Onkologi i praksis

#### Før kreftbehandling:

Kardiovaskulære risikofaktorer bør kartlegges. I dag er det ikke noe system i Norge på om dette skal gjøres hos fastlege, onkolog eller kardiolog. De viktigste kardiovaskulære risikofaktorene som bør sjekkes er de vi kan gjøre noe med; diabetes mellitus, hypertensjon og hyperlipidemi. Her kan kreftsyepleiere oppfordre pasientene til å sjekke dette hos fastlegen, samt gi livsstilsråd om røykeslutt og fysisk aktivitet.

#### Under behandling:

Pasienter med risikofaktorer som behandles med medikamenter med kjent kardiotoxisk effekt bør følges av kardiolog. Kardio-onkologi er fremdeles et lite fagfelt i Norge og det er ikke alle sykehus som har kardiologer. I praksis vil derfor onkolog henviser til kardiolog, men kunnskapen om kardiolog er varierende blant kardiologene. Det er derfor nyttig at kreftsyepleiere kan komme med innspill som for eksempel å minne onkologer på at antispasme medisiner kan prøves ut hos pasienter med brystmerter under flouuracilbehandling og at man tenker på hjertesvikt ved tung pust og hevelser i bena. Målet er å oppdage hjertesvikt tidlig slik at man kan sette i gang kardioprotektiv behandling slik at kreftbehandlingen ikke blir avbrutt. Kreftsyepleiere har også en nøkkelrolle i oppfølging av risikofaktorer og tilkomne symptomer på hjertesvikt. Dersom det foreligger mistanke om symptomer fra hjertet kan kreftsyepleier, i samråd med lege, bestille hjerteblodprøver som troponin og NT-proBNP og ta puls, blodtrykk og EKG.

#### Etter behandling:

Pasientene som har utviklet kardiotoxisitet under behandling vil som regel følges opp av kardiolog. Utover det må pasientene gjøres oppmerksomme på at de bør ha lav terskel for å kontakte lege ved symptomer på hjertesvikt som tung pust, brystmerter, svimmelhet, nærsynkope/synkope, da behandlingen de har fått kan være risiko for hjertesvikt i fremtiden.

### Veien videre for kardio-onkologi

Kardio-onkologi er et fortsatt nytt og voksende fagfelt med fokus på å forebygge, oppdage og behandle hjertesvikt slik at onkologisk behandling kan gis som planlagt. Det er viktig å øke oppmerksomhet rundt hjertesvikt hos kreftoverlevende, slik at pasientene tidlig gjenkjenner symptomer og kontakter lege ved mistanke om hjertesvikt. Kreftsyepleiere med kunnskap om hjertesvikt kan bidra til å øke fokuset rundt kardio-onkologi. Det vil komme pasientene til gode. ●

#### REFERANSER:

1. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2019 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2020.
2. Ewer MS, Ewer SM. Cardiotoxicity of anticancer treatments. *Nat Rev Cardiol.* 2015;12(11):620.
3. Zamorano JL, Lancellotti P, Rodriguez Munoz D, Aboyans V, Asteggiano R, Galderisi M, et al. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur J Heart Fail.* 2017;19(1):9-42.
4. Palaskas N, Lopez-Mattei J, Durand JB, Iliescu C, Deswal A. Immune Checkpoint Inhibitor Myocarditis: Pathophysiological Characteristics, Diagnosis, and Treatment. *J Am Heart Assoc.* 2020;9(2):e013757.
5. Sara JD, Kaur J, Khodadadi R, Rehman M, Lobo R, Chakrabarti S, et al. 5-fluorouracil and cardiotoxicity: a review. *Ther Adv Med Oncol.* 2018;10:1758835918780140.
6. Wasserstrum Y, Kornowski R, Raanani P, Leader A, Pasvolosky O, Iakobishvili Z. Hypertension in cancer patients treated with anti-angiogenic based regimens. *Cardiooncology.* 2015;1(1):6.

# Prestetjenesten går nye veier

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har som det første sykehus i landet ansatt en sykehushumanist.

**Ingun Fossland i samtale med kreftsykepleier Kristin Bergum**

**I**ngun Fossland er prest og avtroppende leder for Preste- og samtaltjenesten ved Unn. Hun sier avdelingen hovedsakelig har bestått av sykehusprester tidligere. Men: «Det er en ny tid nå. Dette blir veldig spennende». I samtale med kreftsykepleier Kristin Bergum forteller Fossland mer om satsningen.

**Var det planlagt fra prestetjenesten om å gå inn i et samarbeid med Human-Etisk forbund?**

Vi har prøvd å etablere et samarbeid tidligere ved å invitere frivillige fra tros- og livssynssamfunn på kurs her, slik at vi kunne ha noen å ringe til når pasienter, pårørende og ansatte spurte etter andre enn oss prester. I 10 år har vi arbeidet for et bredere tilbud, men sykehuset har ikke hatt økonomiske muligheter til å ansette flere. For det er viktig å kunne ansette, ikke bare satse på frivillighet. Da kan man stille krav til kvalifikasjoner, ha forpliktelser på oppgavene og ikke minst være tilgjengelig. All erfaring tilsier at man må være ansatt skal man bli brukt i særlig utstrekning.

Det som ble starten på denne ansettelsen, var at regionlederen i Humanetisk forbund skrev en artikkel om livssynsbetjening i offentlige institusjoner. I artikkelen etterlyste han plass til flere enn prester. Han påpekte

at vårt multikulturelle og økende sekulære samfunn vil kreve en større bredde. Fossland var enig i dette og tok kontakt: «Kan vi få til ett eller annet, vi vil det svært gjerne». Det var god timing, for akkurat da hadde Humanetisk forbund vedtatt en satsing på livssyn og de hadde økonomisk mulighet til dette. Fordi initiativet kom fra Prestetjenesten, ble Universitetssykehuset Nord-Norge valgt som sted for denne 2-årige prosjektstillingen som er finansiert av Human-Etisk forbund. Det er Unn som er arbeidsgiver, og sykehushumanisten har de samme forpliktelser som andre ansatte i sykehuset. Prosessen har vært artig, og dialogen har vært veldig god mellom Prestetjenesten og Human-Etisk forbund, forteller Fossland.

Humanister arbeider på flere arenaer i samfunnet, blant annet som felthumanister i forsvaret og studenthumanister på universiteter og høyskoler. Disse erfaringene bekrefter at det også er behov for en humanist på sykehuset. En slik stilling vil være berikende og ha en stor verdi for først og fremst å ivareta pasientens, pårørendes og ansattes behov. Likeså vil den berike preste- og samtaltjenesten ved UNN, noe som igjen får en stor verdi for hele sykehuset.

**Hvilken utdanning har en humanist?**

Det kan være forskjellig, men den som er ansatt hos oss har master i filosofi og videreutdanning i filosofisk praksis. En humanist med en slik fagutdanning har spesiell kompetanse og trening i å lytte og snakke med mennesker om filosofiske eksistensielle spørsmål.

**Kreftsykepleiere har jo også kompetanse på eksistensiell tematikk?**

Ja det har dere, sier Fossland, bare at vi har forskjellig fag å møte den andre med. Vi lytter ulikt til fortellingen på bakgrunn av vår spesifikke fagkompetanse. Som prester har vi selvsagt fokus på religiøs og eksistensiell tematikk. I møte med mennesker med alvorlig uhelbredelig sykdom og nært forestående død lytter vi til folks livsfortellinger og refleksjoner. En sykehushumanist og en sykehushumanist vil begge forsøke å få tak i den andres eksistensielle tema, men vil høre forskjellige ting. Humanisten har mere trening i å gi språk til sekulær livsforståelse.

**Hvordan skal stillingen utøves?**

Vi er enige om at vi alle skal kunne møte alle mennesker. Humanisten skal også kunne møte de med en religiøs tro. Det er ikke slik at du ikke skal kunne snakke med

en som tror og tenker noe annet. Som sykehushumanist kan jeg møte en ateist, en muslim eller hvem som helst, det samme må sykehushumanisten kunne. Poenget er om pasienten, pårørende eller den ansatte ønsker samtale med oss. Ikke om vi kan, for vi kan snakke med alle. Vi skal jobbe i akkurat det samme fagfeltet men med ulike ører, med ulik trening og ulik refleksjon. Det tenker vi bare er en styrke.

**Vil sykehushumanisten kunne ha en funksjon ut av sykehuset og være med på hjemmebesøk til en pasient som skal dø hjemme som ønsker en ikke religiøs samtalepartner?**

Jeg tenker at han skal være med som en del av det tverrfaglige palliative teamet og også være en samtalepartner



Foto: Jan Fredrik Franzen, Unn.

for våre felles pasienter også når de er hjemme.

Det er veldig spennende å utvikle denne stillingen. Tjenesten skal være lik i struktur, men det er ting prester gjør som humanisten ikke gjør. Det handler jo om vår tradisjon i det rituelle. Der bærer vi en arv med oss og et materiale som vi bruker. Litt av hensikten med dette prosjektet er å drive fagutvikling. Hvordan skal man ritualisere i sekulær sammenheng? Hvordan skal man skape meningsbærende ritualer sammen med mennesker som ikke kan bruke en religiøs arv. Det synes vi er interessant, og det vil vi være med Human- Etisk forbund å utvikle. Her kan vi lære mye av hverandre.

### **Når du sier rituell sammenheng, er det for eksempel nattverd og bønn?**

Ja, og ofte er det disse ritualene som skaper mening og trøst. Ofte er det slik at den som er syk ikke helt vet hva de spør etter. Men når vi sier hva vi kan gjøre, så vet de at det er det de vil ha. Kanskje har vi ikke snakket om Gud, men jeg kan si «du vet vel at jeg er prest», «vil du at jeg skal å tenne et lys for deg»? Ja det hadde vært fint svarer de aller fleste. Noen ganger tar jeg det i en humoristisk tone: «Du kan jo risikere at jeg ber for deg». Folk kan svare slik «ja det vil jeg gjerne at du gjør, du er jo prest. Veldig mange forutsetter dette til og med. Velsignelsen bruker vi veldig ofte, det er nok den vi bruker mest på sykehuset. Jeg kan spørre, «Vil du at jeg skal velsigne deg før jeg går». «ja det vil jeg veldig gjerne». De fleste etterspør ikke det selv, de spør heller hva som er vanlig å gjøre.

Spørsmålet blir da når du kommer til noen som ikke har en religiøs tro, er knyttet til et trossamfunn, og ikke har sterke tradisjoner med seg fra sin oppvekst. Mennesker trenger ritualer, og mennesker uttrykker seg gjennom ritualer, i alle kulturer. Det å være med på leting etter det som gir mening for den enkelte, er en viktig jobb. En sykehushumanist må jobbe enda mer med språkliggjøring, da han/hun ikke forvalter etablerte tradisjoner og kjente ritualer.

### **Når det er et åpent landskap og mennesker ikke uttrykker tydelige behov, hva gjør du da?**

Livsfortellingen er viktig og fortellingen som folk kommer fram med er ofte avgjørende. Den kan inneholde noe artig, noe trist, noe eksistensielt viktig. Mennesker som er syke og skal dø orker ikke å bruke tid på å fortelle meningsløse ting. De forteller om det som er viktig og gir mening. Det å finne fram til et fokuspunkt som man kan forenes om er viktig, sier Fosslund. Familier kan være splittet, noen kan ha en kristen tro, mens andre i familien

Vi har alle et faglig fokus, og det vesentlige er åndelig og eksistensiell omsorg i respekt for dem vi møter.

ikke har det. Da er det vår og sykehushumanistens oppgave å leite fram et felles forankringspunkt eller språk for det eksistensielle. Noen ganger kan det være konfliktfylt i en familie. Skal begravelsen være kristen eller muslimsk? Går det kanskje å tenke begge deler? Dette opplever vi ofte. Noen kan si «vi vil ikke ha bibeltekster». De kan ha et sterkt forhold til noen av symbolene i begravelsen, for eksempel jordpåkastelsen, men på en annet grunnlag enn det opprinnelig var ment. Det er behov for ulike fagfolk i dette landskapet, og at vi sammen skal bli mere reflektert og klokere. Vi kan ikke sitte som prester og teologer å si at vi er så gode på dette og kan gjøre det bra for alle.

### **Er det tilfeldig at det er i Nord-Norge en slik stilling blir opprettet?**

Vi har spekulert litt på det. Hvis du ser på prosentandel av befolkninga som er medlem av et kristent kirkesamfunn, så ligger nedslagsfeltet for Universitetssykehuset Nord-Norge svært høyt. Likevel er det her denne stillingen kommer. Vi er spent på hvordan det blir mottatt å få en sykehushumanist. Jeg vet jo at det ikke er alle som liker det, som sier «skal nå de inn der også».

### **Er det de som er «erkekristne» som sier det?**

Det kan være fremmed for noen som ikke er så vant til å forholde seg til annerledes troende, svarer Fosslund. De kan være tilbakeholdne. Men sykehus i flere deler av landet er nysgjerrige på vårt prosjekt, og positive til å få til noe på sine steder. Dette har noe med tida vi lever i, og økt bevissthet om både livssynsmessig og faglig mangfold. Det viktigste for alle sykehusprester i Norge, er pasienten. Vi er ikke ansatt av kirken, og er ikke kirkens forlengede arm inn i sykehusene, og vi skal derfor ikke drive oppsøkende forkynnelse. Det er ikke det som er vår jobb. På samme måte skal ikke en sykehushumanist promotere Human-Etisk forbund eller livssynshumanisme. Vi har alle et faglig fokus, og det vesentlige er åndelig og eksistensiell omsorg i respekt for dem vi møter. ●



Foto: Priscilla Du Preez, Unsplash.com

**INDIKASJON<sup>1</sup>**

Alunbrig er indisert som monoterapi til behandling av voksne pasienter med anaplastisk lymfomkinase (ALK)-positiv avansert ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) som tidligere ikke er behandlet med en ALK-hemmer.

**ALUNBRIG ER FØRSTEVALG I BEHANDLING AV ALK+NSCLC I 1. LINJE FRA 01. JULI 2021<sup>2</sup>****ANBEFALT DOSERING<sup>1</sup>:**

Anbefalt startdose av Alunbrig er 90 mg én gang daglig i de første 7 dagene, og deretter 180 mg én gang daglig.

**ADVARSLER OG FORSIKTIGHETSREGLER / INTERAKSJONER:**

- Alvorlige livstruende og fatale pulmonale bivirkninger, inkludert bivirkninger med symptomer som samsvarer med ILS/pneumonitt, kan oppstå. Økning i sider og kortere intervall (under syv dager) mellom siste dose kizotinib og første dose Alunbrig ble uavhengig av hverandre forbundet med en økt forekomst av disse pulmonale bivirkningene.
- De fleste pulmonale bivirkninger ble observert i løpet av de første syv dagene av behandlingen.
- Samtidig bruk av Alunbrig med sterke CYP3A-hemmere bør unngås. Dersom samtidig bruk av sterke CYP3A-hemmere ikke kan unngås, skal Alunbrig-dosen reduseres fra 180 mg til 90 mg, eller fra 90 mg til 60 mg.
- Fructbare kvinner bør rådes til å bruke en effektiv ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen med Alunbrig, og i minst 4 måneder etter siste dose. Mann med fructbare kvinnelige partnere bør rådes til å bruke en effektiv prevensjonsmetode under behandlingen, og i minst 3 måneder etter siste dose.

**VIKTIGE BIVIRKNINGER GRAD 3-4: SVÆRT VANLIGE (≥1/10):**

Redusert lymfocytall, hypertensjon, økt lipase, økt kreatinfosfokinase.

**VIKTIGE BIVIRKNINGER GRAD 3-4: VANLIGE (≥1/100 til <1/10):**

Pneumonitt, økt APTT, anemi, hypofosfatemi, hyperglykemi, hyponatremi, hypokalemi, nedsatt appetitt, hodepine, synsforstyrrelser, elektrokardiogram med forlenget QT, hypertensjon, pneumonitt, dyspnøe, økt amylase, kvalme, magesmerter, diaré, økt ALAT, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase, utslett, fotosensitivitetsreaksjon, fatigue.



ONCOLOGY

Hold deg oppdatert! Motta informasjon fra oss om våre terapiområder.



Anbefalt startdose av Alunbrig er 90 mg én gang daglig i de første 7 dagene, og deretter 180 mg én gang daglig.

**ANBEFALTE DOSEREDUKSJONSNIVÅER FOR ALUNBRIG**

| Dose                                  | Dosereduksjonsnivå                |                                  |                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                                       | Første                            | Andre                            | Tredje                           |
| 90 mg én gang daglig (første 7 dager) | Reduser til 60 mg én gang daglig  | Seponer permanent                | Ikke relevant                    |
| 180 mg én gang daglig                 | Reduser til 120 mg én gang daglig | Reduser til 90 mg én gang daglig | Reduser til 60 mg én gang daglig |

Dersom doser på 60 mg 1 gang daglig ikke tolereres skal Alunbrig seponeres permanent.

**Doseavbrudd/glemt dose:** Hvis behandling avbrytes ≥14 dager av årsaker ikke relatert til bivirkninger, skal behandling gjenopptas med 90 mg 1 gang daglig 17 dager før det økes til tidligere tolerert dose. Ved glemt dose eller oppkast rett etter at dosen er tatt, skal det ikke tas ekstra dose, men fortsettes med neste planlagte dose. **Administrering:** Tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Grapefrukt/grapefruktjuice bør unngås. Sveiges hele med vann. Skal ikke knuses eller leses opp.

**Pakninger og priser (11.05.2021):** **Tabletter, filmdrasjerte: 30 mg:** 28 stk.<sup>1</sup> (blistar) kr 16152,50. **90 mg:** 28 stk.<sup>1</sup> (blistar) kr 46639,30. **180 mg:** 28 stk.<sup>1</sup> (blistar) kr 62147,10. **Tabletter, filmdrasjerte i startpakning: 90 mg og 180 mg:** 7 stk. à 90 mg + 21 stk. à 180 mg<sup>1</sup> (blistar) kr 62147,10. **Refusjon: H-resept:** Refusjonsberettiget bruk. Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vikdr: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe: C.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 01.04.2020

**Referanser**

- Alunbrig, SPC. Avsnitt 4.1, 4.2, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8 og 5.1, 01.04.20. Tilgjengelig på [www.legemiddelsok.no](http://www.legemiddelsok.no)
- LIS Anbefalinger for onkologiske og kolonstimmulerende legemidler. Sykehusinnkjøp.06/12. Tilgjengelig på: <https://sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi#anbefalinger--avtaleprodukter>

**VIL DU BLI MEDLEM I FKS?**

Foto: Mostphoto.com

**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 kreftsykepleie-organisasjoner
- 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.**



# Tre på gangen

## Om tro og livssyn



### MARTE SKARSTEIN LEBESBY

Alder: 35 år  
 Tittel: Kreftsykepleier  
 Arbeidssted: Finnmarkssykehuset, Klinikk Alta,  
 Somatisk spesialistpoliklinikk  
 Utdanningssted og årstall: Universitetet i Tromsø, 2014

#### **Hvilke rutiner har arbeidsplassen din for å kartlegge og møte pasientens åndelige og eksistensielle behov?**

På min avdeling har vi ikke direkte noen rutiner for kartlegging av dette. Jeg jobber hovedsakelig med kreftbehandling poliklinisk, men mange av disse pasientene følger vi opp over en lengre periode. Mitt inntrykk er at åndelige og eksistensielle behov nok dukker opp litt tilfeldig i samtaler. Vi bør se på om vi kan få på plass bedre rutiner for sikre at disse behovene dekkes hos pasientene.

#### **Har du tilstrekkelig kunnskap om andre religioner og livssyn? Hvordan erfarer du å snakke om dette temaet?**

Dette er nok emne man aldri blir utlært på. Samtaler om religion og livssyn syns jeg kan være utfordrende. Ofte opplever jeg at man da får et innblikk i pasien-

tens liv og hva som er viktig for de i deres situasjon. Jeg kjenner noen ganger at jeg er litt på vakt, er redd for å trå feil. Dette gjelder særlig i møte med andre religioner og livssyn. I flere av samtalene jeg har hatt om livssyn og religion virker det mer som om pasienten har behov for å få luftet sine tanker og følelser omkring dette, og har behov for en part som kan være tilstede og lytte. Tid her er essensielt og samtalene omkring disse temaene dukker kanskje lettere opp på dager hvor det er rolig og man har tid til å sitte sammen med pasienten. Jeg opplever ofte mine arbeidsdager som hektiske og at det er vanskelig å finne tid og rom for disse samtalene.

#### **Hvem kan du samarbeide med for å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov, og hvordan samarbeider dere i praksis?**

Vi er en liten enhet der jeg jobber. Jeg har gode og dyktige kollegaer og går ofte til de for råd og støtte. Noen ganger har vi koblet inn prest der det har vært ønske om det, men presten er ikke direkte knyttet opp mot min arbeidsplass. ●



### INGER FOSSE

Alder: 53 år  
 Tittel: Kreftkoordinator  
 Arbeidssted: Øygarden kommune  
 Utdanningssted og årstall: Kreftsykepleie, Radium-  
 hospitalet, 1998/1999

#### **Hvilke rutiner har arbeidsplassen din for å kartlegge og møte pasientens åndelige og eksistensielle behov?**

I kommunen er åndelige og eksistensielle behov en del av kartleggingen spesielt når pasienten blir innlagt i institusjon. Det er systematisert i inkomstsamtalen, og blir særlig vektlagt når pasienten kommer inn for et palliativt opphold. Det er gledelig å registrere at andre faggrupper som for eksempel legene også er bevisst på å kartlegge åndelige og eksistensielle behov.

#### **Har du tilstrekkelig kunnskap om andre religioner og livssyn? Hvordan erfarer du å snakke om dette temaet?**

Jeg skulle gjerne hatt mer kunnskap om andre religioner, men prøver å sette meg inn i aktuell religion eller livssyn for den enkelte pasienten. Ofte handler det om å finne den personen som kan hjelpe pasienten best i forhold til sin religion eller sitt livssyn. Der syns jeg vi møter stor

velvilje fra andre trossamfunn. I min jobb som kreftkoordinator møter jeg ofte pasientene hjemme. Jeg syns ikke det er spesielt vanskelig å innlede til å snakke om dette temaet, men opplever noen ganger at det må vente litt, da det er så mye annet de må få orden på først. Når jeg tar initiativ til å snakke om dette tema, sikrer jeg meg at jeg også har tid nok til å ta imot det som kommer. Ved å stille åpne spørsmål, som for eksempel «Hva er viktig for deg? Hvor får du styrke til å stå i dette?» får vi ofte gode samtaler omkring dette temaet.

#### **Hvem kan du samarbeide med for å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov, og hvordan samarbeider dere i praksis?**

Jeg samarbeider mest med diakonen i kommunen, som er veldig tilgjengelig for både pasienter og pårørende. Vi tar kontakt på telefon. Diakon representerer kirken, men tilbakemeldinger fra pasientene forteller at diakonen er en god samtalepartner for mer enn det som handler om tro og tvil. Dette er også viktig å si noe om når en tilbyr samtale med diakon. Noen ganger erfarer vi at pasienten ikke er klar for å snakke om dette temaet når vi introduserer det. Da må vi ta det opp igjen når vi ser at han eller hun er klar, og samarbeide i det tverrfaglige teamet. Derfor blir det viktig med dokumentasjon med fokus på det som er viktig for pasienten. ●





## MIRJAM FRIGSTAD SANNARNES

Alder: 42  
Tittel: Kreftskykeleier  
Arbeidssted: Senter for kreftbehandling Kristiansand, Lindrende enhet.  
Utdanningssted og årstall: Sykepleier 2002 Universitetet i Agder. Videreutdanning i kreftskykepleie 2014 Diakonova i Oslo.

### Hvilke rutiner har arbeidsplassen din for å kartlegge og møte pasientens åndelige og eksistensielle behov?

I vår avdeling er vi opptatt av å møte pasienten på en helhetlig måte. Vi er opptatt av hele mennesket. Å se mennesket bak diagnosen, slik at vi kan prøve å lindre pasientens lidelser og symptomer (både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle). Vi har ikke eget kartleggings skjema for åndelige/eksistensielle behov, men bruker ESAS-skjema systematisk. Der kan vi kartlegge symptom og behov ved innkomst, samt regelmessig og etter behov. ESAS er både et godt kartleggingsredskap og et kommunikasjonsmiddel. Det kan åpne opp for vanskelige tema, slik som dødsangst og tanker rundt døden og livet, sorg over å skulle leve en begrenset tid og forlate sine nærmeste. I slike situasjoner kan det være naturlig å snakke om tro og livssyn.

På innkomstsamtalen kartlegger vi hvem pasienten er. Vi kan også komme tilbake til det når pasienten ønsker og orker. Det ene punktet går på åndelige/eksistensielle behov. Dette blir dokumentert. Jeg informerer også (tilpasset situasjonen) om at vi jobber tverrfaglig og at det

er mulig å ha samtale med prest.

Ellers er jeg ekstra bevisst de åndelige/eksistensielle behov da jeg tidligere hadde erfaring med at dette var behov som kanskje ikke ble prioritert i en travel sykehusavdeling. Det er vår plikt og vårt ansvar at de åndelige/eksistensielle behov blir møtt på lik linje som de fysiske, psykiske og sosiale behov.

### Har du tilstrekkelig kunnskap om andre religioner og livssyn? Hvordan erfarer du å snakke om dette temaet?

Nei, det har jeg ikke. Men jeg er allikevel opptatt av at vi må kartlegge hva som er viktig for pasienten, dokumentere det og være med og legge til rette for å imøtekomme pasientens åndelige behov. Jeg er ikke redd for å spørre. Noen ønsker samtale med familie, noen ønsker en imam eller prest. Andre synes det beste faktisk er å prate med sykepleieren.

På min avdeling opplever jeg at vi har tid og rom for å snakke med pasienten om deres livssyn.

Under samtaler med pasienter har jeg ute «følerne» og jeg må opparbeide meg tillit. Jeg kan spørre om hva som er viktig for dem. La dem fortelle livshistorien sin. Utrolig nok trenger ikke det ta så lang tid! Noen ganger spør jeg om hva som gir håp, styrke og trøst. Jeg spør om de har en tro. Heldigvis har jeg ennå til gode å oppleve at noen blir fornærmet eller ikke har noen tanker rundt dette. Min erfaring er at de setter pris på at jeg spør og lytter, og jeg er ikke så opptatt av hva jeg skal si. Men jeg viser alltid respekt for pasientens tro og livssyn.

### Hvem kan du samarbeide med for å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov, og hvordan samarbeider dere i praksis?

På min avdeling opplever jeg et godt klima og samarbeid i sykepleiergruppen og tverrfaglig. Vi gir tid og rom for hverandre til å ha disse samtaler med pasientene. Alle er opptatt av å møte pasienten på en helhetlig måte. Presten er lett tilgjengelig når noen ønsker samtale med ham/henne. ●



## Kontinuerlig stillingsendring med optimal trykkfordeling.

Gode venderegimer er ofte avgjørende, – men ressurskrevende tiltak for helsepersonell, og stor belastning for pårørende. Balansen mellom verdighet overfor bruker pasient, økonomi og optimal tilrettelegging og behandling, er utfordrende.



### Ingen manuell stillingsendring og vending.

Å unngå manuell stillingsendring gir mange viktige fordeler. I tillegg til trykkfordeling bistår bevegelsesstimuli til leiedrenasje, mindre stivhet, smerter, spasmer og gir dermed mer overskudd og deltakelse på dagtid. En trykktest utført av NORCE Norwegian Research Centre AS viser hvordan trykkfordelingen endrer seg betydelig når en person ligger på Tidewave madrass-systemet sammenlignet med manuell vending.

### Norskutviklet vendemadrass.

Tidewave er en norskutviklet vendemadrass som krummer seg etter brukerens kropp og forhindrer dermed også unødvendig slitasje på pasientens hud. Vendeprogrammet kan individuelt tilpasses med tre ulike vendnivåer, tidsintervall og ikke minst hvilke(n) side en ønsker at pasienten skal vendes mot. Dette gir igjen pasienten ro ved at en unngår venderegime som kan være en utfordring både for pasient og pleiepersonale.

### Tidewave for helsepersonell og pårørende.

- Utviklet i samarbeid med pasienter og helsepersonell.
- Fjerner tunge løft og repositionering.
- Lite eller ingen behov for venderegime: Det vil ikke være behov for å ha to personer inne hos bruker, som igjen vil friggi arbeidskapasitet hos pleiepersonalet.
- Tidsbruk: Mer tid til annet omsorgsarbeid.
- Bedre søvnkvalitet gir også en bedre kvalitet på dagen: matlyst, energinivå, tiltaksløst osv.

### Hvorfor velge Tidewave sammenliknet med andre madrasser med trykkavlastende egenskaper?

- Krummende funksjon som holder bruker / pasient i korrekt posisjon.
- Svært lite/ingen friksjon – shear forces.
- Opptil 30 grader sideleie er anbefalt av EPUAP. Lavere grader kan velges.
- Vendingen gir en rolig og kontinuerlig bevegelse.
- Trykkfordeling på hele kroppslatten og hyppig stillingsendring.
- Forebygging av trykksår og god leiedrenasje hos immobile brukere/pasienter.

### I tillegg:

- Stillegående
- Brukervennlig kontrollenhet
- Enkelt å gjøre individuelle tilpasninger på hastighet, vendegrad og sidevalg.
- Tilbyr kombinasjon av trykkavlastende skummadrass og dynamisk luft.



Kontakt Bardum AS på [post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) for mer informasjon eller uforpliktende demo av madrassen.

[bardum.no](http://bardum.no) | Tlf. 64 91 80 60

**Bardum**  
Den lille, store forskjellen

# Seneffekter etter kreftbehandling

Hvilke plager har de barna og ungdommene som ble behandlet for hjernesvulstene medulloblastom og CNS – PNET i Helse Sør-Øst i perioden 1974 – 2013?



## Einar Stensvold

Einar er overlege ved Barneavdelingen for blodsykdommer og barnekreft ved Barne – og ungdomsklinikken ved OUS, Rikshospitalet. Han er spesialist i pediatri, og har ansvar for de barna som trenger behandling for hjernesvulster og øyesvulster ved OUS. Han disputerte for phd ved UiO i februar 2021 på en avhandling om hjernesvulster hos barn og ungdommer i Norge de siste 40 årene. Her så han på hva slags seneffekter som kan oppstå.

**Innledning:** I min doktoravhandling, *Paediatric and adolescent medulloblastoma and CNS-PNET in Norway 1974 – 2013: Survival, regional differences, and late effects*, har jeg blant annet sett på hvordan det gikk med de barna og ungdommene som var blitt behandlet for de to embryonale hjernesvulstene medulloblastom og CNS – PNET ved Helse Sør-Øst i perioden 1974 – 2013.

Jeg vil derfor i denne artikkelen fokusere på hva slags seneffekter som man kan forvente etter å ha blitt behandlet for hjernesvulster i barne- eller ungdomsalderen.

**Bakgrunn:** Kreft hos barn og ungdom < 18 år er sjelden, og forekomsten har vært stabil i Norge de siste 30 årene. Det ble i 2019 registrert 191 nye tilfeller av kreft hos barn og ungdom < 18 år i Norge, og dette utgjør 0,5 % av alle krefttilfellene i Norge (Kreftregisteret 2019).

Kreft hos barn kan deles inn i tre undergruppe. Gruppe 1 er leukemier (blodkreft) og lymfomer, gruppe 2 er svulster i sentralnervesystemet (CNS), og gruppe tre utgjør solide svulster utenfor CNS. Hver av disse tre gruppene utgjør 1/3 hver.

I mitt arbeid som barneonkolog, er jeg spesielt opptatt av hjernesvulster, og derfor vil jeg fortsette å fokusere på dette i denne artikkelen.

Median alder for CNS-svulster er 7 år (Louis, Perry et al. 2021). I 30-50 % av tilfellene er tumor lokalisert i bakre skallegrop. De vanligste hjernesvulstene hos barn og ungdommer er: 1. Embryonal tumores, dvs hovedsakelig medulloblastom. 2. Gliomer; astrocytomer (ffa. pilocytiske astrocytomer) og Diffuse Intrinsic Pontine Glioma (DIPG). 3 Ependymom og 4. Germinomer. Metastaser fra andre svulster som man ofte ser hos voksne, er uvanlig hos barn.

Det som er spesielt med hjernesvulster er at hjernen er et lukket rom. Derfor vil enhver vekst etter at suturene er lukket, øke det intrakranielle trykket (ICP). Økt ICP presenterer seg tidligere ved infratentorielle (bakre skallegrop) enn supratentorielle svulster (Wilne, Collier et al. 2007). For barn skiller vi om barna er under eller over 4 år med henblikk på hva de klarer å rapportere selv. Om barnet er under 4 år ser vi ofte irritabilitet, kvalme/oppkast eller koordineringsvansker

som de vanligste symptomene. Hodepine og kvalme/brekninger sees hyppig og er en følge av det økte intrakranielle trykket/hydrocephalus. Dette er ofte verst om morgenen. Fokale symptomer gir ofte raskere diagnose. Epileptiske anfall kan sees, men er mindre hyppig hos barn enn voksne. Om man har underliggende tilleggsdiagnoser, for eksempel nevrofibromatose, predisponer dette for visse typer svulster.

Behandlingen av pediatriske CNS svulster er multimodal, og består av tre deler: kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi;

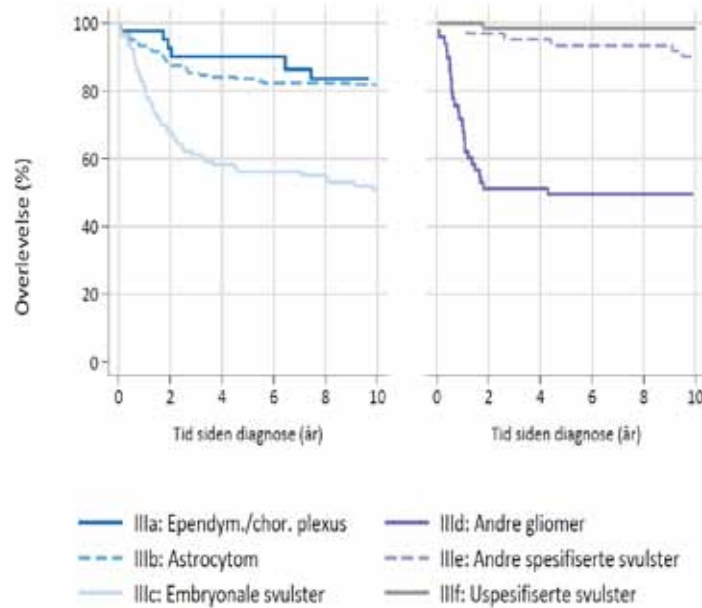
Kirurgi er svært viktig, men det er ikke alltid mulig med total fjerning (GTR) eller kirurgi/biopsi i det hele tatt. Deretter kommer strålebehandling, hovedsakelig CNS akse og boost mot primærtumor eller kun fokale felt. Det er også svært viktig å skille mellom nyere strålebehandling som partikkelterapi (protoner, karboner) versus (vs.) fotoner. Alder for bestråling og ikke minst om man får totalt CNS akse eller kun et fokalt felt, er svært viktig, ikke minst hvordan den senere kognitive utviklingen blir (Eaton, Fong et al. 2021, Paulino, Ludmir et al. 2021). Ved bruk av protonterapi er ønsket å redusere den integrerte dosen for CNS-akse bestrålingen og dosen til friske hjernestrukturer ved boosten, sammenlignet med IMRT, med håp om samme sykdomskontroll. I Norge gis vanligvis ikke strålebehandling til barn < 3–5 år.

Kjemoterapi, gis enten alene eller sammen med – etter strålebehandling. Cellegiftene som benyttes for CNS – svulster er hovedsakelig platinumderivater (cisplatin – karboplatin), syklofosfamid, vinkristin og CCNU. I tillegg får mange barn og ungdommer intraventrikulær kjemoterapi via et Ommaya reservoar. De siste årene har også målrettet terapi og immunterapi blitt en viktig del av CNS behandlingen.

## Prognose for pediatriske CNS svulster i dag:

Det er bedre prognose for barn og ungdommer med svulst i hjernen enn for voksne. Om man ser alle de ulike svulstene under ett, er 10-års overlevelsen på 80 %, men prognosen spenner likevel fra 0 % for DIPG til nærmere 100 % for de lavgradige gliomer (Figur 1). Det er dårligst prognose for de yngste, dvs de under 3 år. Dette er fordi de vanligvis ikke får strålebehandling.

Figur 1. (Kreftregisteret 2019). Årsrapport Norsk Barnekreftregister



**Seneffekter:** 60 % av de som overlever vil få moderat og 25 % alvorlige seneffekter. Dette er forårsaket av svulstsykdommen i seg selv og behandlingen de har mottatt. Det er et vidt spekter av seneffekter (Oeffinger, Mertens et al. 2006, Moxon-Emre, Dahl et al. 2021). Tabell 1.

Tabell 1: Hvilke seneffekter kan man forvente å se

| SENEFFEKTER                      |  |
|----------------------------------|--|
| Redusert kognitiv funksjon       |  |
| Epilepsi                         |  |
| Synsforstyrrelse                 | Katarakt, nystagmus eller redusert syn |
| Nye krefttilfeller               | Hovedsakelig innenfor strålefeltet     |
| Hjerne-, hjerte- og karsykdommer |  |
| Endokrinologiske seneffekter     |  |
| Hørselspåvirkning                |  |

**Mine erfaringer:** Som jeg skrev i innledningen, gjorde jeg sammen med mine medarbeidere en etterundersøkelse av de som hadde overlevd behandling for de to hjernesvulstene medulloblastom og CNS-PNET. I tidsperioden 1974 til 2013 ble det diagnostisert 157 barn og ungdommer < 21 år med disse to hjernesvulstene i Helse Sør-Øst (Stensvold, Myklebust et al. 2019). Av disse 157 pasientene overlevde 63 pasienter, og alle disse ble invitert til å delta i en to dagers etterundersøkelse hvor vi fokuserte på hva slags seneffekter de hadde utviklet. Femti pasienter samtykket til å delta og de ble undersøkt i tidsperioden september 2016 til oktober 2018 (Stensvold, Stadskleiv et al. 2020).

I løpet av disse to dagene ble det tatt blodprøver, gjort en kognitiv undersøkelse, hørselsundersøkelse, ben-tetthetsundersøkelse, kostregistreing og deretter en tannlegeundersøkelse med fokus på undersøkelse av tenner og kjeven, inklusive smak og lukt. Til slutt gjorde jeg en klinisk undersøkelse. Det var like mange kvinner og menn (25 – 25) som deltok. Median alder ved diagnose var 7,1 år, og median alder ved undersøkelsen var 26,5 år. Det var flere deltagere som hadde blitt behandlet for medulloblastom enn CNS-PNET (42 vs. 8).

Vi fant ut at av disse 50 deltagere, hadde 48 (96 %) utviklet seneffekter. Median tid fra operasjon til oppkomst av seneffekter var 6.2 år (spredning 1.1 – 39 år). For 17 deltagere tok det mellom 10-30 år før seneffekt-

ene utviklet seg. De endokrinologiske seneffektene var de første som oppsto, mens de cerebro- og kardiologiske seneffektene utviklet seg senest.

Vi observerte at de som hadde fått strålebehandling og cellegift, utviklet epilepsi og det at man var kvinne, var medvirkende til at man utviklet seneffekter. Tabell 2, 3 og 5.

Tabell 2: Ulike seneffekter

| SENEFFEKTER                             | ANTALL DELTAGERE (N) | PROSENT AV DELTAGERE |
|---|----------------------|----------------------|
| Hørselspåvirkning                       | 34                   | 68%                  |
| Endokrinologiske forstyrrelser          | 33                   | 66%                  |
| Epilepsi                                | 16                   | 32%                  |
| Deltagere med sekundær primær neoplasme | 15                   | 30%                  |
| Synsforstyrrelser                       | 7                    | 14%                  |

Tabell 3: Hvilke endokrinologiske seneffekter som oppstod

| ENDOKRINOLOGISKE SENEFFEKTER                | ANTALL DELTAGERE (N) | PROSENT AV DELTAGERE |
|---|----------------------|----------------------|
| Panhypopituitarisme                         | 13                   | 26%                  |
| Hypothyroidisme                             | 8                    | 16%                  |
| Hypothyroidism og vekst-hormonforstyrrelser | 8                    | 16%                  |
| Kun veksthormonforstyrrelser                | 4                    | 8.0%                 |

**Kognisjon**

Kognitiv svekkelse ble funnet hos 72 %. Den gjennomsnittlige intelligenskvotient (IQ) for alle deltakerne var 86,7 (Stadskleiv, Stensvold et al. 2020). Én deltaker hadde en alvorlig intellektuell funksjonshemming, og hvis denne deltageren ikke inkluderes, var IQ 88,0. Gjennomsnittlige testresultater for andre kognitive domener var mellom 85,7 og 91.1, med unntak av visuelt minne der gjennomsnittlig poengsum var 66.3. Det var kun fem deltagere (10 %) som ikke hadde tegn på kognitiv funksjonsnedsettelse i noen av de vurderte domenene (alle resultater > 85). Tre av disse fem hadde blitt behandlet med strålebehandling inkludert CNS – akse, mens to kun behandlet med kjemoterapi. Det var stor variasjon i IQ -score blant deltakerne (område 25-125), og 25 deltagere (50 %) hadde en fullskala, verbal og/eller ytelse IQ under 85. Deltagere som hadde blitt

Tabell 4: Kognitive utfall

| KOGNITIVT DOMENE                  | MIDDEL VERDI | MIN-MAKS SCORE | N (%) AV DELTAGERE SOM SKÅRER TO ELLER LAVERE ENN STANDARD DEVIASJONEN FOR ALDER |
|-----------------------------------|--------------|----------------|--|
| Full-skala IQ (N=50) <sup>a</sup> | 86.7         | 25-125         | 11 (22%)   |
| Verbal IQ (N=50)                  | 85.4         | 25-123         | 10 (20%)   |
| Prosesserings hastighet (N=44)    | 90.4         | 40-123         | 7 (16%)  |

<sup>a</sup> Gjennomsnittlig IQ er per def. 100.

## Siden overlevelsen for hjernesvulster de siste tiårene kontinuerlig har økt, har man etter hvert flyttet fokuset over på hvordan den langsiktige oppfølging kan forbedres.

diagnostisert med medulloblastom hadde en betydelig bedre behandlingshastighet, men en høyere grad av impulsivitet enn CNS-PNET-deltakere,  $p = .045$  og  $p < .001$ . Vi så at strålebehandling påvirket verbalt og visuelt minne betydelig,  $p = .011$  og  $.044$ . Deltakere som aldri hadde hatt hydrocephalus – verken før første operasjon eller postoperativt – viste mindre impulsivitet enn deltakerne diagnostisert med hydrocephalus enten på tidspunktet for første operasjon eller postoperativt,  $p = .002$ . Vi fant ut at om man hadde endokrine forstyrrelser i kombinasjon med epilepsi og/eller hydrocephalus etter operasjonen, var dette forbundet med lavere IQ, proseshastighet, læring, minne og nedsatt hukommelse.

### Audiometri

Det ble utført audiologisk undersøkelse hos 48 deltakere (96 %). To deltakere var ikke i stand til å utføre audiometri på grunn av nevrologisk og kognitive svekkelser. Det ble funnet redusert hørsel hos 34 av 48 overlevende (68 %). To deltakere var døve, diagnostisert 2 og 32 år fra tidspunktet for første operasjon. Multivariabel Cox regresjonsanalyse viste at hørselstap var betydelig mer vanlig hos deltakere som hadde fått cellegift,  $p = .023$ , Tabell 5.

### Endokrinologi

Endokrinologiske forstyrrelser som krevde substitusjonsbehandling ble funnet hos 33 deltakere (66 %, tabell 3). Alle hadde blitt diagnostisert før denne oppfølgingsstudien og alle hadde fått strålebehandling. Panhypopituitarisme ble sett hos 13 deltakere (26 %), kun hypotyreose hos åtte deltakere (16 %), en kombinasjon hypotyreose og veksthormonmangel hos åtte deltakere (16 %), og kun mangel på veksthormon hos fire deltakere (8,0 %), Tabell 3. Ingen deltagere hadde kun gonadotrop eller kortikotrop forstyrrelser. Blant de 44 deltakerne som hadde fått strålebehandling, var det 33 (75 %) som hadde utviklet forstyrrelser i hormonregulering som krever hormonell erstatningsterapi, mens ingen av de seks pasientene som kun fikk kjemoterapi utviklet dette.

### Epilepsi

Seksten deltakere (32 %) ble diagnostisert med epilepsi og ble behandlet med anti epileptisk medisin; alle

hadde blitt diagnostisert før denne oppfølgingsstudien. Det var en betydelig høyere forekomst av epilepsi hos de som hadde blitt diagnostisert med CNS-PNET enn hos de med medulloblastom,  $p = .008$ . Epilepsi viste seg å betydelig påvirke de fleste kognitive domener. Ingen av de seks pasientene som ikke hadde utviklet epilepsi var blitt behandlet med strålebehandling.

### Andre primære neoplasmer

Totalt 15 deltakere (30 %) opplevde 23 tilfeller av nye primær neoplasmer, og alle disse deltakerne hadde fått strålebehandling. Meningiomer ble diagnostisert hos ni deltakere (18%). Tre deltakere hadde blitt diagnostisert med papillært thyroideakarsinom, to deltakere med follikulært thyroideaadenom og en deltaker med glioblastom. I tillegg hadde fire deltakere hatt flere basallcellekarsinomer og en deltaker utviklet et plateepitelkarsinom ved venstre øre samt et rektalt adenokarsinom. Alle meningiomer og glioblastomet befant seg innenfor strålefeltet. De andre primære neoplasmaene, bortsett fra det rektale karsinomet, befant seg i område som hadde mottatt spredt stråling. Som tidligere publisert og observert, hadde kvinner en økt risiko for andre primær neoplasmer (HR = 5,9), ffa meningiomer, Tabell 5, enn menn som deltok i studien.

### Syn

Syv deltakere (14 %) hadde utviklet alvorlige visuelle følgetilfeller; fem av disse hadde blitt operert for grå stær, og alle fem hadde fått strålebehandling.

### Cerebro- og kardiovaskulær status

Fire deltakere (8 %) hadde opplevd cerebro- eller kardiovaskulære seneffekter, alle diagnostisert og bekreftet enten på MR eller med ekkokardiografi. En deltaker som hadde et metastatisk CNS-PNET på diagnosetidspunktet, utviklet et infarkt i a. cerebri media ved en alder av 7 år, 3 år etter tidspunktet for første operasjon. Denne deltakeren var i behov av uttalt hjelp av foreldrene da hun deltok i studien. En annen deltaker hadde flere forbigående iskemiske angrep og hjerneinfarkt som skjedde fra når deltakeren var 50 år gammel, 33 år etter første operasjonstid. En tredje deltaker utviklet

hjerterpåvirkning med aortastenose og mitralinsuffisiens i en alder av 43 år, 36 år etter første operasjonstid. Denne pasienten ble operert med bytte av aortaklaffen og valvuloplastikk to ganger. En fjerde deltaker opplevde flere infarkter i pons, 25 år etter første gang denne ble operert. I tillegg hadde tre deltakere mindre

kardiovaskulære følgetilstander med moderat til stor trikuspidal insuffisiens (en deltaker) og mild aorta-insuffisiens (to deltakere). Ingen av disse syv deltakerne hadde fått kardiotoxisisk kjemoterapi, fire av dem hadde bare fått strålebehandling, og alle syv hadde fått CNS akse bestråling.

Tabell 5: Multivariabel Cox regresjonsanalyse på utvikling av seneffekter

| Parameter                                    | ENDOKRINOLOGISKE SEKVELER |                 |                 | SEKUNDÆRE PRIMÆRE NEOPLASMER |                 |                 |
|--|---------------------------|-----------------|-----------------|------------------------------|-----------------|-----------------|
|  | HR                        | 95 % CI         | p-value         | HR                           | 95 % CI         | p-value         |
| CNS-PNET vs medulloblastom                   | 2.2                       | .70 – 6.9       | $p = 0.18$      | .61                          | .75 – 5.1       | $p = 0.65$      |
| Stråletebehandling vs ingen strålebehandling | NA <sup>a</sup>           | NA <sup>a</sup> | NA <sup>a</sup> | NA <sup>a</sup>              | NA <sup>a</sup> | NA <sup>a</sup> |
| Kvinner vs menn                              | .98                       | .45 – 2.1       | $p = 0.97$      | 5.9                          | 1.1 – 31.5      | $p = 0.04$      |
| Alder ved diagnose                           | .98                       | .91 – 1.1       | $p = 0.65$      | .93                          | .79 – 1.1       | $p = 0.31$      |
| Kjemoterapi vs ingen kjemoterapi             | 3.9                       | 1.1 – 14.6      | $p = 0.042$     | 1.0                          | .14 – 7.7       | $p = 0.97$      |
| Parameter                                    | REDUSERT HØRSEL           |                 |                 | EPILEPSI                     |                 |                 |
|  | HR                        | 95 % CI         | p-value         | HR                           | 95 % CI         | p-value         |
| CNS-PNET vs medulloblastom                   | .98                       | .21 – 4.5       | $p = 0.97$      | 7.1                          | 1.7 – 29.9      | $p = 0.008$     |
| Stråletebehandling vs ingen strålebehandling | 1.6                       | .20 – 13.5      | $p = 0.64$      | NA <sup>a</sup>              | NA <sup>a</sup> | NA <sup>a</sup> |
| Kvinner vs menn                              | .73                       | .33 – 1.6       | $p = 0.44$      | 1.9                          | .58 – 6.0       | $p = 0.29$      |
| Alder ved diagnose                           | 1.1                       | .96 – 1.2       | $p = 0.26$      | .92                          | .78 – 1.1       | $p = 0.32$      |
| Kjemoterapi vs ingen kjemoterapi             | 3.8                       | 1.2 – 11.8      | $p = 0.023$     | .93                          | .18 – 4.8       | $p = 0.93$      |

HR, hazard ratio; CI, konfidens interval; CNS-PNET, central nervous system primitive neuroectodermal tumour; NA, ikke mulig å beregne; <sup>a</sup>Det var ingen event i gruppen som ikke fikk strålebehandling.

← Oppsummering

Siden overlevelsen for hjernesvulster de siste tiårene kontinuerlig har øket, har man etter hvert flyttet fokuset over på hvordan den langsiktige oppfølging kan forbedres. Som en konsekvens av dette er det nå også blitt

svært viktig å ikke minst diagnostisere og håndtere de senfølgerne som oppstår (Beccaria, Padovani et al. 2021). Basert på våre funn, har vi foreslått at oppfølging av barn/ungdommer og voksne behandlet for tumor

**Tabell 6: Anbefalt oppfølging av tumor cerebri pasienter i allmenhet, og de som er behandlet for embryonale tumores i særdeleshet, som del av et multidisiplinert seneffektssenter. <sup>a</sup>**

| MULTIDISIPLINERT SENEFFEKT KLINIKK SOM INNEHOLDER: | HVOR OFTE   | HVA BØR U.S. INNEHOLDE   |
|--|---|--|
| Onkolog  | En gang per år  | Konsultasjon   |
| Nevrolog   | Hvert andre år  | Konsultasjon med fokus på kardiovaskulære sykdommer og nevrologiske utfall   |
| Fysioterapeut                                      | En gang per år  | Konsultasjon   |
| Ergoterapeut                                       | En gang per år  | Konsultasjon med fokus på ADL  |
| Sosionom   | En gang per år  | Konsultasjon med fokus på utdanning, arbeid og sosial interaksjon  |
| Endokrinolog                                       | En gang per år  | Basal endokrinologisk status og konsultasjon   |
| Dermatolog   | En gang per år  | Konsultasjon   |
| Voksenhabilitering                                 | En gang per år  | Tilby best mulig hjelp slik at mottakeren kan oppnå og vedlikeholde en best mulig fysisk, psykisk, kognitiv og sosial funksjon |
| ØNH lege   | Hvert andre år  | Audiometri   |
| Øyelege  | Hvert andre år  | Konsultasjon med fokus på utvikling av katarakt og tørrhet   |
| Neuropsykolog                                      | Hvert andre år opptil voksen, deretter hvert femte år | Konsultasjon og kognitive tester   |
| Kardiolog  | Hvert femte år  | Konsultasjon med ekkokardiografi med fokus på klaffer og hjertefunksjon  |
| MRI u.s. av hjernen                                | Hvert tredje til femte år                             |  |

<sup>a</sup> Disse rekommendasjonene er til bruk fra 10 år etter avsluttet behandling. <sup>b</sup> Om strålebehandling har vært del av den adjuvante behandlingen, ADL = Dagliglivets aktiviteter



Foto: Shutterstock

cerebri bør gjøres av spesialiserte klinikker som innbefatter et flerfaglig rehabiliteringsteam for seneffekter (Lindell, Koh et al. 2015, Stensvold, Stadskleiv et al. 2020). De fleste onkologer har ikke dedikert tid, og de fleste allmennleger har ikke tilstrekkelig kunnskap til å følge disse pasientene tilstrekkelig. Som en konsekvens av dette, mener jeg derfor at det i alle fire helseregioner må etableres seneffektsklinikker, hovedsakelig utgående fra de fire universitetssykehusene. Disse seneffektsklinikkene må ha eller i det minste være knyttet til ekspertise innen endokrinologi, audiometri, oftalmologi, kardiologi, dermatologi, nevrologi, nevropsykologi, fysioterapi og ergoterapi. På grunn av den høye risikoen for andre primære neoplasmer, bør man også utføre regelmessige radiologiske undersøkelser (MR av hodet) av denne pasientgruppen. Dette gjelder også 10 år eller mer etter diagnosen for den neoplastiske sykdommen. Som en konsekvens av dette, har jeg laget en tabell slik at man kan se hvordan denne oppfølging bør se ut. (Tabell 6).

Det er en spennende tid innen pediatrik onkologi nå som de biologiske faktorer bak kreft hos barn- og ungdommer etter hvert blir avdekket og ikke minst forstått. Dette vil etterhvert kunne brukes i terapeutiske studier (Baliga, Gandola et al. 2020) til nytte for disse pasientene. Det er derfor jeg gleder meg til å gå på jobb hver dag! ●

**UNCATEGORIZED REFERENCES**

Baliga, S., et al. (2020). "Brain tumors: Medulloblastoma, ATRT, ependymoma." *Pediatr Blood Cancer*: e28395.

Beccaria, K., et al. (2021). "Current treatments of medulloblastoma." *Curr Opin Oncol*.

Kreftregisteret (2019). *Årsrapport Norsk Barnekreftregister: 0-80*.

Lindell, R. B., et al. (2015). "Knowledge of diagnosis, treatment history, and risk of late effects among childhood cancer survivors and parents: The impact of a survivorship clinic." *Pediatr Blood Cancer* 62(8): 1444-1451.

Louis, D. N., et al. (2021). "The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary." *Neuro Oncol*.

Moxon-Emre, I., et al. (2021). "Hearing loss and intellectual outcome in children treated for embryonal brain tumors: Implications for young children treated with radiation sparing approaches." *Cancer Med*.

Oeffinger, K. C., et al. (2006). "Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer." *N Engl J Med* 355(15): 1572-1582.

Stadskleiv, K., et al. (2020). "Neuropsychological functioning in survivors of childhood medulloblastoma/CNS-PNET: The role of secondary medical complications." *Clin Neuropsychol*: 1-26.

Stensvold, E., et al. (2019). "Children treated for medulloblastoma and supratentorial primitive neuroectodermal tumor in Norway from 1974 through 2013: Unexplainable regional differences in survival." *Pediatr Blood Cancer*: e27910.

Stensvold, E., et al. (2020). "Unmet rehabilitation needs in 86% of Norwegian paediatric embryonal brain tumour survivors." *Acta Paediatr* 109(9): 1875-1886.

Wilne, S., et al. (2007). "Presentation of childhood CNS tumours: a systematic review and meta-analysis." *Lancet Oncol* 8(8): 685-695.

# Desentralisert medikamentell kref- behandling

I oktober 2020 startet vi opp med å gi pasienter fra Vest-Telemark medikamentell kreftbehandling i Tokke kommune. De slipper nå å reise i timevis for å få kreftbehandlingen.

Foto: Privat



**Berith Hegg Bråstøyl**

Kreftsykepleier i Tokke kommune



**Silje Merete Breivik**

Kreftsykepleier i Tokke kommune

## Bakgrunn

Tanken bak prosjektet kom fra kreftsykepleier Silje Merete Breivik i Tokke kommune. Siden det var gunstig med et interkommunalt samarbeid ble nabokommunen Vinje koblet inn som samarbeidspartner.

Vi så at pasientene i Vest-Telemark hadde lang reisevei til behandling på sykehuset og at de brukte store deler av dagen på å reise. Pasienter som må ha taxi til behandlingssted må ofte benytte samletaxi, noe som gjør at reiseveien ofte tar mye lengre tid enn nødvendig. For pasienter som er svekket av selve sykdommen og av kuren på sykehuset blir belastningen ekstra stor.

Ideen om å starte opp prosjektet ble presentert for

kommunalsjef og kommunelege i Tokke, kreftkoordinator og ambulant palliativt team på Sykehuset Telemark (ST). Alle stilte seg positive til å samles for et møte. Samhandlingskoordinator i Vest-Telemark ble kontaktet og har vært den som har kalt inn til møter, skrevet referat, kontaktet samarbeidspartnere og strukturert framdriften av prosjektet.

Det ble tidlig bestemt at prosjektet måtte forankres på ledernivå, både i kommunen og på sykehuset. Kommunalsjef i Tokke og Vinje har derfor vært med i styringsgruppa helt fra starten. Avtale ble inngått med bakgrunn i opplæring, økonomi og ansvarsfordeling. Prosjektet har en økonomisk fordeling mellom ST og Tokke kommune der sykehuset dekker utgifter til medisiner og datamaskiner. Kommunen betaler lønn, utstyr og forbruksmateriell. Vi har fått økonomisk støtte til prosjektet fra statsforvalteren i Vestfold og Telemark. I tråd med samhandlingsreformen har vi også fått samhandlingsmidler fra sykehuset, samt kommunene Tokke og Vinje har gått inn med midler.

## Forprosjekt

Høsten 2018 startet vi opp med et forprosjekt. Vi kartla



Silje Merete Breivik. Foto: Berith Bråstøyl



Foto: Ryan Stone, Unsplash.com

## Litt avhengig av hvor i kommunene pasientene bor er det ca. 2-2,5 timer til det nærmeste sykehuset.

om det var lignende tilbud noen andre steder i Norge, pasientgrunnlag, nedslagsfelt, samarbeidspartnere, økonomiske forhold, lokalisering, utstyrsbehov og hvem som skulle være ansatt i prosjektet.

Vi fant fort ut at nedslagsfeltet måtte være hele Vest-Telemark. Dette for å få en viss pasientmengde. Vest-Telemark består av 6 kommuner; Tokke, Vinje, Seljord, Fyresdal, Kviteseid og Nissedal, med til sammen 13 900 innbyggere. Området dekker et areal på 7 699 m<sup>2</sup>. Litt avhengig av hvor i kommunene pasientene bor er det ca. 2-2,5 timer til det nærmeste sykehuset.

Gjennom forprosjektet landet vi på at avdelingen skulle være lokalisert i Tokke kommune på Tokke helsesenter. Avdelingen skal være i drift to dager i uken med to kreftsyepleiere i 40% stilling hver. I tillegg startet vi opp med sertifisering av to vikarer. Vi disponerer lokaler i en liten avdeling som har arbeidsrom, samtalerom med en seng og behandlingsrom med to behandlingsstoler.

For å få sertifisering hospiterte vi på blod- og kreft avdelingen ved Sykehuset Telemark avdeling Skien.

Legekontoret i Tokke er vegg i vegg med avdelingen og lege skal alltid være tilgjengelig under behandlingen. Blod- og kreft avdelingen i Tokke er en satellitt som er underlagt blod- og kreft avdelingen i Skien og onkologene der har det faglige ansvaret.

Onkologene bestemmer hvilke typer behandling vi i Tokke er sertifisert til å gi. Foreløpig er dette FLV-kur, Gemzar, Octagam og Zometa. Vi tar blodprøver fra VAP, skyller VAP, kobler fra cytostatikapumper, gir diverse infusjoner og har fått opplæring i venesectio. Underveis i prosjektet ble vi kontaktet av blodbanken ved sykehuset som lurte på om vi ville være med i et prosjekt der blodtransfusjoner kan gis kommunalt. Til nå har vi hatt en blodtransfusjon ved avdelingen. Etter hvert vil det vurderes om tilbudet kan utvides til å gjelde andre behandlinger.

Alle pasienter som skal ha behandling lokalt skal ha fått den første kuren på sykehuset. All behandling er styrt av onkologene på sykehuset og vi har direkte kontakt med dem på kurdag. Kurene blir gitt etter behandlingssplan som ligger i datasystemet CMS.

For å få tilgang til sykehusets dokumentasjonssystem, DIPS, må vi være ansatt ved sykehuset i en 0% stilling. Sykehusapoteket i Skien blander kurene for oss. Disse blir transportert med budbil til Seljord på tirsdager for deretter å bli hentet av en lokal budbil og fraktet videre til avdelingen vår i Tokke.

### Erfaringer

Vi har opplevd det som helt avgjørende å ha med leder

og koordinator ved blod-kreft avdelingen på sykehuset Telemark både i forprosjektet og hovedprosjektet. De har vært positive til prosjektet fra dag en og har involvert andre samarbeidspartnere ved sykehuset som har vært nødvendig for å få prosjektet i havn.

Like viktig har god forankring på kommunalt nivå vært. Dette har ført til stor vilje når det gjelder tilrettelegging for permisjon fra deler av stillingene våre og tilføring av midler til prosjektet.

Fastleger fra begge kommunene har vært med i styringsgruppa fra starten og disse har hospitert hos onkologer ved sykehuset.

Siden vi er to små kommuner har det interkommunale samarbeidet vært viktig med tanke på å utnytte kompetansen som finnes.

Sertifiseringen vår foregikk på sykehuset i Skien, avdeling for kreft og blodsykdommer. Dette har i ettertid lett samarbeidet siden vi ble godt kjent med rutiner og kontaktpersoner.

Overlege og kreftsyepleier i ambulant Palliativt team har vært med i prosjektet fra starten. Dette har ført til en mer helhetlig tankegang når det gjelder integrering

av medisinsk behandling og palliasjon og har resultert i et parallelt prosjekt: «Lindrende behandling»

Vi som jobber på poliklinikken er kreftsyepleiere. Vi er også kreftkontakter i ressursnyepleienettverket i Telemark. Dette gjør at vi kjenner noen av pasientene som kommer til behandling fra før. I tillegg er det en fin inngangsport til å opprette kontakt med nye pasienter. Vi har hatt faste møter i prosjektgruppa en gang i mnd. Der har leder og koordinator for blod-kreft avdelingen i Skien, ambulant Palliativt team, Helse- og omsorgssjef i Tokke, kommunelege i Tokke, fastlege i Vinje, stedfortreder for Helse- og sosialsjef i Vinje, kreftsyepleiere i Tokke og Vinje og samhandlingskoordinator i Vest-Telemark møtt. Vi har diskutert framdriften av prosjektet, pasientgrunnlag og diverse uforutsette utfordringer som har oppstått underveis.

Siden tilbudet er åpent for pasienter fra hele Vest-Telemark har det gitt oss et større pasientgrunnlag enn vi ellers ville hatt. Til nå har vi hatt pasienter fra fire ulike kommuner.

### Rekruttering av pasienter

For å rekruttere pasienter og gjøre tilbudet kjent har kommunikasjonssjefen ved ST lagt ut saken på sykehuset sine sider. Her ble tilbudet plukket opp av NRK som kom på avdelingen og intervjuet den første pasienten vår. Prosjektet er omtalt på hjemmesidene til Tokke og Vinje, lokalavisen i Vest-Telemark laget et innlegg om tilbudet, vi har utarbeidet en brosjyre som vi har delt ut til alle fastlegekontor i Vest-Telemark og i tillegg har «jungeltelegrafene» jobbet for oss. Majoriteten av pasientene vi har er de som selv har etterspurt behandling i Tokke. De fleste poliklinikker er flinke til å huske på oss og gir de aktuelle pasientene tilbud om behandling lokalt, men vi har fortsatt en vei å gå.

### Håndbok i lindrende behandling

Sertifiseringen av vikar ble en del utsatt pga pandemien. I utgangspunktet hadde vi tenkt å ha to vikarer men vi har landet på at det holder med en frem til vi ser om prosjektet går over i ordinær drift. Det går med en del ressurser til sertifisering og det kan bli for lite mengdetrening dersom to vikarer skal holde sertifiseringen vedlike. Vi holder sommerstengt i fire uker der pasientene må dra til sykehuset for behandling. Etter fullført sertifisering tok det en stund før den første pasienten kom. Den tiden benyttet vi til å teste ut en del logistikk og finne ut av småting som dukket opp etter hvert. På rolige dager jobber vi også parallelt

med prosjektet «Lindrende behandling» i samarbeid med Palliativt team. Til nå har vi laget en håndbok i lindrende behandling som brukes i Tokke og Vinje, vi skal starte opp med «Livets siste dager» og vi skal i gang med et e-læringskurs i lindrende behandling for helsefagarbeidere. Dette gjør at vi får utnyttet tiden og kommunens kompetanse øker.

I tillegg til selve administreringen av medikamenter skal vi også utføre ulike sekretær oppgaver som innkalling til time, utsending av timebrev, taksting og oppgjør. Dette var noe som gikk litt i glemmeboken under sertifiseringen slik at det var en del type oppgaver vi ikke hadde lært. Vi har nå en kontaktperson på sykehuset som vi kan kontakte når det gjelder disse oppgavene.

Vi har behandlinger tirsdag og onsdag. Sykehusapoteket må få beskjed om å blande cytostatika tidlig på tirsdag morgen og før dette skal vi ha ringt pasienten og etterspurt form mm. Måten vi har løst dette på at vi ringer pasientene på mandag selv om vi da enten har fri eller er i våre andre jobber. Deretter ringer vi onkolog for å høre om blodprøvene er tilfredsstillende før vi bestiller lokal transport.

Erfaringen vår viser at vi med fordel kunne involvert pasientreiser litt tidligere i planleggingsfasen.

### Gode tilbakemeldinger

Til nå har vi fått veldig gode tilbakemeldinger fra pasientene våre. De er veldig glade for å slippe den lange reiseveien. Under pandemien har det vært en lettelse for mange å slippe å reise i taxi sammen med andre pasienter. Noen av pasientene har kjørt bil til behandling selv der de ellers ville tatt taxi pga. lang avstand. En pasient fortalte at hun var hjemme igjen etter behandling hos oss nesten før hun tidligere hadde kommet frem til sykehuset. ●

**Prosjektet er foreløpig forlenget ut 2021 og vi håper at det etter det kan gå over i ordinær drift.**

## DESENTRALISERT KREFTBEHANDLING

Prosjekt desentralisert kreftbehandling med støtte fra Statsforvaltaren i Vestfold og Telemark, Tokke og Vinje Kommune og samhandlingsmidler fra Sykehuset Telemark.

# Mer energi

## - til det som gir energi

Stadig flere overlever sin kreft. Kreftforeningen opplever økt behov for praktisk hjelp blant kreftoverlevende, pårørende og etterlatte.



**Hanne Hovde Bye,**  
prosjektleder Kreftforeningen



**Gina Bøe,**  
rådgiver Kreftforeningen

**K**reft kan tappe kroppen for krefter. Dagligdagse gjøremål kan bli et ork. Det er vanlig å ha behov for ekstra hjelp når man blir syk. Men mange synes det er vanskelig både å spørre om hjelp, og ta imot hjelp. Hverdagshjelpen hjelper deg med praktiske gjøremål, som gjør at du kan bruke energien din til det du vil.

Prosjektet Hverdagshjelpen startet i juni i 2015 ved Kreftforeningens distriktkontor i Trondheim. Målet er

å tilby praktisk hjelp i hjemmet fra frivillige til hjemmeboende kreftrammede. Pilotprosjektet startet i Trondheim kommune og ble etter hvert utvidet til kommunene Skaun, Orkdal og Meldal. Årsaken for utvidelsen var å sammenligne behovet og etterspørselen mellom store og mindre kommuner. Men også tilgangen av frivillige til tilbudet.

De frivillige hjelper til med alt fra å bære ved, klippe plenen, vaske vinduer, rydde boden eller måke snø,

med mer. Hverdagshjelpen tilbyr hjelp til det kreftrammede eller familien normalt sett ville gjort selv, ikke tjenester som man vanligvis ville kjøpt av håndverkere. Kreftforeningen har tradisjonelt tilbydd mange psykososiale tilbud i hele landet. Men de siste årene har behovet for praktisk hjelp og en-til-en-tilbud økt. Koronapandemien synliggjorde dette i enda større grad.

### Utvidet under korona

I motsetning til mye annet som ble avlyst og stengt i

2020, klarte Kreftforeningen å utvide Hverdagshjelpen flere steder. Frem til våren 2020 var Hverdagshjelpen kun tilgjengelig i Trøndelag. I løpet av koronapandemien er Hverdagshjelpen etablert i fylkene Oslo og Rogaland samt Arendal og Grenlandsområdet i Telemark. Høsten 2021 er det oppstart i Ålesund. Dette hadde en sammenheng med at flere av våre øvrige tilbud ble stengt på grunn av smittevernhensyn. Det frigjorde mange ressurser internt i Kreftforeningen som gjorde at vi kunne satse på nye tilbud.





Hverdagshjelpen er et en- til en-tilbud. Dette gjør det lettere å gjennomføre innenfor smitteverntreglene. I tillegg opplevde vi en økende etterspørsel for tilbudet da landet ble nedstengt. Flere kreftframmede var enda mer hjemme og mer isolert fra samfunnet. Behovet for hjelp og gode samtaler var økende.

### Helsefrivillighet

Koronapandemien har vist at helsefrivilligheten har en svært sentral rolle i håndteringen av store samfunnskriser som en pandemi. Mange tenker på den spisse beredskapen når de tenker på frivillighet i forbindelse med store kriser. Det handler ofte om beredskap og redningstjeneste.

Terskelen for å be om hjelp, er høy for mange. Vi erfarer ofte at det er avgjørende, at nettopp helsepersonell fremsnakker tilbudet.

For mange kreftsyke har helsefrivilligheten, som Hverdagshjelpen, vært svært viktig tilbud under pandemien. Kreftforeningen har hele tiden vært i tett dialog med kommuneleger i gjeldene kommuner. De så også behovet og nødvendigheten av Hverdagshjelpen under pandemien, og ga sin godkjenning til at dette var et tilbud som ble opprettholdt når alt annet stengte ned.

Det er viktig å tilrettelegge og understøtte frivilligheten som en del av helseberedskapen. For å være forberedt til neste krise trenger vi mer fokus på koordinering av tjenestene, finansiering og at organisasjoner må øve sammen på kriser

### Utvikle tilbud for fremtiden

En kreftdiagnose er ikke lenger synonymt med en dødsdom. Kreft er en av våre største folkesykdommer, men i 2020 overlever 3 av 4 sin kreftdiagnose. Det er dobbelt så mange som for 50 år siden. Årlig får rundt 35.000 nordmenn beskjeden de frykter mest. Tallet på såkalt kreftoverlevende nærmer seg 300.000 her til lands (1).

Denne utviklingen har ført til at dagens kreftpasienter, kreftoverlevende, pårørende og etterlatte har fått et endret behov for hjelp. Alt arbeidet Kreftforeningen jobber med, har tre tydelige hovedmål. Det handler om at færre skal få kreft, flere skal overleve kreft og ikke minst jobbe for bedre livskvalitet for de som har eller har hatt kreft.

I mange år har vi vært en av de største forskningsfinansiererne her til lands. Årlig bevilger vi mer enn 200 millioner til kreftforskning, mer enn halvparten av vårt formålsbudsjett på forskning. Vi står i fronten for flere holdningskampanjer, forebyggende budskap og screeningprogram.

Overlevelsesstatistikken etter kreft er et resultat av fremragende forskning og utvikling av nye medisiner og behandlingsmetoder i flere år. Dette har ført til at stadig flere får persontilpasset kreftbehandling og mulighetene for tidlig oppdagelse er større. I tillegg blir befolkningen både større og eldre, noe som resulterer i rekordmange krefttilfeller. Framskrivinger fra

Kreftregisteret viser at det dessverre ikke blir færre tilfeller i årene som kommer. Antall krefttilfeller vil øke med 42 prosent blant menn og 27 prosent blant kvinner fram mot 2030.

### Pårørende blir syke av å hjelpe

Kreft rammer ikke bare den som blir syk. En hel familie og et helt nettverk rammes når kreften treffer. Statistisk har hvert enkelt krefttilfelle rundt 20 nærstående.

Vi hører fra mange kreftsyke hvor uvurderlig hjelpen fra de pårørende er. Samtidig føler mange på en dårlig samvittighet for at de alltid må spørre om hjelp, uten å ha muligheter til å gi noe tilbake. Dette er en tilsidighet mange synes det er vanskelig å håndtere og vanskelig å snakke om. For noen handler det om å avlaste pårørende. Men i Hverdagshjelpen har over 50 prosent av brukerne, ingen pårørende i nærheten.

En undersøkelse utført av Opinion på oppdrag fra Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) (2) viser at pårørende bruker ett dagsverk i uka på pleietrengende arbeid. Det tilsvarer 94.000 årsverk for hele befolkningen. Med en stadig eldre befolkning og hvor komorbiditet vil prege helsetilstanden, vil behovet for innsats fra pårørende bare bli større.

I NKS undersøkelse sier 8 av 10 at de kan tenke seg å



Kreftforeningens Hverdagshjelp er et supplement til det offentlige tilbudet. Mange kreftsyke er for friske for kommunale tjenester. For mange handler det om å avlaste sine pårørende. Foto: Ole Martin Wold

motta hjelp og støtte fra en frivillig organisasjon. Ifølge Nasjonalforeningen for folkehelsen er det så mange som 60 prosent av pårørende til personer med demens, som er så sliten at de selv har en risiko for å pådra seg psykiatriske diagnoser (angst eller depresjon) om de ikke fikk legehjelp.

### Utfylle offentlige tjenester

Å bygge opp et helt nytt tilbud er en omfattende prosess. Arbeidsoppgavene har inkludert alt fra å definere rammene og målet for tilbudet, lage opplæring til frivillige og ikke minst markedsføring av tilbudet.

Behovskartleggingen var viktig i oppstartsfasen. Alle Kreftforeningens tilbud tar utgangspunkt i et reelt behov for målgruppen. Like viktig for Kreftforeningen er at det nye tilbudet skal være et supplement til det offentlige tilbudet. Flere kreftsyke og andre som er friske av

sin kreft, får ikke alltid innvilget kommunale tjenester. Og på den andre siden, dekker ikke den kommunale hjelpen alle behovene til kreftframmede.

Tilbakemeldingen fra kreftframmede viste tydelig at antall ganger de ble eksponert for tilbudet, var avgjørende for om man valgte å melde inn behovet for hjelp. Terskelen for å be om hjelp, er høy for mange. Vi erfarer ofte at er det avgjørende, at nettopp helsepersonell fremsnakker tilbudet.

### Viktig å informere helsepersonell

Derfor har det vært en høyt prioritert oppgave å informere helsepersonell på alle nivå om tilbudet. Å komme på banen for å snakke om Hverdagshjelpen til helsepersonell i både spesialisthelsetjenesten og i kommunen har vært et møysommelig, men viktig arbeid. Det er ingen automatikk at pasienter blir informert

◀ om hjelpetilbud, og det finnes ingen helhetlig oversikt over alle relevante tilbud til kreftrammede og deres pårørende. Kreftrammede er avhengige av å møte en ansatt som er godt informert, og har god nok tid til å informere om «ikke lovpålagte» tilbud.

## Kreftrammede snakker ofte ned sitt hjelpebehov. De tenker ofte at det er andre som har det verre og trenger mer hjelp. Det handler om å spørre seg selv, hva er livskvalitet for seg selv og sin familie.

Personalmøter og lignende er fremdeles en viktig arena for markedsføring, hele seks år etter oppstarten. Vi erfarte tidlig at det var mest effektivt å snakke med ansatte som jobber pasientnært. De stilte andre spørsmål enn ledere, og har det fullstendige overblikket på behovene til målgruppen. I tillegg gav de umiddelbar tilbakemelding på at dette er et tilbud som mange har behov for. Men å booke seg inn på møter med alle avdelinger, klinikker og bydelskontor er en jobb som krever mye tid og organisering. Og ofte må det gientas med jevne mellomrom.

Samarbeid med kreftklinikker på sykehuset og de kommunale kreftkoordinatorer har også vært vesentlig for å spre informasjon om tilbudet. De jobber pasientnært, og ser behovet i sitt daglige virke. I tillegg har de også innflytelse til å fremsnakke tilbudet i hele kommunen og til andre kommunale tjenester og instanser.

### Hvem vil ha hjelp?

Det ble gjennomført flere kvantitative intervju med medlemmer i ulike pasientforeninger for å kartlegge hva man kunne tenke seg å ta imot hjelp til i starten av prosjektperioden. Det ble også stilt spørsmål på ulike grupper i sosiale medier for å høre om behovet for praktisk hjelp var reelt. Det ble etter hvert også gjennomført hjemmebesøk hvor prosjektleder sammen med frivillige testet rammene for tilbudet.

Intervjuene og besøkene viste tydelig at det er behov for praktisk hjelp i hjemmet til kreftrammede. Spennet i hvem som potensielt trenger hjelp er også stort, uavhengig økonomisk situasjon og utdanningsnivå.

Småbarnsforeldre trenger hjelp til husvask, vindusvask

og generell rydding av hus og hjem – og rydding i hodet. Det er vanskelig å rekke over alle gjøremålene når helse og energien ikke er som den var. For andre handlet det om ekstra fokus på smittevernvaske på kontaktflater i hjemmet, da immunforsvaret var svært lavt under behandling.

Eldre kreftrammede ønsker hjelp til hverdagsutfordringer som er mer fysisk krevende. Alt fra snømåking eller gressklipping, eller løfting av hagemøbler eller kasser med julepynt som skal på loftet. Mange eldre har heller ikke de nærmeste pårørende i umiddelbar nærhet. Det er mange som ikke har noen å spørre om hjelp i det daglige. For andre handler det også om å avlaste pårørende.

### Rekruttering av frivillige

Ryggraden i tilbudet er den frivillige innsatsen. Kreftforeningen har flere tiårs erfaring med frivillig drift av kreftomsorgstilbud. Vi vet at mange har gode opplevelser med frivillig innsats etter egenerfaring, eller som pårørende, og har et genuint ønske å om å gi noe tilbake.

Kreftrammede selv sier det er vanskelig å be om hjelp og ta imot hjelp. Da føles det lettere å ta imot hjelp fra personer som har meldt seg frivillig, fordi de nettopp vil hjelpe.

Tilbakemeldingene fra kreftrammede og pårørende, er at de er svært fornøyde med tilbudet. Kreftrammede har stort tillit til de frivillige. Selv om hovedmålet med Hverdagshjelpen er praktisk hjelp i hjemmet, er samtalen mellom de frivillige og kreftrammede eller pårørende som tar imot hjelp, like viktig. De frivillige skaper et rom som legger til rette for åpenhet, trygghet og omsorg. Ting som kan være vanskelig å snakke med sine nærmeste om kan være lettere å snakke med noen utenforstående om.

De frivillige består av to hovedgrupper. Mange studenter ønsker å hjelpe. Da Hverdagshjelpen er et tilbud

som kan gjøres når man vil og ofte på ettermiddagen, er dette en aktivitet det er lett å være frivillig i. Erfaringen er at det er lettere å starte tilbudet på steder det er mange studenter som ønsker å være frivillig. Samtidig er dette sårbart da det er i eksamensperiodene vi har mye pågang og etterspørsel av hjelpeoppdrag er høyt.

På den andre siden ser vi mange pensjonerte lærere og sykepleiere som har meldt seg som frivillige. Dette er driftige personer, som oftest damer, som vet hvor skoen trykker og bidrar raskt og gjerne i flere hjelpeoppdrag.

### Opplæring og oppfølging av frivillige

Det er viktig for Kreftforeningen å ruste de frivillige for hjemmebesøk. Å hjelpe noen i hjemmet, åpner for mange andre utfordringer, muligheter og dilemma, enn å møtes på nøytrale arenaer som våre øvrige kreftomsorgstilbud.

Alle frivillige i Hverdagshjelpen må skrive under på taushetserklæring og samtykkeskjema. De får grundig opplæring og oppfølging av ansatte i Kreftforeningen. De frivillige kommer som regel parvis på besøk. Dette er en trygghet for alle parter. Med enkelte oppgaver er det også praktisk å være to og man får gjort flere oppgaver. De frivillige opplever at prosjektet er artig å være med på. Den gode følelsen fra et besøk varer i flere dager.

Kommunikasjonen mellom frivillige og de som etter spør hjelp har vært viktig å forenkle, samtidig som vi ivaretar personvernet. En skjerping av personvernet (GDPR) utfordret Kreftforeningen sin kommunikasjonsplattform. Vi innledet et samarbeid med Nyby. Nyby er en digital plattform som tilrettelegger kommunikasjon og hjelpebehov mellom private og frivillige, samtidig som den ivaretar personvernet. På Nyby kan man enkelt spørre om hjelp, og det er lett for frivillige å ta oppdrag som er meldt inn. Det er også enkelt å rapportere i etterkant hva som er gjort.

Det har vært lettere å rekruttere frivillige hjelpere enn brukere til Hverdagshjelpen. I medieoppslag som løftet tjenesten eller annonser som hadde budskap som var rettet mot brukere, ble det automatisk rekruttert nye frivillige.

Vi opplever også at det ofte er kvinner som tar kontakt. Uavhengig av hvem som er den syke i et forhold, er det kvinnene som tar den første kontakten.

### Oppsummering

Med stadig flere kreftoverlevende, og hvor 40 prosent av de som rammes av kreft er i arbeidsfør alder, opplever Kreftforeningen et tydelig behov for Hverdagshjelpen og praktisk hjelp i hjemmet. Selv om det for mange er vanskelig å spørre og ta imot hjelp, hører vi fra helsepersonell at det er et stort behov. De som har mottatt hjelp har god nytte av hjelpen de får, og benytter seg av tilbudet flere ganger.

Kreftrammede snakker ofte ned sitt eget hjelpebehov. De tenker ofte at det er andre som har det verre og trenger mer hjelp. Men det handler om å spørre seg selv hva som er livskvalitet for seg selv og sin familie.

– Hva om noen kom og vasket huset for deg? Slik at du orker å ta imot besøk.

– Hva om noen kom og klippet plenen din? Slik at du kan bli med barna på løkka for å spille fotball.

– Hva om du fikk noen til å bære inn de hagemøblene i garasjen? Slik kan du prate i ro og mak med barna.

*Hverdagshjelpen hjelper deg og familien til å få mer energi – til det som gir energi.*

### Økonomisk støtte

Prosjektet Hverdagshjelpen har ikke vært mulig uten økonomisk støtte fra Nordenfjelske Bykreditts Stiftelse som fullfinansiert prosjektet de to første årene. Senere har også Stiftelsen Dam, Ekspres, gitt lokal støtte til oppstart av Hverdagshjelpen flere steder. Alle Kreftforeningens tilbud er gratis. ●

#### KILDER:

- 1: Kreftregisteret: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Stor-okning-i-krefttilfeller-ram-mot-2030/>
- 2: NKS undersøkelse fra 2019: <https://sanitetskvinnene.no/sites/default/files/2020-01/NKS%20P%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%2013.12.19.pdf>

## HVERDAGSHJELPEN

Hverdagshjelpen er lavterskel tilbud som ikke krever henvisning. Les mer på [kreftforeningen.no/hverdagshjelpen](http://kreftforeningen.no/hverdagshjelpen)

# Smånytt



LANDS-  
KONFERANSEN

## «Tett på men ved siden av»

Den 20 Landskonferanse i kreftsykepleie 15.-17. september 2021.

**Tekst: Merete Kløvning**

Hvor skal en begynne når en skal oppsummere dagene i Kristiansand? Hvilke høydepunkt skal en trekke frem når de kom som perler på snor? Lokallaget i Agder med leder Åshild Knatten i spissen har jobbet iherdig for å få til en best mulig konferanse, og det med en pandemi som bakteppe. Gjennom tre lange dager fikk vi oppleve faglige innlegg av høy kvalitet, og med god bredde: Etske dilemmaer i koronaens tid, fastlegens rolle, immunterapi, glioblastom, pakkeforløp hjem, kreftutdanningen sett med historiske briller, pårørende som ressurs, kommunikasjon med pasienter og pårørende for å nevne noe.



Christine Koht med en hyllest til helsevesenet og jammen var ikke Christine sin egen kreftkoordinator på konferansen, som vi alle fikk hilse på.

Siste dag var det fyrverkeriet Christine Koht som bokstavelig talt tok scenen og salen med storm. En beretning fra sykesengen med redsel, uro og opplevd smerte, men også med en real hyllest til helsevesenet og kreftsykepleierne, og takknemlighet for det hun beskriver som «livet i gave». Koht beskriver sin «reise» som kreftpasient med tårer og sterke følelser, men også med rå og ufiltrert humor. Hvem andre kan entre scenen fremoverbøyd over en rullator, for så å løfte hele rullatoren over hodet.

Det kulturelle programmet var også på øverste hylle gjennom hele landskonferansen. Helene Bøksle innledet med sang så ubeskrivelig vakker, og Jonas Alaska avsluttet med nedtonet musikk med sterke tekster. Innimellom dette var det flere musikalske og kulturelle innslag med lokale krefter, vi fikk oppleve både shantikor, bluesband og gitar. Og jammen kom det ikke en nesten helt ekte Mette Marit på scenen under festmiddagen. Hva mer kan vi vel ønske oss da?...Jo, det er faktisk enda mer. En landskonferanse er alltid mer enn summen av foredrag og innslag. For like viktig disse dagene er at mennesker MØTES. Vi opplever, reflekterer, ler og gråter sammen. Knytter nye vennskapsbånd og styrker gamle. Treffer gode kolleger fra nært og fjern. Får påfyll på så mange ulike vis. Jeg tror vi alle reiser hjem og føler oss beriket.

Nå er det to år til neste gang, da er det Tønsberg som overtar stafettspinnen. Det gleder vi oss til, og er sikker på at også det blir en opplevelse og berikelse av både faglig, sosial og kulturell karakter. Husk å søke stipend når den tid kommer, så kanskje det er DU som får reise. ●

# Smånytt



Lokallagsleder Åshild Knatten og resten av lokallaget i Agder ønsker oss velkommen til konferansen.



Hovedstyret stod på stand under konferansen.

## LANDS- KONFERANSEN



Under festmiddagen var det utdeling av diverse priser. Vi gratulerer!



Årets  
kreftsykepleier  
2021

# Årets kreftsykepleier

Under den 20. Landskonferanse i Kreftsykepleie ble **Marianne Sivertsen Bentsen** kåret til Årets Kreftsykepleier 2021.

Marianne har jobbet innen kreftomsorgen i hele sin yrkeskarriere, og har siden 2008 jobbet som kreftsykepleier i palliativt team, Seksjon for smertebehandling og palliasjon, ved Haukeland universitetssykehus (HUS). Her har hun spesielt fokus på barnepalliasjon, og Marianne har vært en sentral pådriver for opprettelsen av barnepalliativt team på HUS i 2021.

Marianne har også videreutdanning i sorg fra Danmark, og har i en årrekke vært styremedlem i Norsk Barnesmerteforening. Hennes kollegaer på HUS sier at hun viser stor omtanke for pasienter, pårørende og kollegaer. Hun strekker seg lagt i oppfølgingen av pasienter og pårørende, både med hjemmebesøk og ekstra telefonsupport, og hun utmerker seg ved å gjøre en ekstra innsats blant kollegaene.

Vi gratulerer Marianne med prisen! ●

I en kommode finnes det separate skuffer, og det er lov å dytte inn noen skuffer mens du tar ut andre.

# Å leve med krise - midt i krisen

En krise kommer sjelden alene, sier ordtakingen. Vi må trøste oss med at vi kan finne mye glede midt i krisen også. Og gledene har en evne til å formere seg, de med. En glede kommer sjelden alene!

Henrik Syse,  
Filosof og forfatter

Det er likevel krisene jeg skal dele noen ord om nå. For midt i koronakrisen har mange av oss også opplevd andre kriser – midt i krisen. Kan det bringe noe godt at flere kriser kommer oppå hverandre?

Jeg har selv merket i hvert fall to gode ting jeg håper jeg har lært i denne krisetid. Det handler om kriseforståelse, og det handler om åpenhet.

Noe av det mest grunnleggende som vi har maktet i Norge under pandemien, er å skape en *kriseforståelse*. Der flere andre land lenge valgte å nedtone krisens alvor og heller se det an, for derigjennom ikke å skape for mye panikk eller for store endringer i hverdagen, var vi i Norge tidlig ute med å understreke krisens dybde. Dermed forstod vi at dette var alvor. Da ble det også enklere å lette på tiltakene og til og med å glede

seg over kontrastene mellom det strenge og det milde, det lukkede og det åpne. Jeg tror vi kan lære noe av denne evnen til å skape god og riktig kriseforståelse, også i hverdagen.

Det handler imidlertid om mer enn kriseforståelse. Sentralt er også den åpenhet som på sitt beste kan følge med en krise. Plutselig blir det mer legitimt å snakke om hvordan vi har det. Munnhell som "Står det bra til?" blir meningsfylte og innholdsmettede. Interessen for både mental og fysisk helse blir flyttet fra \*høflighetsfraser til reell omsorg. Kanskje blir det lettere å være syk når mange andre også er truet av sykdom? Kanskje blir det enklere å dele det som er vondt når vi alle er i samme båt?

Sammen med disse gode lærdommene skal vi ta en betydelig fare på alvor.

– Kanskje blir det enklere å dele det som er vondt når vi alle er i samme båt?

◀..... En pandemi – i likhet med andre kriser – kan bli så allestedsnærværende og altopplukende at vi mister blikket for alt annet. I astronomien snakker man om “sorte hull”: felter i verdensrommet der gravitasjonskraften er så enorm at den tiltrekker seg alt. Lyset suges inn i det sorte hullet, og alt rundt blir usynlig og mørkt. Dette skal vi passe oss for. Vi må gi plass til mer enn pandemien!

Hvis jeg skal dele en av mine favorithistorier om pandemien, må det være den om mannen som skal i butikken og ringer på forhånd for å forsikre seg om at det er trygt, og at han ikke bryter noen koronaregler. “Det går fint,” svarer butikkinnehaveren. “Det er bare å komme. Men vi har to krav: Du må ha på éngangshansker og munnbind.” Litt senere kommer mannen skrekkslagen tilbake til kona og utbryter: “De sa jeg bare trengte éngangshansker og munnbind, men alle de andre hadde jo på klær også!”

Kort sagt: Vi må ikke glemme at livet er så mye mer enn pandemien – så mye mer enn sykdommen! Når én sykdom tar mye plass, kan det gjøre at andre som fortjener like mye oppmerksomhet, kan drukne. La oss arbeide med å gi plass til alle sider ved menneskelivet, både det vonde og det gode, også – ja, ikke minst – midt i krisen. Det er farlig når en krise tar så stor plass at det blir umulig å presse den ut av synsfeltet. Jeg pleier å si at det er lurt å leve livet som en kommode snarere enn som et skap. I en kommode finnes det separate skuffer, og det er lov å dytte inn noen skuffer mens du tar ut andre. Åpner du derimot skapet, er *alt* synlig, og det er derfor vanskelig å unngå det som er vondt eller vanskelig eller rotete.

Livet er alltid mer enn det vonde. Det finnes alltid andre kommodeskuffer som fortjener å bli hentet ut. Det betyr ikke at vi skal fornekte det vonde. En lukket skuff må noen ganger åpnes igjen, for vi er kanskje

ikke ferdige med det som er i den. *Men den trenger aldri være ute hele tiden!* Og kanskje kommer dagen da vi endelig kan lukke den for godt.

I filosofien, som er mitt fag, snakker vi ofte om å se ting i det rette perspektiv. Den store filosofen Benedict Spinoza snakket endog om å se noe «under evighetens synsvinkel». Det er i sannhet et gedigent perspektiv!

Poenget er likevel at vi ikke trenger være filosofer eller se ting i det aller største perspektivet for å finne nye og berikende forståelser av livet. Både krisene og gledene som livet består av, kan hver på sine vis gi oss nye perspektiver. I fellesskap må vi forsøke å rydde godt med rom for både sorgene og gledene – og ikke minst må vi lage oss noen gode skuffer vi kan glede oss over å trekke ut, uten at hele skapet trenger å være åpent. ●



Foto: Julie Lunde Lillesæter/PRIO

## HENRIK SYSE

Henrik Syse (syse@prio.org) er filosof, forsker, foredragsholder og forfatter. Han har skrevet boken «Ord i krise» (Cappelen Damm, 2020) om koronakrisen og om hvordan vi kan skape og finne håp midt oppi store kriser.

# 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:



### Ronnaug 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

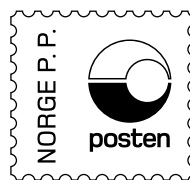
marie.botilsrud@astrazeneca.com

Referanse: Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft, årsrapport 2019: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2020/arsrapport-2019-nasjonalt-kvalitetsregister-for-lungekreft.pdf>

**AstraZeneca** 

AstraZeneca AS • AstraZeneca Nordic  
Fredrik Sølmers vei 6, 0663 Oslo  
Box 8050 Etterstad 0601 Oslo  
21 00 64 00 • [www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no)

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



# 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**

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.