

Kreftsykepleie



**Margrethe og Kristina
om livmorhalskreft**

**Kreftkompetanse
- vi må løfte i flokk**

**Ingen må være
supersykepleier**

Ansvarlig utgiver
Kreftsykepleierne NSF
 v/faggruppeleder **Tanja Yvonne Alme** tlf 95 16 06 42
 tanja.alme@sula.kommune.no

Redaktør
Anett Skorpen Tarberg tlf 90 79 85 96
 anett.s.tarberg@ntnu.no

Redaksjonsutvalg
Linda Falch-Koslung tlf 97 66 88 90
 uxndss@ous-hf.no

Fredrik von Lövensprung Eiesland tlf 45 23 42 70
 fredrikeiesland@hotmail.com

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

Annonseansvarlig
Anne-Britt Hauge tlf 41 44 99 46
 Anne-Britt.Hauge@bergen.kommune.no

Webansvarlig
Jannicke Rabben tlf 95941565
 jannicke.rabben@uia.no

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

 NSFs Faggruppe for kreftsykepleiere  @Nsfs_fks

Layout og design
Kristin Skeie Antoine • KSA_design
 Trykk **Aksell AS**

Bilder fra
iStock, Freepik

Forside
Fredrik Von Lövensprung Eiesland

Ønsker du å annonsere i tidsskriftet vårt?

Ta gjerne kontakt med annonseansvarlig.
 Tidsskrift nr 2 blir utgitt i november 2025.

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

Innhold



4	Hilsen fra faggruppeleder
6	Hilsen fra redaksjonen
7	Ingers hjørne
8	● Livmorhalskreft
16	Gynkreftforeningen
18	Fire på gangen
22	● Protonbehandling i Norge
28	Kreftoverlevende
32	Depresjon – en oversett utfordring hos eldre personer med kreft?
38	● Palliativ rehabilitering i klinisk praksis
43	Pallativ plan – erfaringer fra Møre og Romsdal
50	Ingen skal måtte være supersykepleier
58	Utdanning av kreftsjukepleiarar i Trondheim gjennom 25 år
66	Hverdagsblikk
69	● Regjeringen lanserte sin nye kreftstrategi



Tanja Yvonne Alme
Faggruppelider



Kreftsykepleiekompetanse - en nødvendig ressurs i kreftforløp

Det går mot vår og sommer. I dag skinner sola og vårblomster titter fram. Det gjør godt for kropp og sjel. Så er det også endelig nytt flott tidsskrift. Kanskje kan du få lest det i sola?

Ny kreftstrategi – en felles innsats mot et taktskifte

14. februar ble endelig ny kreftstrategi lansert. Lokallagsleder i Trøndelag, May Gøril Berg og hovedstyremedlem Anne Britt Hauge var tilstede under lanseringen ved St. Olavs.

Strategien omtales som et taktskifte. Vi er fornøyde med mange gode tiltak i strategien. Den gode kvaliteten i forebygging, behandling og tilbud til berørte av kreft skal bli enda bedre. Færre skal få kreft, flere skal overleve eller leve lengre med bedre livskvalitet. Norge skal være et foregangsland på dette. Vi skal ha gode pasientforløp og ha stort fokus på brukermedvirkning. Flere skal få delta i kliniske studier, det skal etableres nye screeningprogram for prostata og lungekreft, samt at livmorhalskreft som følge av HPV skal være uttrykket

innen 10 år. Dette er svært positivt. Det ble også sagt at pasienter og pårørende berørt av kreft skal få likeverdige tjenester uavhengig av hvor de bor. Men, kan dette være mulig når tilbudet er så ulik, særlig når det gjelder tilbud om kreftsykepleiekompetanse også i kommunehelsetjenestene?

Faggruppen har hatt stort fokus på kreftkoordinators rolle. Vi mener at alle kommuner bør ha en **kreftkoordinator med kreftsykepleiekompetanse**. Dette for å sikre likeverdige tjenester gjennom hele forløpet. Kreftkoordinator med kreftsykepleiekompetanse i hver kommune bør være lovpålagt. Dette vil vi jobbe mer med sammen med flere. Dessverre var kreftsykepleier og kreftkoordinator så vidt nevnt i strategien. Slik vi ser det vil kreftsykepleiere være viktig for å nå målene i strategien.

Pakkeforløp hjem kreft

Et av tiltakene strategien viser til for å sikre gode pasientforløp, er Pakkeforløp hjem kreft. Men, her må det tas grep. Vi er i gang med en kartlegging blant våre medlemmer. Til nå har 750 fra både sykehus og kommune svart. Kun 0,94 % (7 stk) av 750 svarer at pakkeforløpet fungerer svært godt. 11 % svarer godt, 20 % litt godt, mens 32 % svarer at pakkeforløpet ikke fungerer i det hele tatt og 32 % vet ikke om det fungerer. En endelig rapport av undersøkelsen vil bli publisert på vår web side og vil også bli delt med helsedirektoratet.

Stortingsvalg

Til høsten er det nytt stortingsvalg. Vi vil oppfordre alle våre medlemmer til å bruk alle muligheter til å løfte faget vårt. Kjenner du en politiker på lokal, regionalt eller nasjonalt nivå? Send hen en mail eller ta en telefon, be om et møte og fortell om kompetansen vår. Kreftkoordinator og Pakkeforløp hjem kreft, håper vi skal være noen som flere partier vil satse på. Fagpolitisk arbeid er viktig.

Arendalsuka

Lokallaget Agder har over flere år deltatt og stått på stand under Arendalsuka. Kjempebra. I år skal vi også delta med et arrangement sammen med pasientforeningen Norilco. Dette skal være en debatt med tema: forebygging etter at diagnosen er satt. Her vil vi ha mulighet til å løfte betydningen av vår kompetanse også i dette arbeidet. Så, er du i nærheten av Arendal 14. august håper vi du vil ta turen innom bystyresalen. Arrangementet er kl 8.30-9.30. Vi deler mer informasjon på vår facebook side og via medlemsportal når det nærmer seg.

Generalforsamling

10 september vil det gjennomføres digital GF for faggruppen. Innkalling og sakliste kommer til deg som medlem i god tid i forkant. Det skal også gjennomføres valg av leder, medlemmer og varamedlemmer. Ønsker du å stille til valg, se vår web side: Kandidater til styret i Kreftsykepleierne NSF for perioden 2026- 2028.

Landskonferanse i kreftsykepleie

Det er mye spennende som skjer i høst. Vi ser stort fram til årets store landskonferanse i Bergen. Har du ikke meldt deg på enda bør du gjøre dette nå. Landskonferanse er en fin mulighet for faglig påfyll, treffe andre og dele erfaringer på tvers av regioner og også litt



Lansering av Kreftstrategien ved St. Olavs. På bildet: Kenneth Sandmo Grip (fylkesleder), May Gøril Berg (lokallagsleder Kreftsykepleierne NSF), Anne-Britt Hauge (hovedstyret Kreftsykepleierne NSF) og Jon Christian Vestre (Helse- og omsorgsminister)

påfyll både kulturelt og sosialt. Jeg håper å se så mange av dere som mulig på konferansen.

Lokallaget Vestland har laget et flott program. Program og link til påmelding for Landskonferansen i Kreftsykepleie finner du her: www.landskonferanseikreftsykepleie.no

Til slutt vil jeg takke deg som er medlem i faggruppen. Sammen kan vi få til mye.

Har du saker eller temaer du ønsker faggruppen skal engasjere seg i, ikke nøl med å ta kontakt. Enten med oss i hovedstyre eller din lokallagsleder/ditt lokallag. Det gleder meg å se at det er stor aktivitet rundt om i lokallagene. Lokallagene er gullet i faggruppen vår. Sammen kan vi være ett lag og ha faget i front.

Ønsker deg en fin vår og en god sommer.
Ta vare. ●

Med vennlig hilsen
Tanja Yvonne Alme
Faggruppelider



Frå redaksjonen

Det er vår og vi nærmar oss sommaren med raske skritt, ei fin tid for mange. Vi er no inne i vårt andre år som redaksjon og synest sjølv vi har begynt å bli litt etablerte. Det er fint om du som lesar gir oss tilbakemelding, både ris og ros er fint. Vi jobbar hardt for at tidsskriftet skal verte best råd.

I forige tidsskrift løfta vi fram prostatakreftforeningen, denne gongen er det gynkreftforeningen vi har fokus på. Vi har også tillate oss å gjere nokre endringar. Forsida har nytt fokus, denne gongen er det to av artikkelforfattarane som har skrevet om livmorhalskreft som pryder denne. Nytt er også «Ingers hjørne.» Inger Utne er professor i Kreftsykepleie og vil vere fast skribent framover. Inger har eit eige blikk og ein god penn, vi gler oss til å følgje «Ingers hjørne» framover. Ei anna større endring er at tidlegare «Smånytt» har blitt har endra til «Hverdagsblikk». Vi ønsker her å gi eit større fokus til det som skjer rundt om i landet, arbeid som foregår, prosjekt, fagdagar og anna som kan vere interessant for andre å få eit innblikk i. «Hverdagsblikk» vil få større plass, då vi trur at det vil vere interessant for mange å lese om smått og stort som skjer rundt om kring innanfor vårt fagområde. Her trengjer vi tips og engasjement, så kjenner

du til noko spennande som har skjedd eller skjer i ditt område så gi oss eit tips eller send inn noko skriftleg, gjerne med bilder. Vi hjelper deg å formulere om du vil.

I dette tidsskriftet vil du finne mykje variert. Sjølv om vi har ekstra fokus på gynkreft så vil du finne mykje anna. Som protonterapi, rehabilitering, seinskade, palliasjon og tilbakeblikk på kreftutdanninga i Trondheim. Vi har også fått inn ein artikkel om kollegastøtte som kan vere til inspirasjon, kanskje særlig for ledere i kreftomsorg, då den legg vekt på ivaretagelse av reaksjonar etter hendelsar. Landskonferansen vert for oss årets høgdepunkt, vi gler oss til å få lære meir, verte oppdaterte på det nye og mest av alt treffe deg som deltakar og medlem av faggruppa. Vi i redaksjonen vil ha øyret og auge retta mot moglege ny skribentar under konferansen, vert ikkje overraska om akkurat du mottek eit hint om framtidig bidrag til artikkel i tidsskriftet vårt. Haustens tidsskrift vil ha eit ekstra fokus på konferansen. På baksida av dette tidsskriftet finn du informasjon om konferansen og påmelding. Kanskje vi sjåast i Bergen. Om du ikkje allereie er medlem i faggruppa så finner du QR-kode eller lenke til påmelding s 17. Håper tidsskriftet faller i smak. Vi i redaksjonen ønsker deg ein fin vår og sommar! ●

Tidsskriftet kreftsykepleie

Tidsskriftet Kreftsykepleie er eit medlemsblad for sjukepleiere med interesse for kreftomsorg. Gjennom tidsskriftet deler vi fagartiklar, fagstoff og anna som kan vere av interesse for medlemmar i faggruppa vår. Vi ønsker å vere ein formidlar av det som rører seg innanfor kreftomsorg og som kan tenkast å vere av interesse. Vi vil veldig gjerne ta imot fagstoff, fagartiklar frå våre medlemmar og andre som kan vere interessant for tidsskriftet. Tips oss gjerne om smått og stort! Det kan vere fagartiklar, arrangement som er planlagt, prosjekt, små nyheiter, bok

anmeldelsar og mykje anna.

Vi i redaksjonen forbehold oss retten til å velge ut kva som kjem på trykk. Tidsfrist for innlevert materiale vil vere 15 februar og 15 september. Innhaldet i tidsskriftet vert gjennomgått av oss i redaksjonen, men fagstoffet er ikkje fagfelleurdert eller på andre måtar gått igjennom vitenskaplig. Det som kjem i trykk, er fagstoff produsert av fagpersonar for fagpersonar med interesse for det som rører seg i den enkelte sin kliniske kvardag. For oss i redaksjonen er det viktig å påpeike at det som kjem i trykk ikkje nødvendigvis speglar redaksjonen sine synspunkt.

Redaksjonsutvalg:



Anett Skorpen Tarberg

Ansvarlig Redaktør.
Utdannet kreftsykepleier.
Førsteamanuensis ved institutt for helsevitenskap, NTNU Ålesund
Anett.s.tarberg@ntnu.no



Linda Falch-Koslund

Videreutdanning i kreftsykepleie.
Spesialrådgiver for Seksjon for helsekompetanse ved Oslo universitetssykehus
uxndss@ous-hf.no



Fredrik Von Löwensprung Eiesland

Videreutdanning i kreftsykepleie, master i klinisk forskning og fagutvikling. Kreftsykepleier ved onkologisk avdeling for lungeonkologi og lindrende behandling, Kreftsenteret Ullevål OUS
fredrikeiesland@hotmail.com

Vi må løfte i flokk

Kreftsykepleiere må synliggjøre den rollen de har i norsk helsevesen. Enda viktigere er det å fortelle politikerne at det er et enormt behov for oss.



Inger Utne

Professor em.
i kreftsykepleie

Helse er viktig. Om man har tvilt på dette, kan man gå til Kantars siste helsepolitiske barometer som nylig er offentliggjort. Målingen er Norges største i sitt slag, og den har et tydelig budskap: Helse og omsorg er det som flest mener bør prioriteres i statsbudsjettet.

Og hva mener folk flest i Norge er det aller viktigste innen helsesektoren? Jo, det er at vi har nok helsepersonell med den riktige kompetansen. Dette kan lyde som musikk i våre ører. Men uansett hva folk måtte ønske og mene i en undersøkelse, er det en lang vei inn til statsbudsjettet og til de enkelte kommunebudsjettene. Med en raskt aldrende befolkning, forholdsvis færre skatteyttere og en forsvarssektor som nå skal rustes opp, blir det stramme statbudsjetter framover. I kommunesektoren har vi allerede sett til dels betydelige nedskjæringer. Selv om altså befolkningen – ifølge Kantars undersøkelse – mener at det må satses på helsepersonell med den rette kompetansen, er det ikke noen selvfølge at dette vinner fram når budsjettene skal settes sammen, på Løvebakken og ute i mange hundre rådhus rundt om i landet.

Derfor er det viktig, ikke minst for oss kreftsykepleiere, å synliggjøre den jobben vi gjør. Enda viktigere er det å fortelle politikerne at det – helt uavhengig av alle andre gode formål i samfunnet – er et helt reelt behov for oss. Ikke bare er det dette behovet reelt, det er voksende. I dag er det 330 000 personer i Norge som har eller som har hatt kreft. Dette tallet øker stadig, og ifølge Folkehelseinstituttet får 45 prosent av alle norske menn og 38 prosent av norske kvinner en kreftdiagnose innen de fyller 80 år. Tallene taler altså sitt tydelige språk. Rundt regnet fire av ti nordmenn får en kreftdiagnose i løpet av livet. Tross god behandling er det ikke uvanlig at en kreftoverlever får nedsatt livskvalitet, og han eller hun må ha hjelp til å håndtere livets utfordringer. Dette kan være utfordrende både for den som har eller har hatt en kreftdiagnose og for de pårørende.

Enda vanskeligere er selvsagt situasjonen for dem som tross god behandling fra helsevesenets side må erkjenne at livet går mot slutten. Noen ganger handler dette om unge mennesker som har trodd at livet har stått foran dem, eller det kan dreie seg om mennesker midt i et travelt liv med jobb, ektefelle og barn. Når noen blir konfrontert av en slik diagnose, går de gjennom en livskrise som utenforstående knapt kan ane dybden av. Helsevesenet og sykepleien har mange delprofesjoner og hele vår sektor er fylt av dyktige, godt utdannede mennesker. Men det er bare vi kreftsykepleiere som er utdannet til å støtte og hjelpe mennesker som har eller har hatt kreft. Mange profesjoner kan gi hjelp på spesielle områder. For eksempel er det ingen tvil om at psykologer kan være nyttige i mange sammenhenger. Likevel er det kun vår gruppe som har en spesialkompetanse i å ta seg av hele det mennesket som har eller har hatt kreft. Derfor er vi viktige.

Men det er ikke noen selvfølge at alle er klar over det. Vi må vise oss fram. Vi må gjøre samfunnet og ikke minst politikerne oppmerksom på at vi finnes, hvilken kompetanse vi har og den viktige jobben vi gjør. Dette kommer ikke rekende på ei fjøl, for å bruke et gammelt visdomsord. Et eksempel på godt arbeide med å synliggjøre kreftsykepleieres viktige rolle så vi ved årsskiftet. Bydelen Søndre Nordstrand i Oslo forsøkte da å legge ned stillingen som kreftkoordinator. Da var det mange kreftsykepleiere som hevet sin røst i ulike kanaler; internt i Oslo kommune, gjennom faggruppen for kreftsykepleiere og via Kreftforeningen. Mange skrev artikler og meningsyttringer i pressen. Fra mange kanter kom det kritikk mot at stillingen som kreftkoordinator i bydelen ble lagt ned. Resultatet ble at bydelen gjorde om sin beslutning, slik at Søndre Nordstrand – en bydel med ganske mange levekårsutfordringer – likevel fikk beholde sin kreftkoordinator. Politikerne i Søndre Nordstrand forstod at vi er viktige. ●

Livmorhals- kreft



Prof. Kristina Lindemann

Overlege, professor.

Seksjon for gynekologisk kreftbehandling, Kreftkirurgisk avdeling, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus
Leder for Seksjon for forskning og kliniske studier, Kreftkirurgisk avdeling, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus
Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for gynekologisk onkologi, Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo



Margrethe Bjørnstad

Forskningskoordinator/sykepleier.

Seksjon for forskning og kliniske studier, Kreftkirurgisk avdeling, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus

Innledning og forekomst

Gynekologisk kreft oppstår i de kvinnelige kjønnsorganene og omfatter kreft i livmoren, livmorhalsen, eggstokker og eggleder, vulva, vagina og i sjeldne tilfeller, morkaken. Livmorhalsen ligger i den nedre delen av livmoren og forbinder skjede og livmor. I 2023 fikk 1737 kvinner i Norge gynekologisk kreft, hvorav 325 fikk påvist livmorhalskreft.

Livmorhalskreft er en av kreftformene som oftest rammer unge kvinner. På verdensbasis er livmorhalskreft den fjerde mest vanlige krefttypen hos kvinner og det er også den fjerde hyppigste årsaken til kreftdød hos kvinner. Denne krefttypen rammer særlig kvinner i lav- og middelinntektsland. I 2023 var livmorhalskreft den tredje vanligste kreftformer for norske kvinner i aldersgruppen 25-49 år, mens diagnosen er sjelden hos kvinner under 25 år. I 2022 døde 81 kvinner av sykdommen her i Norge.

Forekomsten av livmorhalskreft har gått ned fra midten av 1970-tallet til slutten av 1990-tallet. Siden da har forekomsten stabilisert seg med noen mindre

svingninger. Selv om forekomsten av livmorhalskreft i Norge har vært lavere de siste årene, er det fortsatt behov for forebyggende tiltak for å forhindre en økning i premaligne lesjoner og livmorhalskreft. Livmorhalskreft kan nemlig forebygges! (1)

Årsaker og risikofaktorer

Svulster i livmorhalsen klassifiseres etter WHO-klassifikasjonen fra 2020, som deler dem inn i HPV (humant papillomavirus)-assosierte og HPV-uavhengige svulster. Omtrent 80% av tilfellene er plateepitelkarsinomer, og nesten alle disse er HPV-assosierte. Adenokarsinomer, som vi andelsmessig ser flere av nå, er vanligvis også HPV-assosierte. (2).

HPV tilhører en gruppe DNA-virus med over 200 genotyper, hvorav omtrent 40 smitter ved seksuell kontakt. HPV-infeksjon er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen, og over 70 % av befolkningen får en genital HPV-infeksjon i løpet av sitt seksuelt aktive liv. Som regel merker man det ikke, og kroppen kvitter seg med infeksjonen av seg selv. Hos noen blir viruset likevel værende og kan føre til celleforandringer i livmorhalsen. Utviklingen av livmorhalskreft, eller forstadier til kreft,



Illustrasjonsfoto: Freepik.com

skjer gjennom celleforandringer som kalles cervical intraepitital neoplasia (CIN), eller plateepiteldysplasi. Plateepiteldysplasi har varierende alvorlighetsgrad, der CIN 3 kjennetegner de mest alvorlige celleforandringene. CIN 1-2 går ofte tilbake av seg selv, mens CIN 3 sjelden gjør det. Selv om ikke alle tilfeller av CIN 3 utvikler seg til kreft, behandles alle tilfeller for å forhindre kreftutvikling. HPV kan også forårsake andre krefttyper (for eksempel penis- og endetarmskreft) og kjønnsvorter.

I tillegg finnes det sjeldne typer livmorhalskreft som ikke er HPV-assosiert, som adenokarsinom av gastrisk type, klarcellet type og mesonefrisk type. Neuroendokrine svulster i livmorhalsen er sjeldne og noen av dem kan ha en spesielt ugunstig prognose. Det finnes også andre risikofaktorer for livmorhalskreft, som røyking og nedsatt immunforsvar, slik som ved HIV-infeksjon eller AIDS.

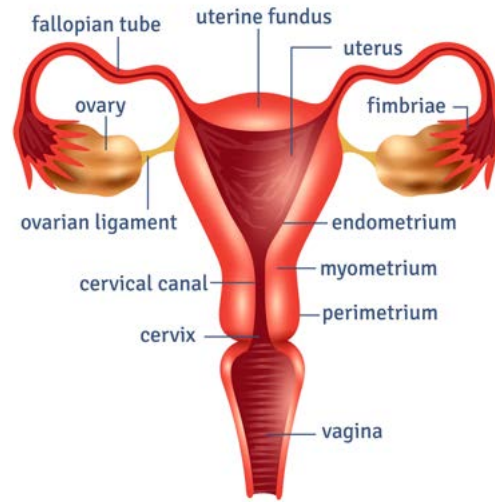
Forebygging

WHO har satt et ambisiøst mål om å eliminere livmorhalskreft globalt og forekomsten skal reduseres til under 4 per 100 000 kvinner. Dette målet hviler på de tre pilarene vaksinasjon, screening og behandling. For å oppnå målet om eliminering skal 90% av jenter være fullvaksinert med HPV-vaksinen innen fylte 15 år. Videre skal 70% av kvinner screenes med en høytytelsestest (livmorhalsprøve) innen de fyller 35 år, og igjen innen de fyller 45 år. I tillegg skal 90% av kvinner med kreft eller forstadier til kreft få adekvat behandling. Alle land bør oppnå disse 90–70–90-målene innen 2030 for at vi skal klare å eliminere livmorhalskreft (3). En ny nasjonal kreftstrategi ble lagt frem i februar 2025, hvorav et av tiårsmålene i strategien er å eliminere livmorhalskreft og annen kreft forårsaket av HPV. (4)

HPV-vaksinasjonsprogrammet

HPV-vaksinen virker forebyggende og er mest effektiv når den gis før seksuell debut, derfor tilbys den i Norge på 7. klassetrinn i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen gir god beskyttelse mot de HPV-typene den dekker, selv om man allerede er smittet med en annen genotype. HPV-vaksinen varer i mer enn 13 år, og det er foreløpig ingen data som indikerer behov for oppfriskningsdose (5).

Dekningsgraden for 16-åringer i Norge er høyt, med 90.4% for gutter og 92.6% for jenter (6). I Europa var derimot dekningsgraden for HPV-vaksinasjon betydelig lavere med bare 16% for gutter og 30% for jenter i 2023 (7). Vaksinen beskytter ikke mot alle



Livmorhalsen (cervix) utgjør overgangen mellom vagina og livmor (uterus). De fleste tilfellene av livmorhalskreft skyldes HPV-infeksjon i livmorhalsen.

kreftfremkallende HPV-typer, og regelmessige undersøkelser er derfor viktig. Vaksinerte kvinner bør også ta regelmessig HPV-prøver. (1)

Screening – Livmorhalsprogrammet

Screening og tidlig oppdagelse av livmorhalskreft eller forstadier til kreft er avgjørende for prognosen. Gynekologisk undersøkelse, HPV-test og livmorhalsprøve er viktige verktøy.

Livmorhalsprogrammet ble etablert av Kreftregisteret i 1995 og er et offentlig screeningprogram mot livmorhalskreft. Livmorhalsprogrammet har som mål å redusere forekomst og dødelighet av livmorhalskreft gjennom et systematisk og kvalitetssikret screeningprogram for kvinner i tråd med WHO sine mål om å eliminere livmorhalskreft. Dette screeningprogrammet undersøker friske mennesker regelmessig for å oppdage sykdom eller forstadier før symptomer viser seg. Livmorhalsprøven tas ved hjelp av en liten børste som samler celler fra livmorhalsens overflate. Fra 1. juli 2023 testes alle prøvene for HPV. Hvis prøven er HPV-negativ, anbefales ny prøve etter 5 år. Hvis prøven er HPV-positiv, sjekkes den for celleforandringer. Det tar vanligvis tre til fire uker å få svar på prøven.

Livmorhalsprogrammet samler inn data om livmorhalsprøvene og sender påminnelser til kvinner, leger og laboratorier for å øke oppslutningen og sikre anbefalt

oppfølging. Programmet sikter mot en dekningsgrad på over 80%, og i 2023 var deltakelsen i livmorhalsprogrammet 72.6%, som er en svak stigende trend. Uten screening hadde vi hatt en 70% høyere forekomst av livmorhalskreft. Tall fra 2023 viser at blant kvinner i alderen 25-69 år som fikk påvist livmorhalskreft, hadde 67.2% ikke tatt en livmorhalsprøve de siste 0.5-3.5 årene før. 57.5 % hadde minst én registrert prøve i perioden 0.5-10 år før diagnosen. (8) Dette bekrefter viktigheten av høy oppslutning i screeningprogrammet og at kvinner «sjekker seg».

Symptomer

Livmorhalskreft har ingen symptomer i tidlig stadium og oppdages vanligvis ved screening. Livmorhalskreft i senere stadium kan ha flere symptomer, hvorav de vanligste inkluderer unormale blødninger, som kan oppstå mellom menstruasjonene, under eller etter samleie, eller etter overgangsalderen. Andre symptomer er blodig og illeluktende utflod, samt smerter i underlivet, magen eller korsryggen, som kan oppstå spontant eller ved samleie.

Ved framskreden sykdom kan det oppstå mer alvorlige symptomer som nyresvikt, blodpropp, betydelige smerter i underlivet, blødning fra blære eller endetarm, og kraftig blødning fra skjeden.



Margrethe Bjørnstad og Kristina Lindemann.
Foto: Fredrik Von Löwensprung Eiesland

Utredning

Ved positiv HPV-test undersøkes livmorhalsen grundigere med hjelp av kolposkopi, hvor gynekologen studerer livmorhalsens slimhinne ved hjelp av en spesialkikkert for å se etter tegn til celleforandringer. Deretter tas det en vevsprøve (biopsi). Hvis biopsien viser alvorlige celleforandringer, må pasienten behandles kirurgisk, ofte med en konisering, hvor man opererer man bort en kjegleformet bit av livmorhalsen. Denne prosedyren er mest vanlig for pasienter med høygradige celleforandringer (CIN3). Hvis det tilfeldigvis oppdages en svulst i vevet, må man mistenke kreft og ta en vevsprøve. Pasienten vil så kalles inn på regionssykehus for nærmere undersøkelse, ofte i narkose. Pasienten kan i noen tilfelle være ferdigbehandlet etter en konisering dersom hele svulsten fjernes.

Ytterligere utredning inkluderer CT av lunger, mage og bekken, MR av bekkenet, og eventuelt PET-CT. Radiologiske undersøkelser er sentrale for å vurdere sykdommens utbredelse. MR av bekkenet gir et bilde av hvor langt opp og hvor dypt svulsten har vokst.

Utredning og behandling av eventuell komorbiditet er også helt avgjørende for å sikre god oppfølging. Funn av kreft ved biopsi danner grunnlaget for diagnostikk, og endelig diagnose og klinisk stadielinndeling fastsettes når radiologiske undersøkelser og histologiske og cytologiske resultater foreligger. Sykdomsutbredelsen defineres ved hjelp av FIGO-stadium fra I (tumors utbredelse begrenset til cervix) til IVB (fjernmetastaser) og TNM-klassifikasjon (2).

Behandling

Behandlingen av livmorhalskreft avhenger av svulstens størrelse, infiltrasjonsdybde og sykdommens utbredelse. Ved tidlig oppdagelse kan kreftsvulsten ofte fjernes kirurgisk. Ulike kirurgiske inngrep inkluderer konisering, fertilitetsbevarende kirurgi (trachelectomi) og fjerning av livmoren (hysterektomi) og vil i stor grad være avhengig av svulstens utbredelse, men også pasientens ønske om å bevare fertilitet. Kirurgien vil vanligvis også omfatte en kartlegging av lymfeknuter med vaktpostlymfeknute-teknikk eller fjerning av lymfeknuter i bekkenet.

Hysterektomi og lymfadedeketomi

Som regel vil en operasjon kreve at hele livmoren fjernes. I slike tilfeller kan man la eggstokkene stå hvis pasienten ønsker det. Det er nylig publisert data på at man ved mindre svulster ikke trenger å behandles med en radikal hysterektomi, hvor man i tillegg til å fjerne livmoren også fjerner støttevevet ved siden av livmoren (9). En enkel

◀ fjerning av livmoren er like trygg og er forbundet med mindre seneffekter i etterkant. I forbindelse med hysterektomien gjør man også en kartlegging av lymfeknutestatus enten med vaktpostlymfeknute teknikk eller fjerning av lymfeknuter. Her har også OUS rekruttert til en studie hvor man vil vise at vaktpostlymfeknuteteknikk er like trygg som full fjerning av lymfeknuter i bekkenet (10). Vaktpostlymfeknuteteknikken er forbundet med mindre risiko for lymfødeme og andre komplikasjoner etter kirurgi.

Fertilitetsbevarende kirurgi

Siden det ikke er uvanlig at yngre kvinner rammes av livmorhalskreft, bør man for utvalgte pasienter diskutere fertilitetsbevarende behandling med trachelektomi hvor en større del av livmorhalsen fjernes. Denne operasjonen tilbys unge kvinner med svulster mindre enn 2 cm som er begrenset til livmorhalsen. I noen tilfeller kan man gi cellegift for å få kontroll over sykdommen før inngrepet. Også i forbindelse med denne operasjonen vil man oftest kartlegge lymfeknutene i bekkenet.

Primær radikal strålebehandling

Hvis svulsten ikke kan opereres eller er forbundet med høy risiko for at pasienten trenger strålebehandling etter operasjonen (lokalavansert sykdom), er strålebehandling et alternativ, ofte kombinert med cellegift. Primær radikal strålebehandling kan innebære både utvendig og innvendig strålebehandling sammen med ukentlig cellegift. Strålebehandling gis som bestråling av livmoren fra utsiden og i form av radioaktive kilder som plasseres i livmorhalsen i korte perioder. Hele behandlingen skal være gjennomført i løpet av 50 dager. En nylig publisert studie viser at det er gunstig å legge til immunterapi ved strålebehandling (11). Også her har norske pasienter deltatt, og det forventes at behandlingen på sikt vil innføres i Norge.

Medikamentell behandling

Platinum-basert kjemoterapi gis typisk som en kombinasjon av cellegift med karboplatin og paklitaxel intravenøst hver 3. uke. Medikamentell behandling med cellegift brukes ikke bare som tillegg til strålebehandling, men også alene eller i kombinasjon med vaskulær endotelial vekstfaktor (VEGF)-hemmende behandling eller immunterapi, ved langkommet livmorhalskreft eller ved tilbakefall. VEGF er et protein som finnes på innsiden av blod- og lymfeårer og fremmer vekst av blodårer inn i kreftsvulsten, noe som gir svulsten økt oksygen og næring. VEGF-hemmere

binder seg til proteinet slik at det slutter å virke normalt, og dermed reduseres blodtilførselen til svulsten (12). Bevacizumab er et eksempel på en VEGF-hemmer.

Sjekkpunkthemmere

Immunterapi, eller sjekkpunkthemmere, har blitt en viktig del av behandlingen av livmorhalskreft, spesielt for pasienter med avansert eller tilbakevendende sykdom. Immunsjekkpunkter er en normal del av immunsystemet. Deres rolle er å forhindre at en immunrespons blir så sterk at den ødelegger friske celler i kroppen. Immunsjekkpunkter aktiveres når proteiner på overflaten av immunceller, kalt T-celler, gjenkjenner og binder seg til partnerproteiner på andre celler, som for eksempel svulstceller. Disse proteinene kalles immunsjekkpunktproteiner. Når sjekkpunkt- og partnerproteiner binder seg sammen, sender de et «av»-signal til T-cellene. Dette kan forhindre at immunsystemet ødelegger kreften.

Sjekkpunkthemmere fungerer ved å blokkere sjekkpunktproteiner fra å binde seg til sine partnerproteiner. Dette forhindrer at «av»-signalet blir sendt, slik at T-cellene kan drepe kreftcellene. De fleste immunsjekkpunkthemmere virker mot et sjekkpunktprotein kalt PD-1 eller dets partnerprotein PD-L1 og man tester ofte svulsten for uttrykk av PD-L1 før behandlingen med immunterapi startes (13).



Illustrasjonsfoto: Freepik.com

Behandling med sjekkpunkthemmere som pembrolizumab eller atezolizumab har vist seg å forbedre overlevelsen betydelig når det kombineres med platinumbasert kjemoterapi og bevacizumab (14) (15). For pasienter som ikke responderer på tidligere behandlinger, kan enkelt stoff behandling med sjekkpunkthemmere som cemiplimab være et alternativ (16). Det er viktig å informere pasienten godt om mulige bivirkninger av behandlingen og følge nøye med på disse under behandlingen. Pasienter bør vurderes for kliniske studier ved progresjon eller intoleranse mot behandlingen. (2) Dette kan gi pasienten mulighet til å motta skreddersydd behandling av sin kreftsykdom.

Lindrende behandling

Ved behov for lindrende behandling kan strålebehandling og/eller cellegift benyttes. Man kan også gi immunterapi når det ikke har blitt gitt før. Her er det også viktig med oppfølging av palliativt team og multidisciplinær omsorg for å sørge for best mulig livskvalitet ved livets slutt.

Bivirkninger av behandlingen og seneffekter

Behandling av livmorhalskreft kan føre til akutte bivirkninger og seneffekter, avhengig av behandlingsmetoden og pasientens individuelle forhold. Akutte bivirkninger ved kirurgi inkluderer blødning, infeksjon, organskade på blære, tarm, ureter eller blodkar, samt blodpropp. Bivirkninger ved strålebehandling og cellegift kan omfatte diaré, strålecystitt, beinmargsdepresjon, infeksjon, sår slimhinner og tretthet. Under behandlingen kan huden bli rød og sår i det bestrålte området, og det er viktig å informere pasienten om forholdsregler for å begrense plagene. Man bør unngå soling på det bestrålte området det første året etter behandlingen, og bruk solkrem med høy faktor. Andre bivirkninger som tretthet, kvalme, diaré og luft smerter kan også oppstå.

Bivirkninger ved immunterapi kan inkludere hudreaksjoner, trøtthet, hetetokter, muskel- og skjelettsmerter, fordøyelsesproblemer, hormonforstyrrelser, pustevansker, tåkesyn og betennelser i organer. Alvorlige bivirkninger kan omfatte kraftig diaré, pustevansker, liten urinmengde, synsforstyrrelser eller usedvanlig tørste.

Seneffekter etter kreftbehandling av livmorhalskreft kan variere avhengig av pasientens alder og type behandling. Kirurgi kan føre til arrforandringer, lymfødeme, mage-tarmproblemer, vannlatingsproblemer, smerter, seksuelle problemer, hormonelle problemer og barnløshet. Cellegift kan forårsake tretthet, kognitive

«Uten screening hadde vi hatt en 70% høyere forekomst av livmorhalskreft i Norge.»

problemer som konsentrasjonsvansker, hormonelle problemer, nerveproblemer som nummenhet og prikking, ledd- og bensmerter, samt hørselsproblemer. Strålebehandling kan resultere i tretthet, bekken-smerter, mage-tarmproblemer, vannlatingsproblemer, seksuelle plager, følgetilstand etter indusert klimakterium, fatigue og barnløshet. Det jobbes stadig med en forbedring av teknikken for strålebehandlingen for å minske risikoen for bivirkninger og seneffekter. Etter all behandling kan redusert arbeidskapasitet, emosjonelle problemer, angst og depresjon forekomme.

Oppfølging under og etter behandlingen

Formålet med responsevaluering underveis i behandlingen er å avklare hvorvidt svulsten eller spredningen blir mindre under behandlingen og ikke minst hvordan behandlingen tolereres. Etter strålebehandling vil man også sjekke om det foreligger restsykdom.

Mistanke om tilbakefall (residiv) av sykdom etter tidligere gjennomført kurativ behandling kan oppstå både ved rutinemessig kontroll i spesialisthelsetjenesten og ved oppfølging hos fastlege eller gynekolog. De fleste residivene er symptomatiske, og median tid til residiv varierer fra 7–36 måneder (2). De fleste tilbakefall skjer i løpet av de første 3 årene. Data viser at 66 % av pasienter som fikk residiv, fikk sitt første residiv innen 2 år og 85 % innen 3 år (2). Pasienter som har gjennomgått kurativ kirurgisk behandling følges generelt med klinisk undersøkelse og lav terskel for biopsi av suspekte lesjoner i vagina. Pasienter som har gjennomgått radikal radiokjemoterapi har oftest høyere risiko for residiv utenfor strålefeltet.

Standardisert klinisk kontroll, gynekologisk undersøkelse og vaginal ultralyd samt vurdering av eventuelle seneffekter anbefales hver 3. måned de første 2 årene, deretter hver 6. måned de neste 3 årene. Pasienter og pårørende bør få grundig informasjon om symptomer som kan indikere residiv, viktigheten av tidlig kontakt med helsepersonell ved mistanke, samt om håndtering av seneffekter etter behandling. Oppfølgingen bør imidlertid individualiseres

etter risiko for tilbakefall og hvilken behandling pasienten har fått. Verdien av rutinemessig oppfølging etter avsluttet kurativ behandling er omdiskutert på grunn av manglende dokumentert overlevelsesgevinst (2). Samtidig er det viktig med fokus på støttetiltak knyttet til rehabilitering og sen-effekter, noe som for enkelte pasientgrupper krever en systematisk og tverrfaglig tilnærming.

Overlevelse

Prognosen for pasienter med livmorhalskreft varierer avhengig av når sykdommen oppdages. Dersom kreften oppdages tidlig, er 5-års overlevelsen hele 96.1%. Prognosen er derimot vesentlig dårligere ved sen oppdagelse, hvor kun 26.5% av pasientene lever etter 5 år. Generelt er 5-års overlevelsen 82,6% for pasienter med livmorhalskreft i Norge, uavhengig av stadium (17).

Forskning

Det foregår mye spennende forskning på behandling av livmorhalskreft. Vi ser nytten av persontilpasset behandling med utgangspunkt i kartlegging av svulstens egenskaper og gener. Immunterapi har blitt en vanlig del av behandlingen, men vi har fremdeles mye å lære om hvem som har best utbytte av behandlingen og hvor lenge behandlingen bør gis.

I Norge delta vi i studier som undersøker hvordan vi karakteriserer pasienten under strålebehandlingen og hvordan behandlingen kan gjøres mer skånsom for pasienten. Videre venter vi på resultatene fra en studie som undersøker trygghet av vaktpostlymfeknute teknikk og hvordan vi kan skreddersy fertilitets-bevarende behandling. I tillegg deltar vi i utprøvende studier med nye medikamenter som kombinasjons-immunterapi eller antistoff konjugater. Det foregår også forskning på pasienten og deres pårørende i lindrende fase og hvordan omsorgen i denne fasen kan forbedres.

Avslutning

Livmorhalskreft er en alvorlig sykdom som rammer mange kvinner verden over, men med økt kunnskap, forebygging og tidlig oppdagelse kan vi redusere forekomsten og forbedre overlevelsen. HPV-vaksinasjonsprogrammet og livmorhalsprogrammet spiller en avgjørende rolle i å beskytte kvinner mot denne kreftformen. Videre forskning og utvikling av nye behandlingsmetoder gir håp om enda bedre prognoser i fremtiden. Det er viktig at helsepersonell fortsetter å informere og støtte kvinner i å ta ansvar for egen helse gjennom vaksinasjon og regelmessige. ●

Referanser

1. Folkehelseinstituttet. HPV-vaksine (Humant papillomavirus) – håndbok for helsepersonell 2024 [Available from: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hpv-vaksinasjon/?term=>].
2. Helsedirektoratet. Gynekologisk kreft - handlingsprogram for Livmorhalskreft (cervixcancer) 2023 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft--handlings-program/livmorhalskreft-cervixcancer>].
3. WHO. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf?sequence=1>.
4. HOD. Felles innsats mot kreft - Nasjonal kreftstrategi 2025–2035. 2025.
5. Folkehelseinstituttet. Vaksine mot HPV (humant papillomavirus) 2023 [Available from: <https://www.fhi.no/vaksine-mot-hpv>].
6. Folkehelseinstituttet. Norgeshelsa statistikkbank 2025 [Available from: <https://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>].
7. WHO. Cervical cancer elimination: progress evident, but tragically slow 2025 [Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/27-01-2025-cervical-cancer-elimination--progress-evident--but-tragically-slow>].
8. Kreftregisteret. Årsrapport 2023 - Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet. Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet; 2024.
9. Plante M, Kwon JS, Ferguson S, Samouëlian V, Ferron G, Maulard A, et al. Simple versus Radical Hysterectomy in Women with Low-Risk Cervical Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2024;390(9):819-29.
10. Mathevet P, Lécuru F, Uzan C, Boutitie F, Magaud L, Guyon F, et al. Sentinel lymph node biopsy and morbidity outcomes in early cervical cancer: Results of a multicentre randomised trial (SENTICOL-2). *Eur J Cancer*. 2021;148:307-15.
11. Lorusso D, Xiang Y, Hasegawa K, Scambia G, Leiva M, Ramos-Elias P, et al. Pembrolizumab or placebo with chemoradiotherapy followed by pembrolizumab or placebo for newly diagnosed, high-risk, locally advanced cervical cancer (ENGOT-cx11/GOG-3047/KEYNOTE-A18): a randomised, double-blind, phase 3 clinical trial. *The Lancet*. 2024;403(10434):1341-50.
12. Kreftlex. Bevacizumab (Avastin) 2025 [Available from: https://www.kreftlex.no/Lunge/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/med_lunge_Bevacizumab?lg=ks&CancerType=Lunge&containsFaq=False].
13. NCI. Immune Checkpoint Inhibitors 2022 [Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/immunotherapy/checkpoint-inhibitors>].
14. Monk BJ, Colombo N, Tewari KS, Dubot C, Caceres MV, Hasegawa K, et al. First-Line Pembrolizumab + Chemotherapy Versus Placebo + Chemotherapy for Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer: Final Overall Survival Results of KEYNOTE-826. *Journal of Clinical Oncology*. 2023;41(36):5505-11.
15. Oaknin A, Gladieff L, Martínez-García J, Villacampa G, Takekuma M, De Giorgi U, et al. Atezolizumab plus bevacizumab and chemotherapy for metastatic, persistent, or recurrent cervical cancer (BEATcc): a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet*. 2024;403(10421):31-43.
16. Özgüroğlu M, Kilickap S, Sezer A, Gümüş M, Bondarenko I, Gogishvili M, et al. First-line cemiplimab monotherapy and continued cemiplimab beyond progression plus chemotherapy for advanced non-small-cell lung cancer with PD-L1 50% or more (EMPOWER-Lung 1): 35-month follow-up from a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*. 2023;24(9):989-1001.
17. Kreftregisteret. Cancer in Norway 2023. Folkehelseinstituttet; 2024. Report No.: 0806-3621.

Life with.

En ny nettside, dedikert til deg som lever med metastatisk brystkreft tett innpå livet.



lifewith.no

Lifewith.no er et forum for kunnskap, hjelp og støtte, enten du selv har brystkreft med spredning, eller er pårørende.



Les mer på lifewith.no

Gynkreftforeningen

– et felleskap for alle som er berørt av gynekologisk kreft

Gynkreftforeningen er en pasientforening for alle kvinner som har, eller har hatt, en form for gynekologisk kreft, og for deres pårørende.



Rannveig Øksne
kommunikasjonsrådgiver
i Gynkreftforeningen
Foto: Morten Brakestad



De siste årene har medlemsveksten i pasientforeningen vært stor, flere har funnet frem til foreningen og oppdaget støtten og tilbudet som finnes i felleskapet.

– Vi har gjennom de siste fire årene også bygget opp likepersonstjenesten vår ytterligere, gjennom å doble antallet likepersoner. I dag har vi over 50 likepersoner som har samtaler med alle som tar kontakt og ønsker en prat. Våre likepersoner tilbyr støtte gjennom personlige møter, telefonsamtaler, elektronisk kommunikasjon, eller via ulike samlingspunkt, som for eksempel vakter på ulike Vardesentre, forteller Siri Berg, leder i Gynkreftforeningen.

Informasjonsarbeid spiller en sentral rolle

I tillegg til å fungere som et samlingspunkt for pasienter og pårørende, bruker foreningen tid og ressurser på et ustrakt informasjonsarbeid. I flere år har Gynkreftforeningen arrangert kunnskapsdager om gynekologisk kreft rundt i hele landet. Dette er et gratis tilbud for alle som er interesserte i å lære med om de ulike gynkreftformene, nye behandlingsmetoder, forskning, senskader, rehabiliteringstilbud osv. Her henter foreningen alltid inn dyktig medisinsk ekspertise som foredragsholdere. Foreningen har også produsert

en lang rekke nyttige brosjyrer, blant annet om alle de ulike gynkreftdiagnosene. Samtlige er kvalitetssikret av medisinsk ekspertise. Disse har foreningen fått gode tilbakemeldinger på og deles ofte ut til nydiagnostiserte pasienter. – Vi har stor tro på at kunnskap bidrar til trygghet, derfor jobber vi mye med å dele informasjon på ulike arenaer og i forskjellige formater. Vi gir ut Afrodite, vårt medlemsblad fire ganger per år, vi deler artikler på nettsider og i sosiale medier, vi produserer et bredt spekter av brosjyremateriell, vi arrangerer kunnskapsdager og webinarer, samt stiller opp og forteller om foreningen og deler pasienthistorier på eksterne arrangementer, sier Berg.

Kreftsykepleiere er viktig for pasientgruppen

Mange gynkreftpasienter gjennomgår svært tøffe, og ofte lange, behandlingsforløp. Å føle seg trygg og ivaretatt under behandling betyr mye. Her har kreftsykepleiere, som innehar kompetanse, kunnskap og erfaring, en enormt viktig funksjon, også for pårørende. Ofte har kreftsykepleierne mer tid til å svare på både små og store spørsmål, dette vet vi verdsettes av både pasienter og pårørende, sier Berg. ●

KORT OM GYNKREFTFORENINGEN

- Stiftet i 2011, og drives av frivillige
- Over 1500 medlemmer
- 11 lokallag fordelt rundt i landet

Følg foreningen på sosiale medier:

Instagram: [instagram.com/gynkreftforeningen/](https://www.instagram.com/gynkreftforeningen/)

Facebook: [facebook.com/gynkreft](https://www.facebook.com/gynkreft)



Er du sykepleier med interesse for kreftsykepleie?

Bli medlem av Faggruppen for kreftsykepleiere idag



**SEND SMS
«KREFT»
TIL 02409**

Bli medlem av faggruppen!
(kun for medlemmer av NSF)
Individuelt medlemskap: kr 400 per år
Studenter og pensjonister: kr 200 per år

Vi skaper møteplasser for fag- og kunnskapsutvikling – og du får mulighet til å påvirke og å bidra. Vi arbeider faglig og politisk med søkelys på utdanning, kompetanse og funksjon.

FORDELER MED MEDLEMSKAP:

- Mulighet for å søke stipendmidler for deltakelse på seminarer og konferanser.
- Rabatt på landskonferansen i kreftsykepleie (arrangeres hvert annet år).
- Deltakelse på fagmøter, fagkvelder og andre lokale aktiviteter.
- Nyhetsbrev med aktuelle tema fra kreftomsorgen.
- Abonnement på tidsskriftet Kreftsykepleie.
- Assosiert medlemskap i EONS (rabatt ved deltakelse på ESMO/EONS-konferansen).



Scann QR-kode eller gå til:
<https://www.nsf.no/fg/kreftsykepleiere>



NSFs Faggruppe for kreftsykepleiere



@Nsfs_fks



KREFTSYKEPLEIERNE
NSF

Fire på gangen ●●●

I denne utgaven av tidsskriftet ønsker vi å sette fokus på gynekologiske kreftdiagnoser og kreftsykepleiere som jobber med dette.



HEIDI KORSTAD

Alder: 54 år

Stilling: Kreftsykepleier

Arbeidssted: Gynekologisk kreftavdeling, poliklinikk

Utdanning, utdanningsinstitusjon og år:

Sykepleier, Innherred sykepleierhøyskole, 1994.

Videreutdanning i kreftsykepleie ved NTNU 2005.

Kan du fortelle om avdelingen hvor du jobber og pasientgruppen du møter?

Jeg er så heldig å få jobbe på Gynekologisk kreftavdeling og jeg er i hovedsak på poliklinikk. Der gir vi cellegiftkurer, både i kurativt formål, adjuvant men også som livsforlengende behandling. Dagene går i å gi kurer, koordinere med hjemmesykepleie for evt oppfølging. Tar kontakt med samtaletjenesten/prestetjenesten, sosionom, frisør, Vardesenteret, kateterseksjon, stråleterapien, pasienthotellet, lettposten etc. Vi har også polikliniske kontroller hos oss, i hovedsak på fredager.

Hvorfor har du valgt å jobbe med gynekologisk kreft?

Jeg jobbet tidligere med pasienter med lungekreft men

kjente at jeg ville prøve en annen avdeling. En venninne av meg jobber på gynekologisk kreft så hun tipset meg å ta kontakt med leder. Syns det er veldig spennende og givende pasientgruppe dette også. Pasientene er så gode og så er det veldig fint og trygt arbeidsmiljø. Og så skjer det så mye innen forskning syns jeg. Nå gir vi bla immunterapi og PARP-hemmere

Er det spesielle utfordringer du møter hos pasienter med gynekologisk kreft?

Jeg syns alle pasienter, uansett diagnose så er kreft inn-gripende i deres hverdag. Vi har jo unge damer/jenter og eldre damer, som får hverdagen snudd på hodet. Mange har blitt utsatt for seksuelle overgrep som gjør at ting blir så forsterket, uansett alder. Mange har PTST. Vi møter mange mødre som har omsorgsansvar men også unge jenter som ikke har rukket om få noen barn. Og kreften rammer også nærliggende organer som blære og tarm som gir så mange komplikasjoner. Mange lever med sine utfordringer som påvirker deres hverdag.

Hva tenker du om at tidsskriftet denne gangen setter fokus på gynekologisk kreft?

Det syns det er fantastisk! Det er viktig å få det frem da det er for mange tabubelagt emne. Og det er heller ikke blitt så mye belyst fra før.

Arbeidet du på samme avdeling når du tok videreutdanningen i kreftsykepleie og fikk du da utdanningsstilling?

Nei da jobbet jeg på lungeavdelingen med 2 års bindingstid. ●



CAMILLA SOTO SKOGLAND

Alder: 30

Stilling: Kreftsykepleier

Arbeidssted: Gynekologisk kreftavdeling, Haukeland universitetssykehus

Utdanning, utdanningsinstitusjon og år:

Sykepleien 2013-2016. Høyskolen Stord/Haugesund.

Videreutdanning i kreftsykepleie 2022-2023 VID.

Kan du fortelle om avdelingen hvor du jobber og pasientgruppen du møter?

På vår avdeling møter vi pasienter med gynekologisk kreft i hele forløpet. Noen kommer direkte fra legevakt med akutte symptomer som vi videre følger gjennom utredning, undersøkelser, kirurgi og medikamentell behandling på cytostatika poliklinikk som hører til sengeposten. Disse pasientene har også åpen retur til sengeposten. Noen kommer inn planlagt for optimalisering av ubehag og symptomer som kvalme eller smerter, andre kommer inn med akutte symptomer som krever umiddelbar behandling. Vi møter også pasienter i palliativ fase og flere av dem er innlagt hos oss i den terminale fasen.

Hvorfor har du valgt å jobbe med gynekologisk kreft?

Jeg interesserte meg for Gynekologisk kreft allerede som sykepleierstudent da jeg var i praksis på Gynekologisk avdeling i Haugesund. Med bakgrunn av denne erfaringen skrev jeg min bacheloroppgave om livmorhalskreft. Jeg syns derfor det virket spennende å jobbe på Gynekologisk sengepost i Bergen når jeg var ferdig utdannet.

Er det spesielle utfordringer du møter hos pasienter med gynekologisk kreft?

Gynekologisk kreft har ofte vage symptomer som gjør at flere pasienter kommer inn med utbredt sykdom. Å få sin kreftdiagnose i et langkomment stadium, kan oppleves som et sjokk som krever trygging, støtte og informasjon. Gynekologisk kreft kan ramme kvinner i alle aldre, det gjør at vi også møter unge kvinner i sårbare livssituasjoner. Disse kvinnene er ofte i full jobb, har små barn og familie som gjør situasjonen kompleks. Å møte disse unge pasientene kan være utfordrende emosjonelt også da man kan identifisere seg med deres sosiale livssituasjon. Felles for alle disse kvinnene er utfordringene kreften kan føre med. Den kan påvirke naturlige funksjoner som vannlatning, tarmfunksjon og seksualitet. Dette kan ha en negativ innvirkning på livskvaliteten.

Hva tenker du om at tidsskriftet denne gangen setter fokus på gynekologisk kreft?

Vi er en egen kreftavdeling som er separert fra de store kreftpostene på sykehuset, og opplever derfor at det er viktig å sette fokus også på gynekologisk kreft. Å jobbe med denne pasientgruppen syntes jeg viktig å formidle at er både spennende, lærerikt og givende.

Arbeidet du på samme avdeling når du tok videreutdanningen i kreftsykepleie og fikk du da utdanningsstilling?

Ja jeg jobbet på Gynekologisk kreft avdeling når jeg tok videreutdanning i kreftsykepleie, og fikk utdanningsstilling. ●



HILDE ROGDO

Alder: 62 år

Stilling: Kreftsyepleier i «Palliativ Team»

Arbeidssted: Gyn. kreft avdeling ved St Olavs Hospital

Utdanning, utdanningsinstitusjon og år:

Offentlig godkjent sykepleier ved Hedemark

Sykepleierhøgskole -92. Kreftsyepleier ved

Det Norske Radiumhospitalet 97/98.

Kan du fortelle om avdelingen hvor du jobber og pasientgruppen du møter?

Gynkreft avdeling ved St Olavs Hospital er organisert i sengepost og flere forskjellige poliklinikker. Det er poliklinikk der Gynkreft pasienter kommer før operasjon, til kontroller og behandling (cytostatika, immunterapi). Videre fins også en stomipoliklinikk og et relativt nyoppstarta palliativ team (2,5 år gammelt). Pasientene er i hele forløpet på avdelinga – fra de blir operert og er frisk, eller at det blir oppdaget kreft ved operasjon. Videre går de i behandling helt til de eventuelt kommer i palliativ fase. Det er også pasienter som dør på avdelinga men de fleste i hjemkommune eller på Øya Helsehus ved Avdeling Lindrende Behandling (kommunalt). Jeg har jobbet / jobber for det meste med de palliative pasientene og følger opp dem ved telefonkonsultasjoner, når de er hjemme.

Hvorfor har du valgt å jobbe med gynekologisk kreft?

Jeg startet på avdelinga, både fordi avdelinga var kjent for å ha en bra sykepleierledelse, godt arbeidsmiljø blant sykepleierne, og pga utlysing av en 100 % stilling for kreftsyepleier ved oppstart av Palliativ Team. Etter hvert så jeg hvor symptombelastet denne pasientgruppa var. Behovet for mer systematisk oppfølging av disse pasientene og bedre symptomlindring var stort.

Er det spesielle utfordringer du møter hos pasienter med gynekologisk kreft?

Det er som jeg har sagt over, at denne pasientgruppa

har stor symptombyrde. De kan få/ha spredning til tarm og noen får stomi, og det er mange som får subileus/ileus problematikk. Pasientene har lange forløp og går i lengre perioder til behandling både med cytostatika, immunterapi, strålebehandling og annet.

Hva tenker du om at tidsskriftet denne gangen setter fokus på gynekologisk kreft?

Det er veldig bra at tidsskriftet denne gangen setter fokus på gynekologisk kreft. Kvinners kreft i underlivet med alt det innebærer får kanskje ikke så stort fokus som det burde ha fått. På gyn kreft avdeling ved St Olavs Hospital, arbeider det kirurger som ikke er spesialisert på symptomlindring / palliasjon eller behandling. Jeg er også opptatt av at palliasjonen ikke skal bli prioritert som en egen spesialitet for leger lenger. Dette handler om økonomi, tilgang på ressurser og et veldig viktig fagfelt som blir nedprioritert. Det kan lett bli slik, at det blir kvalitetsforskjeller på den symptomlindring pasienter får. Fra mitt ståsted, der jeg har arbeidet i mange år med palliasjon flere steder (største delen av tiden som sykepleier) ser jeg dessverre, at det er slik. Kreftsyepleierne for denne pasientgruppa har en viktig oppgave når det gjelder å formidle behovet for kompetanse og ressurser får å kunne gi den beste hjelpa.

Arbeidet du på samme avdeling når du tok videreutdanningen i kreftsyepleie og fikk du da utdanningsstilling?

Nei, det gjorde jeg ikke. ●



MIA KVAMME

Alder: 34 år

Stilling: Onkologisk sykepleier

Arbeidssted: Radiumhospitalet, sengepost 5 sør

Utdanning, utdanningsinstitusjon og år:

Sykepleier ved HiO 2013, onkologisk sykepleier

ved VID/Diakonova 2016

Kan du fortelle om avdelingen hvor du jobber og pasientgruppen du møter?

Jeg jobber på Radiumhospitalet, på sengepost 5 sør. Her har vi har pasienter med gynekologisk kreft, brystkreft og pasienter med sykdommer i skjoldbruskkjertelen. Pasientene med gynekologisk kreft er i alle aldre. Her får de kirurgisk behandling samt strålebehandling og noe kjemoterapi. Vi tar også imot øyeblikkelig hjelp, det er som oftest pasienter vi kjenner litt fra før som får komplikasjoner under behandlingen. Pasientene er alt fra under utredning til palliasjon.

Hvorfor har du valgt å jobbe med gynekologisk kreft?

Det startet litt tilfeldig med at jeg fikk stilling som ekstravakt på avdeling for gyn.kreft. under sykepleierutdanningen, fikk så tilbud om stilling som sykepleier kort tid etter fullført bachelor på samme avdeling. Siden har jeg blitt her. Det er en ganske variert arbeidsdag og jeg har mange flinke, kompetente kollegaer som gjør det fint å være her. Dette er et relativt nisjete fagfelt, som gjør det spennende.

Er det spesielle utfordringer du møter hos pasienter med gynekologisk kreft?

Pasientene er ofte komplekse og har mange unike problemstillinger. Både fysiske og særlig psykiske. Pasientene er ofte i en krise når de er hos oss, så man får brukt mye av seg selv som person i tillegg til den faglige kompetansen. I tillegg er det historisk sett mye tabu forbundet med disse diagnosene, både rundt kvinnelighet, kropp og seksualitet, så det er fint å få «normalisert» dette.

Hva tenker du om at tidsskriftet denne gangen setter fokus på gynekologisk kreft?

Veldig bra! Det er ofte andre diagnosegrupper som er mer fremtredende i media og får mer «presse». Det er viktig å sette fokus på denne pasientgruppen da det rammer flere enn man kanskje hører om, grunnet tabu. Det er mange faktorer i kvinnes liv som påvirkes av diagnosen, og det er viktig å få frem. Både infertilitet, samliv, seksuell selvfølelse, funksjon og evne til et funksjonelt familieliv under behandling.

Arbeidet du på samme avdeling når du tok videreutdanningen i kreftsyepleie og fikk du da utdanningsstilling?

Det gjorde jeg. Var heldig og fikk utdanningsstilling på et gunstig tidspunkt, det synes jeg sykehuset burde fokusere mer på da det er økende krav om kompetanse. Kompleksiteten i pasientgruppen blir høyere og høyere, da er det viktig å ha kunnskapsrike, skarpe hoder. ●

Årets kreftsyepleier 2025



Hvert andre år deler FKS ut pris til en kreftsyepleier som utmerker seg i kreftomsorg. Det finnes så mange gode kreftsyepleiere der ute. Nå kan du sende inn ditt forslag.

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

Hvem kan bli nominert:

Kreftsyepleier som har utmerket seg ved å gjøre en ekstra innsats overfor pasienter med kreftsykdom, pårørende eller kollegaer. Han/hun kan jobbe klinisk og pasientnært eller drive med fagutvikling og forskning. Medlemmer i hovedstyre FKS kan ikke nomineres da disse er jury.

Vi er sikker på du allerede nå har flere kollegaer i tankene. Vi håper på mange nominasjoner.

Send din nominasjon til: uxndss@ous-hf.no

Skriv navnet på den du nominerer, arbeidssted, telefonnummer, din begrunnelse for nominasjonen og legg ved et bilde av vedkommende. Frist for innsending er **torsdag 11. september.**

Årets kreftsyepleier blir offentliggjort under landskonferansen i Bergen. Vinneren får diplom og en kunstgave.



Behandlingsrom.

Protonbehandling i Norge

**Einar Dale**

Overlege, Kreftklinikken,
Oslo universitetssykehus

**Einar Waldeland**

Seksjonsleder medisinsk fysikk,
Kreftklinikken, Haukeland
universitetssykehus

Denne artikkelen er en oppdatering av artikkelen «**Protonterapi i Norge**» i *Tidsskrift for Kreftskykepleiere*, 2019, nr 1.

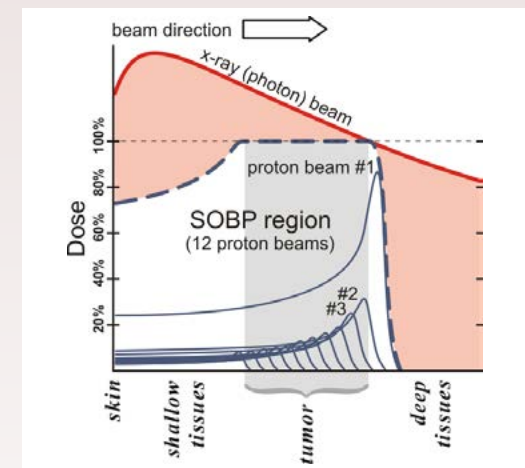
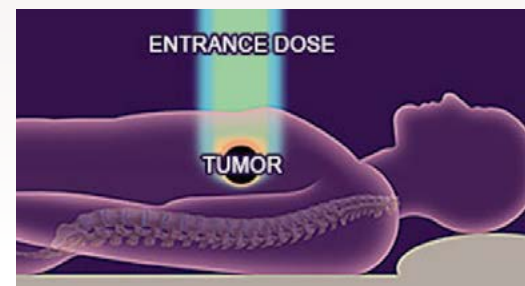
Hva er protonbehandling?

Strålebehandling er den viktigste behandlingsformen for kreft nest etter kirurgi og gis vanligvis med fotoner (1). Fotoner er røntgenstråling med høy energi og produseres vanligvis i en strålemaskin som kalles lineærakselerator, og det er disse maskinene som forbindes med stråleterapi i Norge i dag. Fotonstrålingen blir gradvis «svakere» når den passerer vev i en pasient, litt som en lysstråle i tåke (figur 1). Hvis kreftsvulsten sitter dypt i kroppen må strålingen passere gjennom svulsten og vevet på baksiden av svulsten for å oppnå en høy nok strålingsdose i selve svulsten. Det vil si at friskt vev som ligger foran og bak svulsten kan få betydelig uønsket

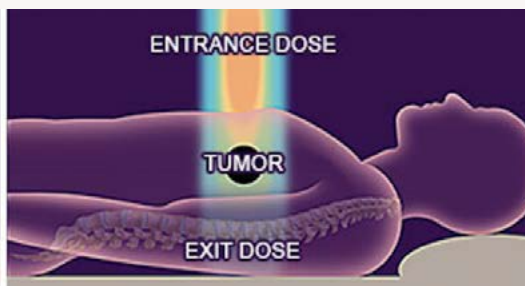


Figur 1: Vanlig strålebehandling med fotoner kan minne om en lysstråle som svekkes i tåke. Bildet er gjengitt med tillatelse av Techie Talk - <https://www.techietalk.co.uk>.

Figur 2 (under): Strålebehandling av en svulst i brystregionen. Venstre bilde: Protonstrålen stopper i et bestemt vevsdyp slik at det blir tilnærmet null skadelig stråledose i dyptet bak svulsten. Høyre bilde: Fotonstrålen svekkes jevnt innover i vevet, og man kan ikke spare normalvevet i dyptet bak svulsten. Figuren er gjengitt med tillatelse av University of Florida Health Proton Therapy Institute - <https://www.floridaproton.org/what-is-proton-therapy/benefits>.



Figur 3: Dybdedosekurver for vanlig strålebehandling med fotoner (X-rays (photon) beam; rød heltrukken kurve) og protoner (blå stiplede kurve). Figuren er gjengitt med tillatelse av Mark Filipak - https://en.wikipedia.org/wiki/Proton_therapy.



strålingsdose (figur 2 og figur 3). Dette kan igjen føre til bivirkninger og risiko for kreft i friskt vev mange år senere (sekundærkreft) (2). Protonbehandling innebærer at strålebehandlingen av pasienten gis med protoner i stedet for fotoner. I motsetning til fotoner, stopper protonene helt opp slik at det meste av strålingsdosen avsettes i et bestemt vevsdyp som bestemmes av energien til protonene. På den måten kan stråling til vevet i bakkant av svulsten unngås. Som sammenligning kan du tenke deg en snøball som ruller nedover en bakke og blir stor og tung i det den stopper opp (figur 4).

Hvilke pasienter bør få protonbehandling?

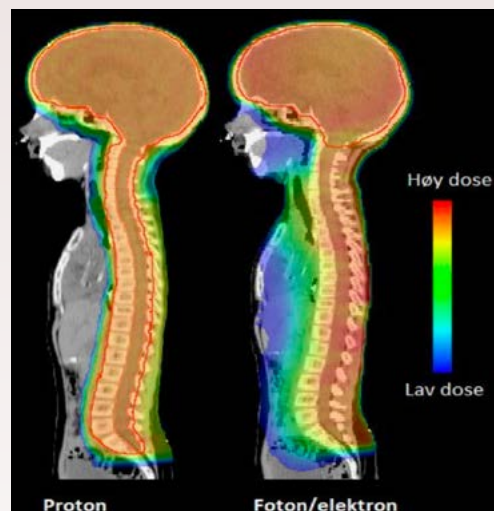
Ved visse typer kreft i sentralnervesystemet (CNS) er det nødvendig at alt CNS-vev får strålebehandling, såkalt behandling av total CNS akse (figur 5). Denne behandlingen brukes som et godt eksempel på at protonbehandling kan være bedre enn fotonbehandling. Pasienten unngår da å få strålingsdose mot bryst-

og bukorganer, noe som gir redusert bivirkningsrisiko som skade på f.eks. lunger og tarm. I tillegg vil det være redusert risiko for sekundærkreft grunnet stråling i en rekke organer. Siden protonbehandling gir mindre stråling til normalt vev ved kreftbehandling, er det mange som mener at barn og unge som vil leve lengst med bivirkninger bør prioriteres for denne behandlingen (3). Det har også vært vanlig å tilby protonbehandling til en del voksne med svulster i eller nær CNS. Det finnes andre diagnoser og sykdomslokalisasjoner der bildet ikke er så klart. Til tross for at det til nå er gitt protonbehandling til over 300.000 pasienter på verdensbasis, er det gjort få kliniske studier som dokumenterer nytten av protonbehandling. En del av forklaringen er at det har vært flest protonsentre i USA, hvor det er utfordrende å gjennomføre studier på behandlinger som finansieres gjennom helseforsikring.

I mangel på kunnskap fra kliniske studier, kan nøyere sammenlikning av behandlingsplanene (doseplanene) for protonbehandling og fotonbehandling være en god



Figur 4: Strålebehandling med protoner kan minne om en snøball som blir stor og tung i det den stopper etter å ha rullet ned en bakke. Foto: iStockphoto



Figur 5: Dosekart ved planlegging av strålebehandling av hele sentralnervesystemet hos et barn. Ved bruk av protonbehandling oppnår man tilnærmet null stråledose i bryst- og bukorganer. Ved vanlig strålebehandling med fotoner får bryst- og bukorganer betydelig stråledose som gir uheldige bivirkninger. Bildet er gjengitt med tillatelse av Grete May Engeseth, Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssykehus.

◀ fremgangsmåte for å finne pasientene som har størst fordel av protonbehandling (4).

I Norge vil man fra starten fokusere på å behandle pasienter innen gruppene barn og unge, pasienter med hjernekreft, hode-hals-kreft og sarkom, men også vurdere andre pasientspesifikke faktorer enn kun krefttype. Dette kan være faktorer som alder eller svulstens beliggenhet, samt faktorer som fremkommer ved sammenligning av doseplaner med fotoner og protoner. I tillegg vil det være stort fokus på at pasientene som behandles skal være inkludert i kliniske studier.

Nasjonal forberedelse til protonbehandling i Norge

Protonbehandling har vært utredet i Norge de siste 10-15 år, og det er allerede gjort mange forberedelser for å være klare til å starte med behandlingsformen. Utredningsarbeidet har lagt til rette for tettere samarbeid mellom stråleterapisentrene i Norge, og særskilt de fire regionssykehusene. De siste ti årene har det vært gjennomført nasjonale møter med fokus på å sammenligne doseplaner, og det siste året er dette intensivt betydelig. Behandlingsplaner fra norske pasienter som har fått protonbehandling i utlandet har vært gjenstand

for læring og vurdering. Det er nå utarbeidet en nasjonal kompetanseplan for protonkompetanse innen de sentrale yrkesgruppene onkolog, fysiker og stråleterapeut, som alle stråleterapisentre har fått tilgang til, med innspilte undervisninger og presentasjoner. Dette er utarbeidet i fellesskap mellom regionene – og er et godt eksempel på hvordan nasjonalt samarbeid kan gi gode effekter for stråleterapimiljøene. Mye av det som er bygd opp av samarbeid innen protonterapi har kommet hele stråleterapimiljøet til gode, og vil også gjøre det i årene fremover.



Protonbygget på Haukeland universitetssykehus.

Oslo universitetssykehus Radiumhospitalet etter ombygging. Protonbygget er det laveste med gress på taket.

Protonbygg i Oslo og Bergen

I Norge ble det i 2018 vedtatt å etablere protonterapi i Norge, i Oslo og i Bergen, med henholdsvis to og ett behandlingsrom (Figur 6-8). I tillegg skulle begge stedene ha ett ekstra rom som skulle brukes til forskning. I Oslo behandles etter planen pasienter fra mars 2025 og Bergen i mai 2025. Pasientbehandlingen nasjonalt er fordelt ved at pasienter fra Helse Nord vil få protonbehandling i Oslo sammen med pasienter fra Helse Sør-Øst, mens pasienter fra Helse Midt-Norge vil få protonbehandling i Bergen sammen med pasienter fra Helse Vest. Protonterapitilbudet i Norge har en maksimal kapasitet på 900 pasienter i året ved full drift. Til sammenlikning får omlag 13 000 pasienter i året vanlig strålebehandling med fotoner.

Protonbehandling er dyrt

Protonbehandling regnes av mange som noe bedre behandling enn fotonbehandling, men er omtrent tre ganger dyrere (3). Etablering av protonterapi i Bergen og Oslo har kostet rundt 3 milliarder kroner. Kritikere har hevdet at siden nytten av protonbehandling er usikker i forhold til kostnadene hadde det vært tilstrekkelig med ett senter i første omgang (5). Andre har ment at protonbehandling sannsynligvis er fordelaktig for mange pasienter og at Norge har et ansvar for å øke kunnskapen om hvilke pasienter som har best nytte

av protonbehandling (6). Beslutningen om etablering to steder var politisk, og vil gi muligheten for et godt forskningssamarbeid nasjonalt. Med beslutningen kom det også en målsetning om at et flertall av pasienter skal få protonbehandling i kliniske studier så man kan få økt kunnskap om hvilke pasienter som har størst nytte av protonbehandling. To sentre gir samtidig kortere reisevei for pasientene som helhet. En utfordring blir å sikre en jevn geografisk fordeling av pasienter som får protonbehandling, altså at et tilstrekkelig antall protonpasienter fra Midt-Norge og Nord-Norge får muligheten til å reise til Oslo og Bergen. ●

Referanseliste:

1. Halperin EC, Brady LW, Perez CA, Wazer DE. Perez & Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology Wolters Kluwer Health; 2013.
2. Wang C, King CR, Kamrava M, Iwamoto KS, Chen AM, Low D, et al. Pattern of solid and hematopoietic second malignancy after local therapy for prostate cancer. *Radiother Oncol.* 2017;123(1):133-8.
3. Durante M, Orecchia R, Loeffler JS. Charged-particle therapy in cancer: clinical uses and future perspectives. *Nat Rev Clin Oncol.* 2017;14(8):483-95.
4. Langendijk JA, Lambin P, De Ruyscher D, Widder J, Bos M, Verheij M. Selection of patients for radiotherapy with protons aiming at reduction of side effects: the model-based approach. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology.* 2013;107(3):267-73.
5. Berg AS, Stensvold A, Dalhaug A., Grønberg BH, Mjaaland I. Skandale å bygge to protonsentre. *Dagens medisin.* 2018 10.12.
6. Dale JE, Hysing LB, Brydøy M, Stokkevåg CH, Thörnqvist S, Dahl O. Forvrengt virkelighet. *Dagens medisin.* 2018 15.12.

«Protonbehandling regnes av mange som noe bedre behandling enn fotonbehandling, men er omtrent tre ganger dyrere.»

Forstoppelse skal forebygges og kan behandles¹

Rizmoic[®] (naldemedin) for behandling av opioidindusert forstoppelse (OIC) hos voksne pasienter som tidligere har blitt behandlet med et laksativ



Kan tas med eller uten mat, anbefalt samme tid hver dag.



En 200 µg filmdrasjert tablett daglig, uten behov for dosejustering av opioiddosen.



Rizmoic[®] kan brukes med eller uten laksantia.

- både for pasienter med kreftrelaterte smerter og ikke kreftrelaterte smerter

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Pasienter med kjent eller mistenkt gastrointestinal obstruksjon eller perforasjon og pasienter med økt risiko for tilbakevendende obstruksjon, grunnet fare for gastrointestinal perforasjon.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med tilstander som kan medføre redusert integritet i GI-traktus. Pasienter skal rådes til å rapportere eventuelle sterke, vedvarende eller forverrede symptomer på gastrointestinale bivirkninger. Bruk av naldemedin anbefales ikke til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Behandling innledes med forsiktighet hos pasienter > 75 år. Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon overvåkes innledningsvis.

Vanlige bivirkninger hos pasienter med kroniske, ikke-kreftrelaterte smerter og opioidindusert forstoppelse: diaré, abdominalsmerter, kvalme, oppkast. Hos pasienter med kreft og opioidindusert forstoppelse: **svært vanlige bivirkninger** diaré og **vanlige bivirkninger** abdominalsmerter.

Pakninger og priser: 30 tabl. kr 765,30, 100 tabl. kr 2 326,90. **Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av opioidindusert forstoppelse hos voksne pasienter når respons på vanlig avførende behandling ikke har vært tilstrekkelig.

Refusjonskoder: ICPC/ICD-75 OIC hos pasienter som kun kan oppnå tilstrekkelig effekt av opioidreseptorantagonist, vilkår 221 og ICPC/ICD -90 Palliativ behandling i livets slutfase, vilkår 136, 200. Vilkår:136: Refusjon ytes selv om legemiddelet skal brukes i mindre enn tre måneder. 200: Refusjon ytes kun til pasienter som ikke har tilstrekkelig effekt av vanlig avførende behandling. 221: Forstoppelse skal være induert av et opioid som pasienten får dekket etter refusjonskode -71.

Referanse: 1. Regional kompetansetjeneste i lindrende behandling i Nord-Norge, Medikamentell smertebehandling, Opioider. <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=LcnRJqmD> Lest 20.01.2025



Les mer om Rizmoic i
SPC fra 04.06.2024

Viatis AS
Hagaløkkveien 26, Pb 194 – 1371 Asker, Norway |
Tel: +47 66 75 33 00 | infonorge@viatis.com

Kreftoverlevende

– behov for nye tilbud



Jo-Åsmund Lund

Kreftlege Helse Møre og Romsdal HF og
førsteamanuensis NTNU Ålesund.



Torstein Hole

Hjartespesialist Helse Møre og
Romsdal HF, Professor II, NTNU

I Norge lever mer enn 330 000 mennesker etter en kreftdiagnose og kreftbehandling. Med stadig mer effektiv kreftbehandling, økende kreft insidens og bedre overlevelsestall, så øker denne gruppen raskt. Ofte er moderne kreftbehandling en viktig bidragsyter til den økte levetiden, men disse behandlingsformene bidrar også med potensielle bivirkninger som kan redusere livskvalitet, funksjonsnivå, og av og til leveutsikter for kreft overlevende. I tillegg kombineres ofte flere typer medikamenter med tradisjonell kreftbehandling som kirurgi og strålebehandling, som også medfører økt risiko for bivirkninger både på kort og lang sikt.

Kreftbehandling kan grupperes som følger:

1. **Kirurgi.** Kirurgisk fjerning av svulstvev og omkringliggende risikoområder er fortsatt den behandlingsmodaliteten som kurerer flest kreftpasienter. Selv om moderne kirurgiske teknikker som kikkhulls kirurgi med robot assistanse har blitt standard ved flere typer kreftkirurgi, vil inngrepene medføre en risiko for både akutte og sene bivirkninger. Først og fremst vil funksjonen til et organ/organsystem kunne påvirkes av kirurgisk fjerning av hele eller deler av et organ. Det mest typiske er fjerning av deler av mage-tarm kanalen med påfølgende funksjonsendring og påvirkning av ernæringsstatus. Videre kan kirurgi medføre en rekke endokrine plager – avhengig av målorganet for inngrepet. I sum betyr dette at kreftkirurgi kan ha en rekke konsekvenser for helsen til den enkelte – både på kort og lang sikt.

2. **Strålebehandling** er lokal behandling som påfører DNA skade i både friske og syke celler som ligger innenfor det bestrålte volum. Dette medfører celledød og eventuelt celledød, og som en hovedregel vil kreftceller dø i større grad enn normale celler. En har dermed et terapeutisk vindu; en større andel kreftceller vil dø enn normale celler. Skaden på de friske cellene er imidlertid ikke ubetydelig, og moderne strålebehandling har utviklet en rekke tekniske metoder for å kunne bestråle kreftsvulster til høye doser samtidig som man begrenser dosen til nærliggende friskt vev. Strålebehandling medfører en viss grad av inflammasjon underveis i behandlingsperioden og de første ukene deretter, før denne inflammasjonen erstattes av varierende grad av fibrose. Denne fibrosen kan utvikles over mange år etter behandlingen. Kreftoverlevende som har mottatt strålebehandling står dermed i fare for å utvikle senskader i mange år etter behandlingen. Hvilke(n) senskade(r) som oppstår avhenger av hvilket friskt organ som er bestrålt. Bestråling av hjertet kan f.eks. gi fibrose i hjertemuskulaturen med påfølgende hjertesvikt, samtidig som fibrose i koronare arterier kan øke risikoen for hjerteinfarkt. Dessuten er ioniserende stråling kreftfremkallende og kan medføre sekundære kreftsykdommer. Når en skal vurdere om kreftoverlevende har senbivirkninger etter strålebehandling er det helt sentralt å vurdere den doseplanen som ble brukt for å planlegge og gjennomføre vedkommende sin strålebehandling og sammenlikne denne med de kliniske symptomer og funn.



Foto: iStock

3. Det finnes en rekke **medikamenter** som benyttes i kreftbehandling, der hovedgruppene er kjemoterapi, antistoffer, kinasehemmere, hormonbehandling og immunterapi. Alle disse har sine særpreg når det gjelder virkninger og bivirkninger – både på kort og lang sikt:

3a. **Kjemoterapi** favner en bred gruppe medikamenter som er cytotoxiske. De har vært benyttet i flere ti-år i behandling av en rekke kreftsykdommer, både i kurativ og palliativ hensikt. Det finnes en rekke undergrupper av kjemoterapi, f.eks. alkyliserende midler, platinaforbindelser, antimetabolitter og antibiotika lignende stoffer. Felles for alle disse er at de rammer flere normale cellyper i tillegg til kreftcellene og dermed kan ha stort potensiale for bivirkninger. Platinaforbindelser er f.eks. tungmetaller som forblir i serum i mange år med velkjente sen effekter slik som nerve skade (nevropati i ekstremiteter, hørselstap) mens antibiotika lignende

stoffer (f.eks. doxorubicin) kan medføre hjertesvikt både underveis i behandlingen og mange år etter at behandlingen ble gitt.

3b. **Monoklonale antistoffer** er en gruppe medikamenter som vanligvis har en mer målrettet effekt mot kreftcellene eller andre celler sentrale i kreftcellenes vekst og deling – f.eks. nydanning av blodkar. Et av de første antistoffer som ble tatt i klinisk bruk – rituksimab – rammer CD20 reseptoren som man ordinært bare finner i lymfocytter og i B-celle lymfomer/leukemier. En forutså dermed med rette at dette antistoffet ville gi langt færre bivirkninger enn kjemoterapi, og senefekter direkte relatert til rituksimab behandling er sjeldne. Siden utviklingen av rituksimab har det kommet en rekke andre monoklonale antistoffer, slik som endotel vekstfaktor reseptor hemmeren cetuximab som benyttes i behandlingen av tarm kreft. Der denne har vanlige akutte bivirkninger

som hudutslett og risiko for dyp vene trombose er senefekter av cetuximab sjeldent.

3c. Kinasehemmere. Disse stoffene hemmer et utvalg av f.eks. tyrosinkinaser i en rekke forskjellige celler – ikke bare kreftceller. En av de aller første kinasehemmere var imatinib, som benyttes i behandling av Philadelphia kromosom positive leukemier og CD 117 positive gastrointestinale stromale svulster (GIST). Denne har – som de fleste andre kinasehemmere – en rekke mulige behandlingsrelaterte bivirkninger fra mange organsystemer slik som luftveier, mage/tarm kanalen, blod/lymfe og hud. De fleste bivirkninger opphører når behandling avsluttes, og kliniske spesifikke senefekter etter kinasehemmer behandling er ikke vanlig.

3d. Hormonbehandling er blant de eldste medikamentelle kreftbehandlinger vi har, og er hyppigst brukt i behandling av bryst- og prostatakreft. Siden kreftcellene ved disse sykdommene er følsomme for tilførsel av hhv østrogen/progesteron og testosteron kan blokkering av disse hormonenes produksjon eller tilførsel til perifert vev utnyttes. Bivirkningene av medikamenter som tamoksifen, bicalutamid og goserelin er forutsigbare ved at symptombildet utløses av at disse medikamentene påfører pasienten varierende grad av menopause. Symptomer som hetetokter, vektøkning, humørsvingninger og redusert libido er vanlige og vil kunne vedvare lenge under pågående behandling. Selv

der hormonbehandling seponeres vil det være en fare for at pasientens hormonbalanse ikke gjenopprettes, og at noen av symptomene kan bestå i lang tid.

3e. Immunterapi ble introdusert i behandlingen av metastatisk maligne melanom i Norge i 2012. Den vanligst brukte immunterapi består av antistoff som binder seg til PD-1/PD-L1 på kreftceller og dermed sørger for at pasientens egne immunceller kan bidra til drap av kreftceller. Pembrolizumab er et slikt antistoff som nå benyttes i behandlingen av en rekke kreftsykdommer. For behandlingen av metastatisk malignt melanom og enkelte andre kreftsykdommer har disse medikamentene medført en revolusjon der kurasjon kan oppnås for en stor andel av pasientene, mens for andre kreftsykdommer er virkningen langt mer begrenset. Disse medikamentene har også sine forutsigbare bivirkninger, i det de kan stimulere til auto immune sykdomsprosesser i en rekke organsystem. Thyreoiditt, kolitt, pneumonitt og hypofysitt er alle slike sykdomsbilder som kan utløses av immunterapi og som kan kreve behandling med immun-dempende medikamenter slik som kortikosteroider i tillegg til å ta pause fra eller seponere immunterapien. Selv om faren for disse bivirkningene er størst tidlig i behandlingsfasen kan de oppstå etter noe tid og vedvare lenge – opp mot år. Basert på vår kliniske erfaring er det allikevel sjelden at immunterapi er sentral i årsaken til at en kreftoverlever har

«Vi har som målsetning å utvikle et senter for kreftoverlevende som i tillegg til pasientbehandling bidrar til å bygge kompetanse hos helsepersonell, pasienter og pårørende samt driver forskning.»

helseplager som medfører vurdering ved en senskade poliklinikk, men vi ser gradvis økende evidens for at immunterapi kan være bidragsyter til sammensatte langvarige symptomer slik som fatigue.

Hva har vi gjort i Helse Møre og Romsdal HF?

Helse Midt-Norge RHF påla i 2022 sine tre helseforetak (Helse Møre og Romsdal, St Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag) å etablere et poliklinisk tilbud til kreftoverlevende. HMR etablerte dette tilbudet høsten 2022, og i desember ble de første pasientene vurdert. Vi har som målsetning å utvikle et senter for kreftoverlevende som i tillegg til pasientbehandling bidrar til å bygge kompetanse hos helsepersonell, pasienter og pårørende samt driver forskning. Vi arbeider i et nasjonalt nettverk med å etablere dette senteret i et samarbeid med St Olavs Hospital HF og de øvrige norske sykehusene som har tilbud til kreft overlevende. I HMR-HF har vi følgende kriterier for at man skal kunne vurderes ved senefekt poliklinikken: Det må ha gått mer enn 1 år siden avsluttet antatt kurativ kreftbehandling, det må være en begrunnet mistanke om at de aktuelle plager er knyttet til kreftbehandlingen, og pasienten må være minst 18 år gammel. Vi har utarbeidet en mal for hva henvisning til senefekt poliklinikken skal inneholde, og denne er tilgjengelig på våre nettsider (<https://www.helse-mr.no/avdelinger/klinikk-for-kreftbehandling-og-rehabilitering/kreft-poliklinikken-alesund/seineffektpoliklinikken/#informasjon-til-fastleger>). Det er som regel fastleger som henviser, og henvisningen sendes til Klinik for kreft og rehabilitering/onkologi. Henvisningen blir først vurdert av en onkolog, og som oftest diskuteres den deretter i et multidisiplinært team (MDT) møte der det i tillegg til onkolog for tiden deltar kreftsykepleier, nevropsykolog, kardiolog, fysikalsk medisiner, nevrolog, pediatr og fastlege. Vurderingen der legger føringer for hvordan pasienten skal kartlegges og hvilke tiltak som synes mest aktuelt. De pasientene som kommer til konsultasjon treffer onkolog og kreftsykepleier, og unntaksvis deltar annen spesialist i tillegg. For mange

pasienter vil dette være eneste gang man kommer på senefekt poliklinikken, men for noen – spesielt de som har uttalt fatigue – kan en oppfølgende konsultasjon hos kreftsykepleier være aktuelt. Vi oppfordrer alle pasientene som skal ha time hos oss til å fylle ut standardiserte spørreskjema på forhånd via checkware. Disse spørreskjemaene omhandler fatigue, søvn, depresjon/angst i tillegg til generelle helsespørsmål. Den polikliniske konsultasjonen foregår fysisk på kreftpoliklinikken ved Ålesund Sjukehus, men vil bli flyttet til det nyetablerte Vardesenteret i nær fremtid.

Siden vi startet dette tilbudet, har vi fått henvist nærmere 100 pasienter. Ca 20 av disse er blitt avvist, typisk fordi de enten fremdeles får kreftbehandling, er i en palliativ situasjon eller der det ikke er sannsynlig at helseplagene har sammenheng med gjennomgått kreftsykdom/behandling. Det er en rekke forskjellige tiltak som er aktuelle som konsekvens av en vurdering ved senefekt poliklinikken: døgnet eller dag basert spesialisert rehabilitering, henvisning til sykehus spesialist, henvisning til kommunale helsetjenester slik som fysioterapeut, Aktivinstruktør eller psykologisk tilbud, medikamentell behandling av f.eks. nevrologiske smerter, henvisning til lavterskel mestringstiltak f.eks. i regi av Vardesenter m.m. Vi vektlegger også samtale rundt egenmestring under den polikliniske konsultasjonen.

Vi har gjennomført ett to dagers kurs for fastleger høsten 2024 der senefekter etter kreftbehandling stod sentralt. I tillegg har vi nylig fått nødvendige godkjenninger fra personvernombudet i HMR-HF til å etablere et forsknings- og kvalitetsregister for kreftoverlevende i Møre og Romsdal. Arbeidet for å sette dette registeret i drift er i gang, og vi håper å inkludere de første pasientene i registeret i løpet av våren 2025.

Totalt sett har Helse Møre og Romsdal HF etablert et tilbud til kreftoverlevende i vårt fylke, og vi er i ferd med å utvikle dette til et bredere senter for kreftoverlevende, slik vi har satt oss som målsetning. ●



Foto: Freepik

Depresjon

– en oversett utfordring hos eldre personer med kreft?



Ann Helen Torstveit-

Førsteamanuensis,
Fakultet for helsevitenskap,
Oslomet – storbyuniversitetet



Anne Grethe Kleven

Universitetslektor,
Fakultet for helsevitenskap,
Oslomet – storbyuniversitetet

Hovedbudskap

Depressive symptomer er vanlige hos eldre med kreft, men blir ofte oversett. Dette skjer fordi symptomene kan likne tegn på aldring, kreftsykdom eller bivirkninger av behandling. Kombinasjonen av fysisk svekkelse, komorbiditet, kognitiv svikt og ensomhet øker sårbarheten for depressive symptomer i denne pasientgruppen. Økt bevissthet og personsentrert oppfølging fra helsepersonell, særlig sykepleiere, er viktig for å oppdage og ta vare på den psykiske helsen til eldre kreftpasienter.

Innledning

Å få en kreftdiagnose innebærer ofte en betydelig opplevelse av stress for den som er rammet. Mange eldre opplever det som en stor psykisk belastning og kan føle at sykdommen truer livet deres.

Depressive symptomer hos eldre med kreft kan være vanskeligere å oppdage enn hos yngre personer, fordi de klassiske symptomene på depresjon, som tristhet, kan være mindre fremtredende hos eldre. Andre symptomer, som dårlig matlyst, søvnforstyrrelser og utmattelse, kan lett forveksles med bivirkninger av kreftsykdommen, behandlingen eller høy alder.

Formålet med fagartikkelen er å belyse hvor vanlig depressive symptomer er hos eldre kreftpasienter, og å beskrive faktorer som kan øke sårbarheten for slike symptomer. I tillegg ønsker vi å øke sykepleieres bevissthet om depressive symptomer, med det formål å forbedre oppfølgingen og omsorgen av eldre kreftpasienter.

Forekomst av depressive symptomer hos eldre kreftpasienter

Eldre personer med kreft kan ha en spesiell sårbarhet for å utvikle depresjon. I befolkningen generelt er det flere eldre kvinner enn menn som har depresjon (1). Mange eldre lever med både fysiske og psykososiale belastninger, som komorbiditet, ensomhet og tap av



Foto: Freepik

nettverk. Dette kan øke risikoen for psykiske problemer, som depressive symptomer (2).

Forskning viser at depresjon er utbredt blant eldre pasienter med kreft, men den rapporterte forekomsten varierer mye. I en oversiktsartikkel rapporterte så mange som 71 prosent eldre depressive symptomer i løpet av kreftforløpet (3).

Selv om depressive symptomer er vanlige hos eldre kreftpasienter, blir de ofte oversett eller feiltolket av helsepersonell. Eldre sier sjeldnere fra om klassiske tegn på depresjon, og symptomene kan i stedet vises som somatiske plager som tretthet, slapphet og nedsatt matlyst (4). Slike plager blir ofte feilaktig forklart med kreftsykdommen eller alderdom, og ikke depresjon. Forskning viser også at eldre i mindre grad forteller at de føler seg triste (5).

Selv om depresjon er vanlig og kan ha alvorlige følger for eldre med kreft, så er kunnskapen om risikofaktorer for utvikling av depresjon begrenset.

Fysiologiske endringer hos eldre kan øke risikoen for depresjon

Aldersforandringer som redusert syn og hørsel kan gjøre hverdagen vanskeligere for eldre. For kreftpasienter, som allerede er i en sårbar situasjon, kan den ekstra belastningen av nedsatt syn og hørsel gjøre det enda vanskeligere å håndtere sykdommen og behandlingen. For eksempel kan pasienter med redusert hørsel ha problemer med å få med seg viktig informasjon fra helsepersonell om diagnosen, behandlingen og mulige bivirkninger.

Dårligere fysisk funksjon øker risikoen for depresjon hos eldre personer med kreft (6, 7). En viktig årsak til dette er at eldre ofte mister muskelmasse og funksjon, spesielt i underekstremiteter. Det finnes et spekter av muskelendringer som er assosiert med aldring. Noen endringer skjer naturlig med alderen, mens andre skyldes sykdom som kreft (8). I tillegg kan for eksempel nevropati, som er en vanlig bivirkning av noen typer

«Sykepleiere må være oppmerksomme på hvordan fysisk svekkelse og inflammasjon kan påvirke den mentale helsen.»

◀..... kjemoterapi, gi nummenhet i hender og føtter. Dette øker risikoen for fall og skader. Nevropati er også ofte smertefullt, noe som kan begrense fysisk aktivitet hos eldre kreftpasienter (9).

Eldre har mindre evne til å håndtere stress og sykdom fordi kroppen deres har redusert reservekapasitet. Dette kan føre til økt sårbarhet for depresjon. I tillegg har mange eldre en lavgradig inflammasjon, som kan påvirke nivåene av proinflammatoriske cytokiner som IL-6, IL-8 og TNF- α . Disse cytokinene er koplet til utvikling av depresjon og kan være med på å forverre de depressive symptomene hos eldre kreftpasienter (10). Sykepleiere må være oppmerksomme på hvordan fysisk svekkelse og inflammasjon kan påvirke den mentale helsen. De må derfor tilpasse omsorgen, for eksempel ved å gi psykologisk støtte og følge med på tegn til depresjon.

Mange eldre har komorbide lidelser i tillegg til kreftsykdom

Flere studier har vist at et høyere antall komorbide tilstander er forbundet med økt forekomst av depressive symptomer hos eldre kreftpasienter (3, 7, 11). Komorbide tilstander som ofte rammer eldre, for eksempel hypertensjon og artritt, henger sammen med lavgradig inflammasjon (12, 13). Dette kan øke risikoen for depresjon hos denne gruppen.

Eldre pasienter med komorbide tilstander har ofte plagsomme symptomer, som dyspnea og smerter, som også er forbundet med depresjon (14, 15). Videre vil komorbiditet hos eldre føre til at de har behov for flere medikamenter for å regulere lidelser. Når eldre tar flere legemidler samtidig, i tillegg til kreftbehandling, øker risikoen for legemiddelinteraksjoner og bivirkninger, som igjen kan bidra til utvikling av depressive symptomer. En studie viser at eldre med kreft som bruker fem eller flere medikamenter, har høyere risiko for å bli deprimerede (2).

I tillegg har enkelte medikamenter bivirkninger som nedstemthet. Dette gjelder for eksempel antihypertensiva og enkelte smertestillende medikamenter (16). Persontilpasset omsorg er derfor viktig for eldre

pasienter med kreft, og sykepleiere må ha detaljert kunnskap om hvordan komorbiditet og polyfarmasi påvirker eldre.

Depressive symptomer øker hos eldre med kognitiv svikt

Kognitiv svikt forekommer hos eldre personer. I tillegg kan noen kreftbehandlinger føre til mental fatigue. Spesielt kjemoterapi og strålebehandling er kjent for å gi denne typen fatigue både under og etter behandling. Mental fatigue gir symptomer som for eksempel redusert hukommelse og konsentrasjon (17).

Kognitiv svikt kan gjøre det vanskelig for eldre kreftpasienter å forstå og følge behandlingsopplegg, kommunisere effektivt med helsepersonell og ta beslutninger om egen helse. Slike symptomer, som dårligere hukommelse, desorientering og vansker med å løse problemer, kan føre til frustrasjon, angst og depresjon (18).

Lavgradig inflammasjon kan ha en negativ effekt på den kognitive funksjonen (10), som også kan gjøre det vanskelig å håndtere kreftbehandlingen. Når en pasient sliter med hukommelsen, forvirring og problemløsning, kan det føre til at de føler seg hjelpeløse og mister kontrollen. Derfor er det viktig å tilpasse kommunikasjonen med eldre som opplever kognitiv svikt. Det kan gjøres ved å gi klare og enkle instruksjoner, gjenta informasjon og bruke visuelle hjelpemidler.

Det er også viktig å involvere pårørende og omsorgspersoner i behandlingsprosessen for å sikre at pasienten får den støtten og oppfølgingen de trenger.

Eldre kreftpasienter opplever ensomhet

Eldre kreftpasienter møter ofte store psykososiale utfordringer, som endringer i livssituasjon, ensomhet og avhengighet. Slike forhold kan påvirke den mentale helsen og bidra til utviklingen av depressive symptomer. Når eldre mister en ektefelle eller får et redusert sosialt nettverk, kan de føle seg ensomme, noe som kan utvikle seg til depresjon (19).

Ensomheten kan føre til at eldre mister motivasjonen til å lage mat og spise regelmessig, som igjen resulterer i et dårligere kosthold og svekket helsetilstand. Tidligere

forskning har vist at dårlig ernæring hos eldre med kreft øker risikoen for depresjon (6, 7). Dette kan skyldes at dårlig ernæring henger sammen med lavgradig inflammasjon, endringer i tarmens mikrobiota og mangel på viktige næringsstoffer som er koplet til utvikling av depresjon (20).

Mangelen på sosial støtte under kreftbehandlingen kan forsterke følelsen av isolasjon og håpløshet. I tillegg kan eksistensielle spørsmål om liv og død, særlig i møte med en alvorlig sykdom som kreft, påvirke deres psykiske velvære og holdningen til behandlingen negativt. Lavgradig inflammasjon kan også gi vedvarende ubehag og tretthet, som ytterligere forsterker håpløsheten og depresjonen. Dette komplekse samspillet mellom fysiske og psykososiale faktorer underbygger behovet for helhetlig støtte til eldre kreftpasienter, slik at både livskvaliteten og den mentale helsen kan bli bedre.

Oppsummering

Depressive symptomer er vanlige hos eldre kreftpasienter. Likevel blir symptomene ofte oversett eller feiltolket av helsepersonell, fordi de kan forveksles med symptomer på kreft, bivirkninger av kreftbehandling eller naturlige aldringsprosesser. Denne misforståelsen kan føre til at depresjonen ikke blir oppdaget eller behandlet, noe som kan få alvorlige konsekvenser for både den mentale helsen og livskvaliteten til pasienten. Forskning understreker viktigheten av å gi helhetlig støtte til denne pasientgruppen. Det inkluderer oppfølging av depressive symptomer for å sikre at de blir identifisert og fulgt opp. Tilpasset kommunikasjon hjelper pasientene med å forstå og mestre behandlingen. Det er også viktig å involvere pårørende og omsorgspersoner, slik at pasienten får den støtten og oppfølgingen de trenger.

Samlet viser forskning at en personsentrert tilnærming, med fokus på støtte, tilpasset kommunikasjon og involvering, er avgjørende for å møte de komplekse behovene til eldre kreftpasienter og styrke deres livskvalitet og mentale velvære. ●

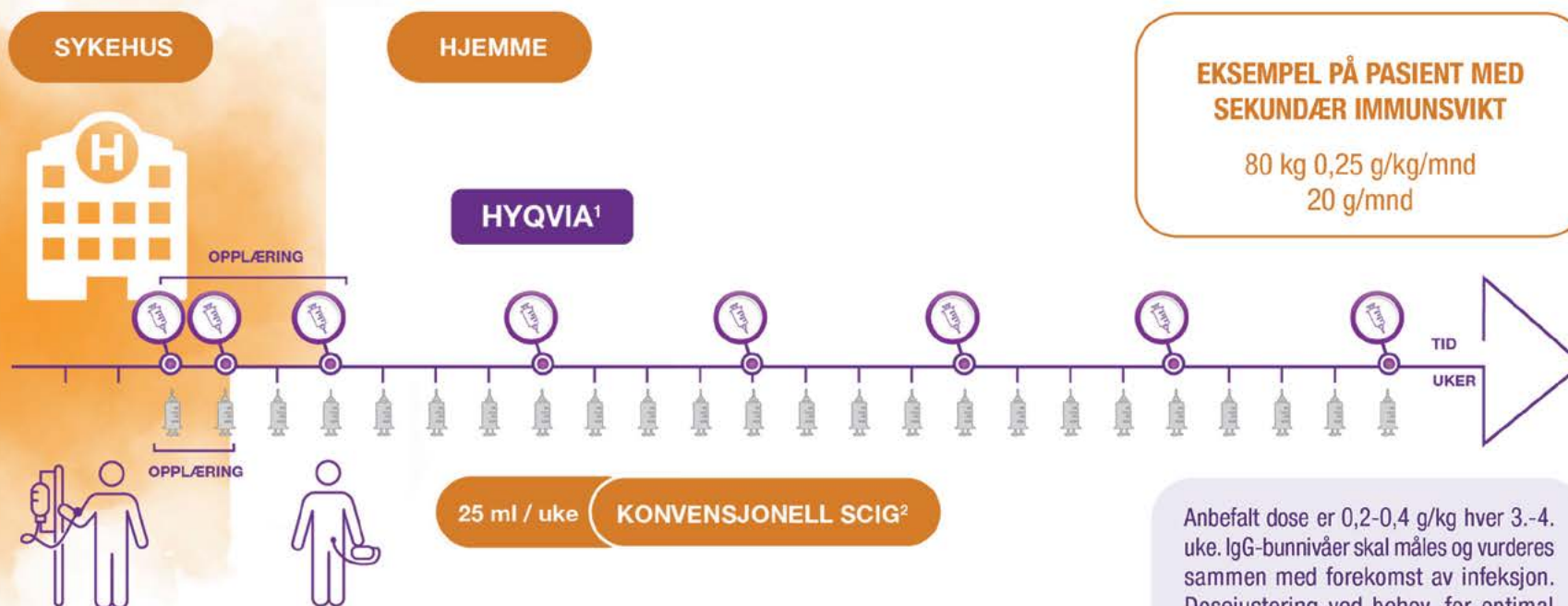
Referanser

1. Girgus JS, Yang K, Ferri CV. The gender difference in depression: Are elderly women at greater risk for depression than elderly men? *Geriatrics*. 2017;2(4):35. DOI: 10.3390/geriatrics2040035
2. Canoui-Poitrine F, Reinald N, Laurent M, Guery E, Caillet P, David J-P, et al. Geriatric assessment findings independently associated with clinical depression in 1092 older patients with cancer: the ELCAPA cohort study. *Psychooncology*. 2016;25(1):104–11. DOI: 10.1002/pon.3886
3. Silva S, Bártoło A, Santos IM, Pereira A, Monteiro S. Towards a better understanding of the factors associated with distress in

- elderly cancer patients: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6):3424. DOI: 10.3390/ijerph19063424
4. Passik SD, Lowery AE. Recognition of depression and methods of depression screening in people with cancer. I: Kissane DW, Maj M, Sartorius N. *Depression and cancer*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2010. s. 81–100.
5. Cataldo JK, Paul S, Cooper B, Skerman H, Alexander K, Aouizerat B, et al. Differences in the symptom experience of older versus younger oncology outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2013;13(6). DOI: 10.1186/1471-2407-13-6
6. Duc S, Rainfray M, Soubeyran P, Fonck M, Blanc JF, Ceccaldi J, et al. Predictive factors of depressive symptoms of elderly patients with cancer receiving first-line chemotherapy. *Psychooncology*. 2017;26(1):15–21. DOI: 10.1002/pon.4090
7. Godby RC, Dai C, Al-Obaidi M, Giri S, Young-Smith C, Kenzik K, et al. Depression among older adults with gastrointestinal malignancies. *J Geriatr Oncol*. 2021;12(4):599–604. DOI: 10.1016/j.jgo.2020.10.020
8. Siparsky PN, Kirkendall DT, Garrett WE, Jr. Muscle changes in aging: understanding sarcopenia. *Sport Health*. 2014;6(1):36–40. DOI: 10.1177/1941738113502296
9. Toft-Hagen CS, Chevillat AL, Loprinzi CL. The physical consequences of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Curr Oncol Rep*. 2020;22(5):50. DOI: 10.1007/s11912-020-00903-0
10. Martínez-Cengotitabengoa M, Carrascón L, O'Brien JT, Díaz-Gutiérrez M-J, Bermúdez-Ampudia C, Sanada K, et al. Peripheral inflammatory parameters in late-life depression: A systematic review. *Int J Mol Sci*. 2016;17(12):2022. DOI: 10.3390/ijms17122022
11. Weiss Wiesel TR, Nelson CJ, Tew WP, Hardt M, Mohile SG, Owusu C, et al. The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psychooncology*. 2015;24(6):712–7. DOI: 10.1002/pon.3638
12. Guzik TJ, Nosalski R, Maffia P, Drummond GR. Immune and inflammatory mechanisms in hypertension. *Nat Rev Cardiol*. 2024;21(6):396–416. DOI: 10.1038/s41569-023-00964-1
13. Chen Z, Boczek A, Ramming A, Schett G. Anti-inflammatory and immune-regulatory cytokines in rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2019;15(1):9–17. DOI: 10.1038/s41584-018-0109-2
14. Renna ME, Shrout MR, Madison AA, Alfano CM, Povoski SP, Lipari AM, et al. Depression and anxiety in colorectal cancer patients: Ties to pain, fatigue, and inflammation. *Psychooncology*. 2022;31(9):1536–44. DOI: 10.1002/pon.5986
15. Rowbottom L, Chan S, Zhang L, McDonald R, Barnes E, Tsao M, et al. Impact of dyspnea on advanced cancer patients referred to a palliative radiotherapy clinic. *Support Care Cancer*. 2017;25(9):2691–6. DOI: 10.1007/s00520-017-3677-9
16. Qato DM, Ozenberger K, Olsson M. Prevalence of prescription medications with depression as a potential adverse effect among adults in the United States. *JAMA*. 2018;319(22):2289–98. DOI: 10.1001/jama.2018.6741
17. Gernier F, Joly F, Klein D, Mercier M, Velten M, Licaj I. Cancer-related fatigue among long-term survivors of breast, cervical, and colorectal cancer: a French registry-based controlled study. *Support Care Cancer*. 2020;28(12):5839–49. DOI: 10.1007/s00520-020-05427-8
18. Utne I, Cooper BA, Ritchie C, Wong M, Dunn LB, Loyland B, et al. Co-occurrence of decrements in physical and cognitive function is common in older oncology patients receiving chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;48:101823. DOI: 10.1016/j.ejon.2020.101823
19. Van As BAL, Imbimbo E, Franceschi A, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2022;34(7):657–69. DOI: 10.1017/S1041610221000399
20. Ekinci GN, Sanlier N. The relationship between nutrition and depression in the life process: A mini-review. *Exp Gerontol*. 2023;172:112072. DOI: 10.1016/j.exger.2022.112072

Hjemmebehandling av sekundær immunssvikt

HyQvia
Humant normalt immunglobulin (10%)
Rekombinant human hyaluronidase



EKSEMPEL PÅ PASIENT MED SEKUNDÆR IMMUNSVIKT

80 kg 0,25 g/kg/mnd
20 g/mnd

MED HYQVIA VIL PASIENTENE KUNNE FÅ SUBKUTAN BEHANDLING MED IMMUNGLOBULINER EN GANG I MÅNEDEN¹

Nytt anbud fra 01.06.24 åpner for bruk av HyQvia i 1. linje³:

Facilitert SCIg

Rangering	Produkt	Leverandør
1. valg	HyQvia	Takeda AS

Konvensjonell SCIg

Rangering	Produkt	Leverandør
1. valg	Xembify	Grifols Nordic AB
2. valg	Hizentra	CSL Behring AB
3. valg	Cuvitru	Takeda AS
4. valg	Hizentra ferdigfylt sprøyte	CSL Behring AB

Anbefalt dose er 0,2-0,4 g/kg hver 3.-4. uke. IgG-bunnivåer skal måles og vurderes sammen med forekomst av infeksjon. Dosejustering ved behov, for optimal beskyttelse mot infeksjon. Vedvarende infeksjon kan kreve doseøkning. Når pasienten anses å forbli infeksjonsfri, kan dosereduksjon vurderes¹



Kontakt oss ved å skanne koden eller send e-post til: Knut.Bergwitz-Larsen@takeda.com

REFERANSER

- HyQvia, preparatomtale 16.05.24, Tilgjengelig på legemiddelsøk.no
- Cuvitru, preparatomtale 12.01.24, Tilgjengelig på legemiddelsøk.no
- Sykehusinnkjøp. Plasmaderiverte legemidler. Oppdatert 01.06.24; hentet 28.02.25. Tilgjengelig fra <https://www.sykehusinnkjop.no/>

INDIKASJON:

Erstatningsterapi hos voksne, barn og ungdommer (0–18 år) ved: Sekundære immunsviktsykdommer (SID) hos pasienter som lider av alvorlige eller tilbakevendende infeksjoner, ineffektiv antimikrobiell behandling og enten påvist spesifikk antistoffsvikt (PSAF)* eller IgG-nivå i serum på < 4 g/l.

*PSAF = mangel på minst to gangers økning i IgG-antistofftiter etter pneumokokkpolysakkarid- og polypeptidantigenvaksiner.

UTVALGT PRODUKT- OG SIKKERHETSINFORMASJON HYQVIA^{1,2}

Kontraindikasjoner¹: Overfølsomhet for innholdsstoffene eller humane immunglobuliner (IgG), spesielt i svært sjeldne tilfeller av IgA-mangel når pasienten har antistoffer mot IgA. Kjent systemisk overfølsomhet overfor hyaluronidase eller rekombinant human hyaluronidase. Skal ikke gis i.v. eller i.m.

Advarsler og forsiktighetsregler¹: Potensielle komplikasjoner kan ofte unngås ved å infundere preparatet sakte til å begynne med, og sikre at pasienten overvåkes nøye for ev. symptomer gjennom hele infusjonsperioden. Hvis HyQvia ved et uhell blir administrert inn i en blodåre, kan pasienten utvikle sjokk.

Bivirkninger¹: Bivirkningene som ble rapportert hyppigst med HyQvia, var lokale reaksjoner som smerter på infusjonsstedet (inkl. ubehag, ømhet, smerter i lyske). Systemiske bivirkninger som ble rapportert hyppigst, var hodepine, utmattelse og pyreksi. Flertallet av disse bivirkningene var milde til moderate.

Pakninger og priser²: 100 mg/ml. 25 ml: kr 2164,50. 50 ml: kr 5266,70. 100 ml: kr 10 497,10. 200 ml: kr 20 958,00. 300 ml: kr 31 418,90. HyQvia er med i anbudet «LIS2022–Plasmaderiverte legemidler» med rabatterte priser. Legemiddelprisene i Felleskatalogener irrelevante når Sykehusinnkjøp HF har inngått avtaler.

Refusjon²: H-resept: J06B A01 Hyaluronidase, Immunglobulin. Reseptgruppe: C

Ved forskrivning: Fullstendig informasjon om bivirkninger, forsiktighetsregler og interaksjoner, graviditet og amming, se godkjent preparatomtale.



PALLIATIV REHABILITERING I KLINISK PRAKSIS:

En multinasjonal mixed metode studie



Illustrasjon: Generert av Copilot

Uhelbredelig kreft medfører ofte lange perioder med belastende fysiske og psykososiale symptomer, tap av funksjoner og livskvalitet. Verdens helseorganisasjon anbefaler å inkludere palliativ kreftrehabilitering på alle helsenivåer, men det er lite kunnskap om hvordan dette skal gjøres i klinisk praksis. EU prosjektet INSPIRE (Integrert korttids palliativ rehabilitering for å forbedre livskvalitet og lik tilgang til omsorg ved uhelbredelig kreft). Dette prosjektet har som mål å forbedre livskvaliteten for personer med uhelbredelig kreft gjennom utprøving av en ny modell for palliativ kreftrehabilitering i fem europeiske land: Storbritannia, Frankrike, Danmark, Norge og Italia. Denne artikkelen beskriver resultatene fra første delen av prosjektet som utforsker hvordan palliativ kreftrehabilitering er inkludert i dagens kliniske praksis i disse landene.¹

¹ Denne artikkelen er en forkortet og norsk versjon av originalartikkelen: Stene; G.B, Hauken, M. H., Ahmedzai; H.H., authors, & Oldervoll, L. M. (2024). Integration of palliative rehabilitation in cancer care: a multinational mixed method study. *BMC Palliative Care*, 23. doi:10.1186/s12904-024-01586-1



Professor May Aa. Hauken



Forsker Hilde H. Ahmedzai



Førsteamanuensis Guro B. Stene



Professor Line Oldervoll

Alle er ansatt på Senter for krisepsykologi, Universitetet i Bergen, og tilknyttet INSPIRE konsortiet

Bakgrunn

I 2020 ble 2,7 millioner mennesker diagnostisert med kreft i EU, og 1,3 millioner mennesker døde av sykdommen. Det forventes en økning i antall kreftrelaterte dødsfall på mer enn 24 % innen 2035 og kreft vil utgjøre den ledende dødsårsaken [1, 2]. Overlevelsen for kreftpasienter har økt betydelig de siste tiårene grunnet screening, tidlig oppdagelse og forbedret kreftbehandling – og i Norge overlever mer enn 75 % av alle kreftpasienter i 5 år eller mer [3]. Dette betyr også at pasienter med uhelbredelig kreft lever lenger [4]. Å leve lenger med uhelbredelig kreft medfører imidlertid lange perioder med belastende fysiske og psykososiale symptomer, tap av funksjon og livskvalitet [5], noe som skaper et økende behov for palliative helse tjenester [6].

For å møte dette behovet må tilgang til spesialiserte rehabiliteringstjenester for pasienter med uhelbredelig kreft være en sentral del av palliativ omsorg [7]. Dette innebærer å tilby pasienter en helhetlig tilnærming som kombinerer målene for palliativ omsorg – å adressere symptomer og de unike behovene til personer med uhelbredelig kreft, og rehabilitering – med et spesifikt søkelys på å optimalisere fysiske, psykologisk og sosial

«Funnene fra tre delstudier viser at integreringen av palliativ kreftrehabilitering i klinisk praksis fortsatt er begrenset.»

◀ funksjon [8, 9]. Denne tilnærmingen tar utgangspunkt i pasient og pårørendes behov og ønsker, gir pasienter muligheten til å håndtere sin tilstand, reduserer symptomer og opprettholde uavhengighet, sosial deltakelse og god livskvalitet lengst mulig [10].

Palliativekreftrehabiliteringer et nytt forskningsområde. Selv om noen studier har undersøkt og fått positive resultater knyttet til gjennomførbarhet [11] og effekt på til ulike symptomer, funksjon og livskvalitet [12, 13], er det et stort behov mer forskning både på innhold og effekt. Ut fra dette ble det etablert et multinasjonalt samarbeid mellom syv EU-land for å teste en innovativ modell for palliativ kreftrehabilitering – INSPIRE (Integrert korttids palliativ rehabilitering for å forbedre livskvalitet og lik tilgang til omsorg ved uhelbredelig kreft). Den overordnede rammen for INSPIRE ble publisert i 2023 [14], og mer informasjon om prosjektet ligger på konsortiets nettside: *INSPIRE – Integrated short-term palliative rehabilitation*.

INSPIRE – prosjektet består av syv arbeidspakker, der målet er å teste ut en ny modell for palliativ rehabilitering i fem europeiske land: Storbritannia, Frankrike, Danmark, Norge og Italia. Som et viktig grunnlag for utprøvingen av INSPIRE modellen var målet i den første arbeidspakken å utforske hvordan palliativ kreftrehabilitering er integrert i offisielle dokumenter og i dagens kliniske praksis i de fem landene. I denne studien hadde vi følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan er palliativ rehabilitering beskrevet i offisielle dokumenter?
2. Hvordan beskriver helsepersonell at palliativ rehabilitering er innlemmet i klinisk praksis?
3. Hvordan er kjennetegn for integrering av palliativ rehabilitering rapportert i klinisk praksis?

Metode

Vi brukte et mixed metode forskningsdesign som inkluderer bruk av både kvantitative og kvalitative metoder, hvor vi inkluderte tre delstudier for å svare på forskningsspørsmålene:

1. Dokumentanalyse av offisielle dokumenter rela-

tert til kreft eller palliativ omsorg fra politiske beslutningstakere, veldedige organisasjoner ol. i de fem landene.

2. Intervjuer med minst fire interessenter fra hvert land, inkludert primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og aktuelle organisasjoner.
3. En nettbasert og anonym spørreundersøkelse på sykehusene som skal prøve ut modellen.

Data fra hvert delstudium ble samlet inn og analysert uavhengig før resultatene ble sammenfattet.

Resultater

Dokumentanalyse

Det ble identifisert 23 dokumenter, hvorav 12 (48%) beskrev rehabilitering innen palliasjon, 4 av 4 (100%) i Italia, 3 av 4 (75%) i Danmark og Norge, 2 av 4 (50%) England og Skottland, og 2 av 6 (33%) i Frankrike. Analysen av dokumentene identifiserte fem hovedtema: 1) Behov og tilgang til rehabilitering, 2) fagmiljøer, ansvarlige parter og viktige tilbud; 3) timing og pakkeforløp; 4) mål, intervensjoner og profesjonelle; 5) Forskning og fremtidens palliative rehabilitering.



Illustrasjon: Generert av Copilot

Dybdeintervjuer

Vi intervjuet til sammen 22 ulike helsepersonell, 5 fra Danmark, 3 fra Frankrike, 4 fra Italia, 4 fra Norge og 6 fra Storbritannia. Analysen av intervjuene identifiserte følgende hovedtema og deltema:

1) Variert forståelse og bruk av begrepet palliativ kreftrehabilitering. Dette temaet ble utdypet gjennom to deltema 1a) Deltakerne uttrykte en felles forståelse av hovedelementene i palliativ kreftrehabilitering; 1b) Deltakerne erfarte et uklart skille mellom palliativ kreftrehabilitering og palliasjon.

2) Enighet om innhold og hvilke faggrupper som må være inkludert i palliativ kreftrehabilitering. Dette temaet ble videre utdypet gjennom to deltema: 2a) Deltakerne var enig i at palliativ kreftrehabilitering må inkludere en multidimensjonal tilnærming basert på den enkelte pasients behov og mål; 2b) Deltakerne var enig i at palliativ kreftrehabilitering må inkludere en tverrfaglig tilnærming og samarbeid.

3) Begrenset integrering av palliativ kreftrehabilitering i klinisk praksis. Dette temaet ble utdypet gjennom følgende deltema: 3a) Tilgang til palliativ kreftrehabilitering ble beskrevet som meget tilfeldig; 3b) Mangel på pakkeforløp og finansiering ble beskrevet som primære barrierer for integrering av palliativ kreftrehabilitering i klinisk praksis.

Spørreundersøkelse

Til sammen 225 deltakere svarte på spørreundersøkelsen, 5 fra Danmark (2.2%), 20 fra Frankrike (8.9 %), 140 fra Italia (62.9%), 17 fra Norge (7.6%) og 43 fra Storbritannia (19.1 %). Som mål på ulike indikatorer for integrerte helsetjenester, viste resultatene at 188 (87%) var medlemmer i tverrfaglige team, 89 (44%) screenet pasienter rutinemessig for rehabiliteringsbehov, 127 (67%) rapporterte å delta i tverrfaglige 147 (71%) hadde standardiserte pakkeforløp og 56% rapporterte å ha delte elektroniske journaler mellom ulike helsetjenestenivåer. Videre rapporterte 45 (45%) at palliasjon og palliativ rehabilitering er det samme. 117 (64%) mente at palliasjon setter søkelys på symptomlindring, mens palliativ rehabilitering fokuserer

på fysisk funksjon. Førtisju (26 %) mente at rehabilitering er mest aktuelt for kurative kreftpasienter og 32 (21%) mente at rehab-ilitering ikke er aktuelt på slutten av livet.

Sammenfatning av resultatene

De samlede resultatene viser at integrering av palliativ kreftrehabilitering er begrenset både i offisielle dokumenter og i klinisk praksis, selv om noen integreringsindikatorer er til stede. Integrering av palliativ kreftrehabilitering finnes bare i noen få avdelinger i spesialisthelsetjenesten i Danmark og Storbritannia. Informantene erkjenner at effektiv implementering av palliativ kreftrehabilitering bør ha en helhetlig tilnærming, inkludere ulike tiltak og med utgangspunkt i pasientenes individuelle behov og mål. Det er et uklart skille mellom dagens palliative tilnærming og palliativ kreftrehabilitering. Mangel på finansiering, egne pakkeforløp og kompetanse hos helsepersonell synes å være viktige barrierer for integrering av palliativ kreftrehabilitering i klinisk praksis.

Diskusjon

Funnene fra tre delstudier viser at integreringen av palliativ kreftrehabilitering i klinisk praksis fortsatt er begrenset. Mangelen på informasjon om integrering av palliativ kreftrehabilitering i offisielle dokumenter på tvers av de fem landene er bekymringsfull siden dette er viktige ressurser for helsepersonell, beslutningstakere og finansieringskilder [10]. Bare ett dansk offisielt dokument inkluderte begrepet palliativ kreftrehabilitering. Intervjuene viste at palliativ kreftrehabilitering bare eksisterte i få sykehusavdelinger i Danmark og Storbritannia, noe som samsvarer med WHO's policy brief sine funn [10].

Intervjuene viste også at deltakerne fant det utfordrende å definere palliativ kreftrehabilitering, selv om det var enighet om at i palliativ kreftrehabilitering må bygge på en helhetlig tilnærming, med utgangspunkt i pasientens fysiske, emosjonelle, sosiale og eksistensielle behov. Dette samsvarer med tidligere forskning som understreker betydningen av en holistisk tilnærming [8, 15]. I tråd med tidligere forskning, er palliativ kreftrehabilitering mer enn fysisk trening, men fokusere på pasientens helhetlige funksjon og livskvalitet [7, 10]. ▶

En annen betydelig funn er den uklare forskjellen mellom palliativ rehabilitering og tradisjonell palliativ omsorg. Det var klare forskjeller hvordan informantene plasserte palliativ kreftrehabilitering i sykdomsforløpet, der noen anså palliativ rehabilitering som det samme som palliativ omsorg. Denne mangelen på klarhet er ikke overraskende, gitt at palliativ kreftrehabilitering samsvarer med moderne definisjoner av palliativ omsorg med oppstart ved diagnosetidspunktet og at kreftrehabilitering ofte er blitt forbeholdt kurative kreftpasienter [16, 17]. Dette understreker behovet for en enhetlig definisjon av og konsensus om palliativ kreftrehabilitering for en vellykket integrering i klinisk praksis.

Studien avslører også flere viktige barrierer for integrering av palliativ kreftrehabilitering i klinisk praksis, inkludert mangel på finansiering, tydelige pakkeforløp og kompetanse blant helsepersonell. Disse barrierene er også anerkjent i WHO's policy [10], som foreslår evidensbaserte løsninger for bedre integrering, inkludert inkludering i politikk og nasjonale retningslinjer, helseplanlegging og finansiering, opplæring av helsepersonell og modeller for palliativ kreftrehabilitering.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Funn fra denne studien viser at begrepet palliativ kreftrehabilitering mangler klarhet og ikke er bredt forstått eller brukt. Det er derfor viktig å arbeide mot en enhetlig definisjon av begrepet opp mot 'vanlig' palliasjon. Det at palliativ kreftrehabilitering er integrert i noen få avdelinger i Danmark og UK, viser at det er behov for et robust kunnskapsgrunnlag for å fremme en bred integrering i klinisk praksis. Det er derfor behov for mer forskning, spesielt angående ulike modeller for palliativ kreftrehabilitering. En slik modell vil bli undersøkt i den multidimensjonale randomiserte kontrollerte INSPIRE studien.

Konklusjon

Funnene fra denne multinasjonale studien viser at integrering av palliativ kreftrehabilitering er svært begrenset både i offisielle dokumenter og i klinisk praksis på tvers av de fem INSPIRE-partnerlandene. Integrerte palliative kreftrehabiliteringstjenester var isolert til noen få avdelinger på spesialisthelsetjenestnivå i Danmark og Storbritannia. Mer utbredt integrering av palliativ kreftrehabilitering synes å begrenses av mangel på enighet om definisjon, utilstrekkelig

finansiering, mangel på pakkeforløp som kombinerer rehabilitering og palliativ omsorg, og utilstrekkelig kompetanse blant helsepersonell. Å adressere disse utfordringene vil bidra til å sikre kontinuitet i omsorgen for personer med uheldelig kreft, med rehabiliteringstiltak som samsvarer med individers behov og mål. Gjennom INSPIRE har vi som mål å fremme denne integreringen. •

Referanser

1. Helsedirektoratet, *Den europeiske vendingen. Om utviklingen av EUs helseunion og mulighetsrommet for Norge*. 2014, Helsedirektoratet: Oslo.
2. De Angelis, R., et al., *Complete cancer prevalence in Europe in 2020 by disease duration and country (EUROCare-6): a population-based study*. The Lancet Oncology, 2024. 25(3): p. 293-307.
3. Cancer Registry of Norway, *Cancer in Norway 2023 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. 2024, Cancer Registry of Norway: Oslo.
4. Michaeli, D.T. and T. Michaeli, *Overall Survival, Progression-Free Survival, and Tumor Response Benefit Supporting Initial US Food and Drug Administration Approval and Indication Extension of New Cancer Drugs, 2003-2021*. J Clin Oncol, 2022. 40(35): p. 4095-4106.
5. Stegmann, M.E., et al., *Improving Care for Patients Living with Prolonged Incurable Cancer*. Cancers, 2021. 13(11): p. 2555.
6. Loughran, K., S. Rice, and L. Robinson, *Living with incurable cancer: what are the rehabilitation needs in a palliative setting?* Disability and Rehabilitation, 2019. 41(7): p. 770-778.
7. Montagnini, M., N.M. Javier, and A. Mitchinson, *The Role of Rehabilitation in Patients Receiving Hospice and Palliative Care*. Rehabilitation Oncology, 2020. 38(1): p. 9-21.
8. Silver, J.K., et al., *Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services*. Supportive Care in Cancer, 2015. 23(12): p. 3633-3643.
9. Feldstain, A., et al., *Reported distress in patients living with advanced cancer: changes pre-post interdisciplinary palliative rehabilitation*. Supportive Care in Cancer, 2017. 25(10): p. 3191-3197.
10. World Health Organization, *Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care service*, WHO, Editor. 2023: Copenhagen: Regional Office for Europe; 2023.
11. Bayly, J., et al., *Short-term integrated rehabilitation for people with newly diagnosed thoracic cancer: a multi-centre randomized controlled feasibility trial*. Clinical Rehabilitation, 2020. 34(2): p. 205-219.
12. Tennison, J.M., J.B. Fu, and D. Hui, *Palliative Rehabilitation in Patients with Cancer: Definitions, Structures, Processes and Outcomes*. Curr Oncol Rep, 2024. 26(11): p. 1283-1292.
13. Cheville, A.L., et al., *Effect of Collaborative Telerehabilitation on Functional Impairment and Pain Among Patients With Advanced-Stage Cancer: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Oncol, 2019. 5(5): p. 644-652.
14. Bayly, J., et al., *Integrated Short-term Palliative Rehabilitation to improve quality of life and equitable care access in incurable cancer (INSPIRE): a multinational European research project*. Palliative Care & Social Practice, 2023. 17.
15. Harding, Z., C. Hall, and A. Lloyd, *Rehabilitation in palliative care: a qualitative study of team professionals*. BMJ Support Palliat Care, 2022. 12(e1): p. e28-e38.
16. Arienti, C., et al., *A comparison and synthesis of rehabilitation definitions used by consumers (Google), major Stakeholders (survey) and researchers (Cochrane Systematic Reviews): a terminological analysis*. Eur J Phys Rehabil Med, 2020. 56(5): p. 682-689.
17. Cheville, A.L., et al., *Cancer Rehabilitation: An Overview of Current Need, Delivery Models, and Levels of Care*. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2017. 28(1): p. 1-17.

ERFARINGER FRA MØRE OG ROMSDAL – PALLIATIVPLAN.NO

Forhåndssamtaler og palliativ plan - fokus på livet og livskvalitet



Tanja Yvonne Alme

Kreft og palliasjonskoordinator Sula Kommune. Leder ressursgruppen Palliativ plan, Møre og Romsdal Etikkrådgiver KS. Faggruppeleder Kreftsyekepleierne NSF.



Bardo Driller

Overlege anestesi/palliativ team Sykehus Nordmøre og Romsdal (SNR). Ressursgruppen palliativ plan Møre og Romsdal. Forsker NTNU.

Hans er 44 år. Han har lungekreft med spredning. Han bor sammen med kone og 2 barn. Han er arkitekt og har lyst å fortsette å jobbe litt så lenge han kan. Han vet at han ikke kan bli frisk men håper å leve lengst mulig og best mulig. Hans får tilbud om tidlig forhåndssamtale og palliativ plan. En beredskapsplan der alle viktige føringer og avtaler er samlet på en plass, der vi er i forkant av ulike utfordringer som kan komme, og ikke minst at det som er viktig for Hans og hans familie kommer tydelig fram. «Palliativ» sier Hans. Er ikke det for de som skal dø? Slik kan vi ha en fin samtale og refleksjon om hva palliativ og palliasjon faktisk er. Fokus på livet, på livskvalitet og etter hvert livet og døden. Hans takker ja til samtale og palliativ plan. Fastlege og kreftkoordinator kommer hjem på en forhåndssamtale. Kreftkoordinator skriver beslutningene fra samtalen i en palliativ plan. Kona Berit synes det er trygt å ha planen. Nå vet hun at helsepersonell de evt møter gjennom forløpet har den samme informasjonen lett tilgjengelig. Hun vet også hvem hun selv skal kontakte og når om noe skulle oppstå. Hans har palliativ plan over 2,5 år. Det blir gjennomført flere forhåndssamtaler og oppdatering av den palliative planen. Planen bidrar til trygghet for alle parter. Den er elektronisk og følger Hans der han er. Etter en sykehusinnleggelse hvor Hans har blitt mye sykere blir livsforlengende behandling avsluttet. Han ønsker å dø hjemme. Han får være sammen

med sin kone og barn og får hjelp av hjemmesyekepleie, fastlege og kreftkoordinator. Alle parter er godt forberedte og har god støtte i planen. I etterlattesamtale forteller kone Berit at det å ha en slik plan bidro til at Hans kunne være i førersetet også når han ble svært syk på slutten, samt at hun selv opplevde trygghet i en vanskelig og vond situasjon for henne og barna.

Møre og Romsdal har over mange år hatt et tett samarbeid mellom sykehusene og kommunene for å utvikle, implementere og bruke forhåndssamtaler og palliativ plan i palliative forløp. Vi har en ressursgruppe på tvers av nivå med fagpersoner som driver arbeidet og er ansvarlig for nettsiden www.palliativplan.no. Arbeidet er forankret i samarbeidsavtale mellom sykehus og kommuner og nedfelt i handlingsplan til faglig samarbeidsutvalg for multisyke og palliasjon i helsefelleskap (Helse Møre og Romsdal, 2025). Vi har gjort oss mange gode erfaringer og forbedret arbeidet underveis. Vi har gjennomført flere store kartlegginger om helsepersonell sine erfaringer i bruk av palliativ plan og flere fra ressursgruppen har tatt mastergrad og doktortgrad med temaet forhåndssamtaler og palliativ plan. Arbeidet vårt har fått nasjonal oppmerksomhet, og vi har delt erfaringer og støttet andre fylker og kommuner til å ta i bruk forhåndssamtaler/palliativ plan. Møre

«“Palliativ”, sier Hans. Er ikke det for de som skal dø? Slik kan vi ha en fin samtale og refleksjon om hva palliativ og palliasjon faktisk er. Fokus på livet, på livskvalitet og etter hvert livet og døden.»

og Romsdal ligger ved som praktisk eksempel i flere nasjonale føringer (Helsedirektoratet 2018, 2023).

Felles forståelse av ordet palliasjon og palliativ

Palliasjon er for folk flest et fremmedbegrep. Mange forbinder ordet med kreft eller med døden. Helsepersonell trenger også å reflektere over hva vi legger i begrepene. Hva tenker vi når vi hører ordet palliasjon? Hvem er den palliative pasienten? Vår erfaring er at det er viktig å se på palliasjon som et forløp med flere faser: tidlig fase, sen fase og livets slutfase. En pasient kan ha behov for palliasjon over mange år, og det er viktig med mer åpenhet og forståelse av begrepet og om hva vi kan tilby.

Palliasjon handler om livskvalitet. Skal vi jobbe for best mulig livskvalitet for pasient og pårørende må vi også etterspørre hva dette betyr for dem. «Hva er viktig for deg/dere nå?» Hva er viktig i tiden fremover? Hva kan gjøre dagen din til en god dag?

Palliasjon som fagfelt er internasjonalt og definisjonen har endret seg. Det å komme i gang med en palliativ tilnærming så tidlig som mulig kan ha innvirkning i form av både lengre levetid og bedre livskvalitet til pasienter og deres nærmeste pårørende.

DEFINISJON PÅ PALLIASJON

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som følger (Helsedirektoratet, 2015; WHO definition of palliative care): Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnærmingssåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.

Mange har sikkert hørt eller kanskje selv sagt «nei, pasienten er ikke helt der enda», eller «nå skal vi over til palliasjon og starte å gi subkutan morfin». Vi må vekk fra holdninger om at palliasjon handler bare om de siste dagene eller ukene. Palliativ omsorg omhandler gode prosesser, tillit og trygghet over tid, kontinuitet, felles forståelse og dermed også forberedelse. Vi helsepersonell må ha mot til å formidle dette og være trygge på hva palliasjon er. Dermed kan vi også formidle håp om livskvalitet. Med dette som mål er forhåndsamtaler/palliativ plan et godt verktøy. Palliasjon og palliativ plan er diagnoseuavhengig og bør tilbys alle med en diagnose/tilstand som etter hvert kan forkorte levetid. Det kan være kreft, ALS, KOLS, hjertesvikt, demens mm, men også eldre skrapelige uten en klar diagnose.

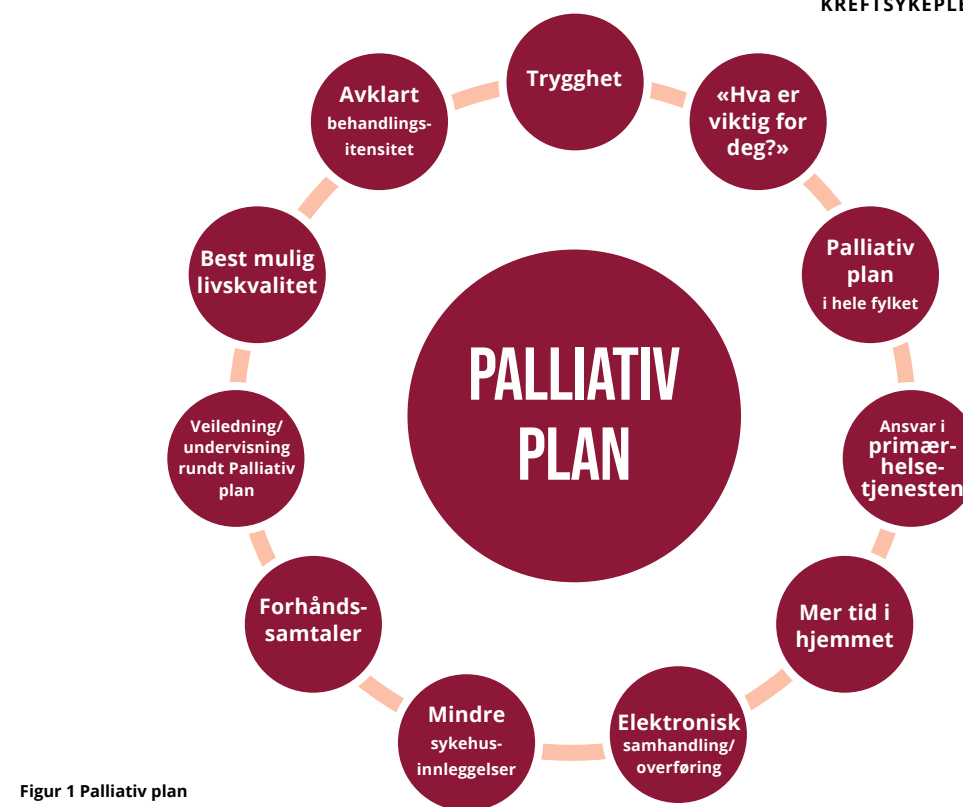
Hva er en palliativ plan

Palliativ plan er et dokument som skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av ulike tiltak. Dette slik at den som er sjuk og familien kan oppleve trygghet og livskvalitet. Målet med planen er å være i forkant av ulike utfordringer, bidra til et meningsfylt liv og å løfte og få frem det som pasienten/pårørende syns er viktig for seg. Planen kan også bidra til å unngå unødige sykehusinnleggelse/tiltak eller bruk av ukjent legevakt. Fastlege/tilsynslege gir føringer for ulike tiltak som kan iverksettes av sykepleier om behov (Helse Møre og Romsdal, 2025).

Planen er felles for pasient, pårørende og helsepersonell. Den skal følge pasienten der hen er enten det er hjemme, på institusjon eller på sykehus. Noen har plan over flere år, andre i korte perioder.

Palliativ plan blir laga ved hjelp av forhåndsamtaler. Dette er et prosessarbeid. I samtalene er ofte både pasient, pårørende, sykepleier og fastlege/tilsynslege med. Fastlegene har en nøkkelrolle i dette arbeidet.

Palliativ plan er en lavterskel plan som kan sammenlignes med individuell plan tilpassa den palliative pasient gruppen.



Figur 1 Palliativ plan

Nasjonale føringer om forhåndsamtale/palliativ plan

I nasjonale faglige råd for omsorg ved livets slutt (Helsedirektoratet, 2017) anbefales det å ha palliativ plan som oppdateres når en nærmer seg livet slutt. Arbeidet til Møre og Romsdal er lagt ved som praktisk eksempel.

NOU:2017:16 *På liv og død* omtaler elektronisk palliativ plan i flere kapitler. I påfølgende stortingsmelding 24: Lindrende behandling og omsorg ved livet slutt gir det føringer om retningslinjer for åpenhet om livet og døden, sammenheng i tjenesten, brukermidvirkning, mening, samvalg mm. I etterkant av denne publiserte Helsedirektoratet nasjonale faglige råd for forhåndsamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid (Helsedirektoratet, 2023). Rådene anbefaler alle kommuner og sykehus til å ha planer for implementering og gjennomføring av dette. Rådene viser til hvem som bør ha ansvaret for gjennomføringen i ulike faser i et pasientforløp. De understreker også at det må legges til rette for praktisk øvelse og etisk refleksjon for å utvikle nødvendig kompetanse. Også i disse rådene vises det til Møre og Romsdal (www.palliativplan.no) som praktisk eksempel.

Hvordan gjennomføre forhåndsamtaler og utarbeiding av palliativ plan

Vi erfarer at primærhelsetjenesten er godt egnet for forhåndsamtaler/palliativ plan. I våre prosedyrer er det kommunehelsetjenesten som er ansvarlig for planen. Prosessen med palliativ plan åpner for å få et innblikk i pasientens forståelse av sykdommen og hvordan hen selv opplever å stå i dette. Pasienten inviteres til en strukturert samtale, en forhåndsamtale, sammen med sine pårørende, tillitspersoner blant helsepersonell og fastlege/tilsynslege. Sykepleier og fastlege har hatt en avklaring på forhånd hvor de enes om å tilby dette. Pasient og pårørende får en brosjyre med informasjon om samtale og planen som de kan lese i forkant (71197-palliativ-6-sider_gronn_-v2_08.22.pdf)

Selve samtalen har en agenda og en tidsramme. Helsepersonell får verdifull informasjon, viktig avklaringer kan gjøres og pasienten kan få fortelle om hva som er viktig for seg. Det er viktig å se på dette som en prosess med flere samtaler. Alt trenger ikke avklares i første samtale. Fokuset er det som er aktuelt her og nå og det som vi vet kan komme som neste endring. Forhåndsamtaler er mer enn samtaler om hjerte-lunge-retning (HLR) status og døden.

Ressursgruppen i Møre og Romsdal har utarbeidet en mal for hva en palliativ plan bør inneholde. Denne malen kan være utgangspunkt for samtalen. På nettsiden vår ligger også en veileder på hva de ulike overskriftene dreier seg om/eksempel på spørsmål. Til å begynne med kan det være at bare noen punkt er fylt ut. Ved oppdatering og endringer legges det til mer.

MAL MED OVERSKRIFTER

- Kontaktinformasjon og ansvarspersonar
- Relevante diagnoser
- Aktuell situasjon, allmenntilstand og funksjon
- Kva er viktig for deg no og framover
- Ressursar, livshistorie og nettverk
- Ethiske føringar/forhåndssamtalar
- Samtykkekompetanse
- Medisinske føringar og palliative tiltak
- Plan for symptomlindring ved forverring
- Smerter/tungpust
- Kvalme
- Angst/uro
- Palliative medisinar, f.eks medikament til skrin
- Innlegging på sjukehus
- Dato og signatur

Figur 2 mal Palliativ Plan

Fra forhåndssamtale til elektronisk palliativ plan

Internasjonalt blir prosessen rundt forhåndssamtaler med konklusjon i en palliativ plan kalt Advance Care Planning (ACP) (Helsedirektoratet, 2023). Vår erfaring er at det er best å ha slike samtaler der pasienten skal motta videre behandling og omsorg, enten det er i hjemmet eller på institusjon. Samtalene kan være med å støtte både pasienten, familien og helsepersonell og redusere avgjørelsesbyrde ved å ta vare på pasientens verdier, ønsker og behandlingspreferanser.

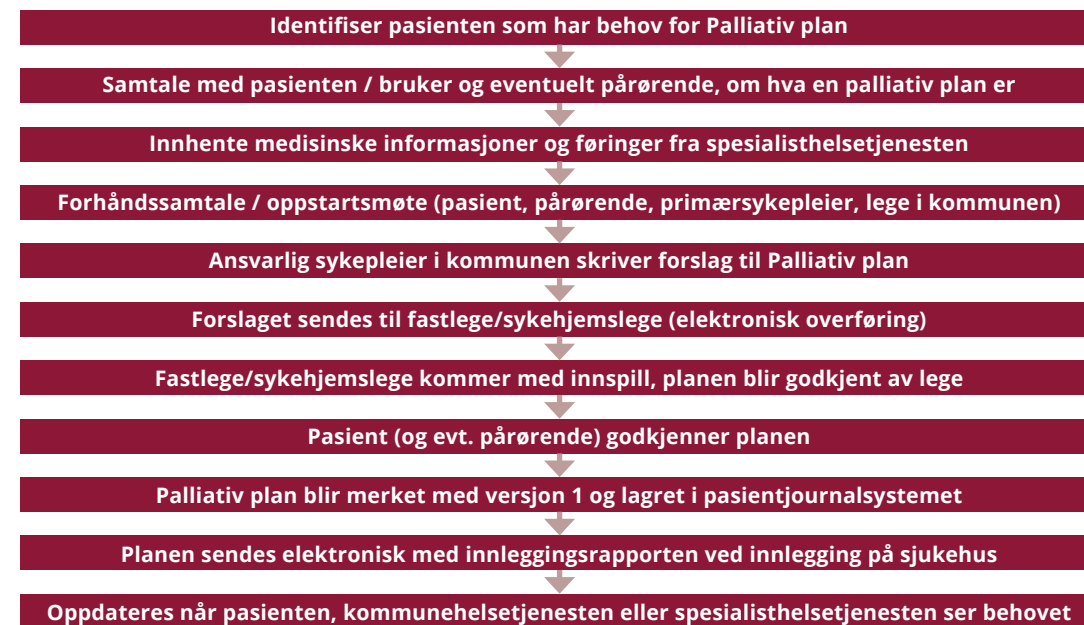
Primærsykepleier eller kreftkoordinator er ofte motor og pådrivere for organisering av forhåndssamtaler og palliative planer. Sykepleier bygger tillit og relasjon og bestemmer samme med fastlege/tilsynslege når pasienten skal tilbys forhåndssamtale/palliativ plan. Det å finne det rette tidspunktet kan innimellom være utfordrende.

Den palliative planen består av ulike moduler som utfylles og oppdateres ut fra pasienten sin situasjon (figur 2). Planen samler viktige føringar og avtaler på en plass slik at det skal være lett å finne og bruke. Planen inneholder ikke en medisinsliste, men kan beskrive muligheter eller medisiner som tiltak for å lindre. Dersom smerter øker kan for eksempel opioider økes av sykepleier etter føring fra fastlege. Planen sier noe om hvem som skal kontaktes når og f.eks. om og når pasienten skal innlegges på sykehus eller ikke. Etter forhåndssamtale er det sykepleier som skriver planen og sender den elektronisk til fastlege for godkjenning. Sykepleier tar også med skreven plan til pasient/pårørende for refleksjon avklaringer og godkjenning. Det er viktig at pasienten har direkte eierskap til planen når hen ønsker det. Under refleksjon med pasienten kan hen komme med innspill, og alle parter får en felles forståelse. Språket i planen skal være enkelt og forståelig for de uten medisinsk bakgrunn. Det er også viktig at planen ikke blir lange daglige rapporter, men en oppsummering av føringar og beslutninger som er viktige.

Når fastlege/tilsynslege får planen elektronisk kan hen legge til, gjøre endringer og så godkjenne planen. I dokumentasjonssystem merkes planen om utkast/kladd frem til den er godkjent av lege. Vi har hatt flere pilotperioder og testet ut og laget prosedyrer for palliativ plan i Cosdoc, Visma, Profil, Gericar og Helseplattformen.



Forhåndssamtale med «Hans», kona «Berit», fastlege, hjemmesykepleier og kreftkoordinator. Hva er viktig for deg og dere? www.palliativplan.no



Prosedyrer finner du her: Korleis opprette ein palliativ plan? –Helse Møre og Romsdal

Om pasienten innlegges på sykehus skal planen følge med i innleggelsesrapport. Slik kan planen brukes til videre beslutningsstøtte på sykehus og etter hvert oppdateres og justeres når pasienten kommer tilbake til kommune.

Forskning om forhåndssamtaler og palliative planer for pasienter med kreft

Vi undersøkte retrospektivt effekten av forhåndssamtaler i primærhelsetjenesten på antall dager pasientene tilbrakte hjemme og frekvensen av dødsfall i hjemmet for 250 kreftpasienter (Driller et al 2022, 2024). Resultatene viste at kreftpasienter som hadde gjennomgått en forhåndssamtale i primærhelsetjenesten tilbrakte omtrent 10 flere dager hjemme i løpet av de siste 90 levedager, og de hadde en fire ganger høyere sannsynlighet for å dø hjemme. En prospektiv studie viste at palliative kreftpasienter med forhåndssamtaler og palliativ plan døde sjeldnere på sykehus. Intervjuer med 12 langtkommen syke kreftpasienter ga innsikt i deres opplevelser hjemme mens de mottok palliativ behandling og etter at de hadde en forhåndssamtale i primærhelsetjenesten. Deltakerne understreket viktigheten av å bevare normaliteten hjemme, medfølgende helsepersonell, og forberedelse for fremtiden. Veiledning rundt prosessen med å lage en palliativ plan ga deltakerne en følelse av sikkerhet og kontroll.

Konklusjon

Alle kommuner og sykehus i Møre og Romsdal har tatt i bruk palliativ plan. Vi har utarbeidet prosedyrer som passer til dokumentasjonssystemene Gericar, Visma, Profil, Cosdoc og nå tilpasset Helseplattformen. Dette har vært et unikt samarbeid på tvers der mange ulike aktører

«Alle kommuner og sykehus i Møre og Romsdal har tatt i bruk palliativ plan.»

har bidratt, alt fra kommune/spesialisthelsetjenesten, brukerrepresentanter, USHT, NTNU, kreftforeningen og kompetansesenter for lindrende behandling, m.flere. Vi har utarbeidet filmer, brosjyrer og annet informasjonsmateriell til både befolkning, pasienter og helsepersonell. Mange kommuner/regioner rundt om i Norge har vært i kontakt med oss og har tatt i bruk den samme mal for palliativ plan som vi har utarbeidet.

Ressursgruppen for forhåndsamtaler og palliativ plan jobber stadig med erfaringsutveksling, forbedringsarbeid og videreutvikling.

På vår nettside ligger det tips og råd for hvordan komme i gang med implementering av forhåndssamtaler/palliativ plan. Viktige suksess faktorer er forankring, samarbeid på tvers, ressurspersoner i palliasjon og mulighet for etisk refleksjon.

Erfaring fra kartlegginger i Møre og Romsdal viser at sykepleiere opplever at palliativ plan bidrar til bedre kvalitet i den palliative omsorgen. De opplever større trygghet og kan dermed formidle trygghet til pasient og pårørende.

Det er viktig at pasienter og pårørende ser at dette arbeidet er nyttig og oppleves som viktig for dem.

Sitat fra en pårørende:

«Min mor ble etter hvert sykere, men vi kjent oss så trygge. Tenk, personalet hadde en plan for hva de skulle gjøre om utfordringene dukket opp. Dette var godt for både oss og mor. At planen ble laget tidlig gjorde at mor fikk uttrykke det som var viktig for henne, og dette var i fokus også når hun ikke lengre klarte uttrykke det selv.»

Vi deler gjerne vårt arbeid med andre regioner. ●

Referanser

Driller, B., Talseth-Palmer, B., Hole, T., Strømskag, K. E., & Brenne, A. T. (2022). Cancer patients spend more time at home and more often die at home with advance care planning conversations in primary health care: a retrospective observational cohort study. *BMC Palliative Care*, 21(1), 61
<https://doi.org/10.1186/s12904-022-00952-1>
Driller, B., Talseth-Palmer, B., Hole, T., Strømskag, K. E., & Brenne, A. T. (2024). Cancer patients have a reduced likelihood of dying in hospital with advance care planning in primary health care and a summarizing palliative plan: a prospective controlled non-randomized intervention trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1-12.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2346131>

Driller, B., Maienborn, C., Aasen, E., Kolstrøm, A., Thalset-Plamer, B., Hole, T., Stømskag, K & Brenne, T (2024). Normality and compassionate care: experiences from advanced cancer patients in their last time at home, *BMC Primary Care*, DOI <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02499-x>
Helse Møre og Romsdal (2022). *www.palliativplan.no*. Hentet fra www.palliativplan.no:
<https://helse-mr.no/fag-og-forsking/samhandling/palliativ-plan>
Helse og omsorgsdepartementet (2020). *Meld.St. 24 (2019-2020) Lindrende behandling og omsorg*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
Helsedirektoratet (2018). *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling ved livet slutt*. Hentet fra Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-sluttfase>
Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal faglig retningslinje. Handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>.
Helsedirektoratet. (2023). *Nasjonale faglige råd: Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid*. Hentet fra Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/Forhandssamtaler-og-planlegging-ved-begrenset-forventet-levetid-mai-2024>

Immunterapien Jemperli har fått JA i Beslutningsforum i 1. linje endometriekreft for både dMMR*- og pMMR** pasienter ^{1,2}



Finansiering over Helseforetak for indikasjonen
JEMPERLI er indisert i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for førstelinjebehandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft og som er kandidater for systemisk behandling.^{1,3}

*dMMR= Deficient mismatch repair
**pMMR= Proficient mismatch repair

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON / FORSIKTIGHET UTVIKES VED:
Immunrelaterte bivirkninger, som kan være alvorlige eller fatale, kan oppstå hos pasienter som behandles med antistoffer som blokkerer veien for det programmerte celledødsprotein-1 / programmerte dødsligand 1 (PD-1/PD-L1), herunder Jemperli. Immunrelaterte bivirkninger oppstår vanligvis under behandling, men symptomer kan også dukke opp etter at behandlingen er seponert. Pasienter skal overvåkes for symptomer og tegn på immunrelaterte bivirkninger. Se preparatomtalen kap 4.4 og kap 4.8 for ytterligere informasjon om immunrelaterte bivirkninger og håndteringen av disse, samt andre bivirkninger.

Referanser: 1. Jemperli preparatomtale. 2. https://www.nyemetoder.no/metoder/id2024_060/. 3. Mirza MR, et al. *N Engl J Med*. 2023;388(23):2145-2158

GlaxoSmithKline AS, Drammensveien 288, 0283 Oslo, Tlf. 22702000.
©2025 GSK Group of Companies. Trade marks are owned by or licensed to the GSK Group of Companies. All rights reserved. PM-NO-DST-ADV-240001, Februar 2025.

Sikkerhetsprofil ved kombinasjonsbehandling¹
JEMPERLI ble permanent seponert på grunn av bivirkninger hos 38 (6,3%) av pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft, hvor de fleste var immunrelaterte hendelser.¹ Bivirkningene var alvorlige hos 11,2 % av pasientene; de alvorligste bivirkningene var immunrelaterte bivirkninger.¹

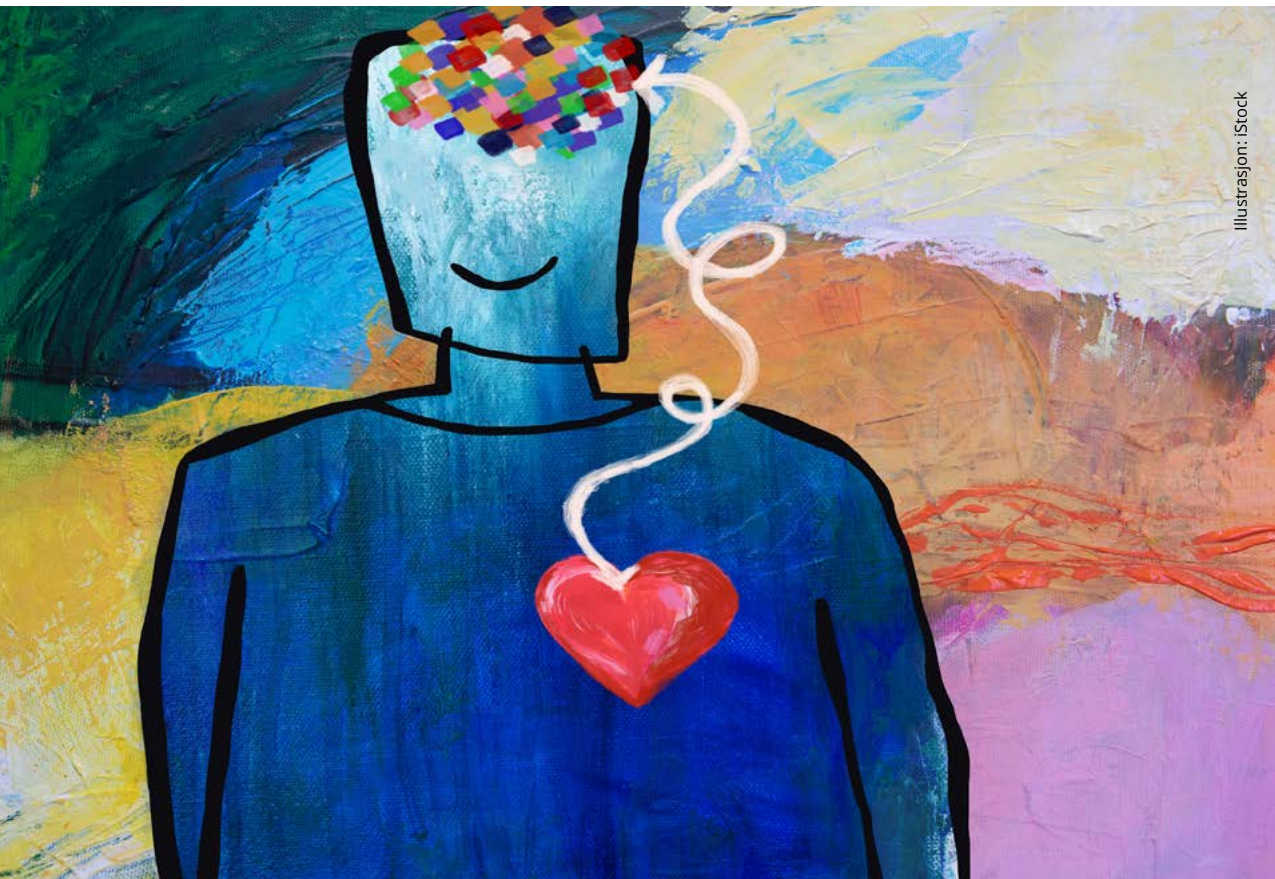
Alle som forskriver JEMPERLI, skal dele ut og informere pasientene om pasientkortet samt forklare hva de skal gjøre hvis de opplever symptomer på immunrelaterte bivirkninger.
Reseptgruppe C
Pakning og maksimalpris: Hettegl 500 mg 92 318,20 kr.

Se preparatomtalen for full informasjon før forskrivning av Jemperli.
Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00

INGEN SKAL MÅTTE VÆRE SUPERSYKEPLEIER

Helsepersonell skal ikke tåle så inderlig vel

Kollegastøtteordninger reduserer stress, minsker sykefravær og bedrer arbeidsmiljøet. Den uformelle kollegastøtten trenger bistand fra en godt organisert og prioritert kollegastøtte som er forankret i helseorganisasjonen, både blant ledere og ansatte.



Jon Våge

Enhetsleder i ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus HF og leder for kollegastøttegruppen i prehospital klinikk.

Store deler av tekst er tidligere publisert i min masteroppgave (1) og en fagbok for ambulanspersonell, der jeg har skrevet om kollegastøtte (2).

Jeg har, som veldig mange andre, selv opplevd å ha kreftsykdom tett på kroppen som pårørende til nære med kreft. Det var en sterk påkjenning. Jeg har opp gjennom årene også samarbeidet med helsepersonell som jobber med kreftpasienter. Mitt inntrykk er at å være kreftsykepleier fører med seg en rekke utfordringer som kan være både fysisk og følelsesmessig krevende. Kreftpasienter og deres familier går gjennom svært vanskelige perioder, og det kan være krevende for sykepleierne å støtte dem gjennom dette. I motsetning til flere andre pasientgrupper, følger kreftsykepleieren gjerne pasienten over lang tid og etablerer en tett relasjon. En del av jobben som også kan være svært vanskelig, er når pasienter dør. Sykepleiere må finne måter å håndtere sin egen sorg og tap samtidig som de støtter pasientens familier. Noen pasienter eller pårørende vil kunne fortsette å påvirke følelsesmessig og være krevende – ikke for alle, men for noen sykepleiere – resten av livet.

Selv om disse utfordringene kan være store, finner mange kreftsykepleiere også stor mening og tilfredsstillelse i arbeidet ved å hjelpe og støtte pasienter og deres familier gjennom en kritisk tid i livet. Når man jobber som kreftsykepleier, blir gjerne denne alvorlige sykdommen normalisert og en del av hverdagen. Det kan også være vanskelig å ta inn over seg egne reaksjoner og hvordan man blir påvirket som helsepersonell, når man er tett på pasienter og pårørendes livskriser. Å følge en pasient gjennom sykdommen, og være vitne til pasientenes smerte og lidelse kan føre til sekundært traumatisk stress eller "compassion fatigue" (3). Det bør være et mål for arbeidsgivere å forhindre dette.

For mange helsepersonell er det å kunne hjelpe andre mennesker i kritiske situasjoner en ønsket del av jobben, og noe de synes er både givende og meningsfullt. Erfarent helsepersonell opptrer som oftest profesjonelt i slike situasjoner og er fokusert på arbeidsoppgavene.

De er opptatt av pasienten og ikke seg selv. Under slike omstendigheter vil pasienten vanligvis bli møtt med empati og omsorg, men egne sterke personlige følelser og tanker viser man gjerne ikke. Som helsepersonell vil man gjerne vise at man har kontroll over seg selv og står trygt i rollen som behandler, slik at pasienten ikke blir usikker. Det er imidlertid ikke sikkert at dette alltid er riktig. Noen ganger er det profesjonelt også å vise personlig engasjement og ekte følelser (4).

Det kan også være mentalt krevende og utfordrende å være i denne type arbeid over tid. I perioder kan det skape stress og være belastende for dem som har slike jobber, og det er ikke uvanlig at man lar seg påvirke av andres lidelse (5). Noen ender opp med å bli utbrent eller utvikler psykiske senskader. Andre synes det blir for mye, og slutter. Helsepersonell finner det ofte ikke naturlig å søke hjelp hos psykolog eller lege for denne type stress. Helseledelse på alle nivåer bør derfor være opptatt av at helsepersonell har alternative muligheter for å begrense slike belastninger. En metode er å sette søkelys på hvordan man kan redusere emosjonelt stress og sørge for at helsepersonell blir tatt vare på av arbeidsplassen og kollegaene.

Kollegastøtte

Kollegastøtte er én måte å ivareta medarbeiderne på. Det finnes i dag ulike ordninger for kollegastøtte rundt om i Norge og internasjonalt. En godt organisert kollegastøtteordning har blitt en viktig del av den psykososiale ivaretagelsen på mange arbeidsplasser. Det er mange fordeler ved en slik ordning. Støttepersonene jobber i organisasjonen, de vet hva jobben går ut på, og kjenner selv godt til arbeidsbelastningene. En kollegastøtte er oftest en kollega som er utvalgt til å være en støtteperson, gjerne foreslått av andre kollegaer med bakgrunn i sosiale ferdigheter og at man er en naturlig og god samtalepartner. Kollegastøttene er derfor ofte kjent blant de ansatte og har tillit i egne rekker. Ordningen sikrer lett tilgjengelig bistand og tidlig kontakt med ansatte som trenger støtte. Når slike tiltak er kjent og blir godt brukt, unngår man sykeligjøring av ansatte som har fått kollegastøtte. Hensikten►

er primært å bistå og bearbeide jobbrelatert stress. Flere rapporter viser også at kollegastøtte har andre positive effekter og kan se ut til å gi færre sykedager og økt jobbtilfredshet, i tillegg til at de ansatte gjør en bedre jobb. Dessuten kan en slik ordning være lite økonomisk krevende. Det er også rapportert en sammenheng mellom manglende tilgang til kollegastøtte og økt post-traumatisk stress (6).

Kollegastøtte i prehospital klinikk, Oslo universitetssykehus: EFOK

I prehospital klinikk ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) finnes det en godt organisert kollegastøtteordning, som ble etablert allerede tidlig på 1990-tallet. Klinikken har over 1000 ansatte og består av fire avdelinger (ambulans-, AMK-, luftambulans- og pasientreise-avdelingen). Kollegastøtteordningen ble kalt EFOK, en forkortelse for *emosjonell førstehjelp og krisehåndtering*, og det er under dette navnet kollegastøtteordningen er kjent. EFOK består i 2025 av 15 faste kollegastøtter, som alle er ansatt i ambulansavdelingen. De er tilgjengelige for alle avdelingene i prehospital klinikk. I klinikken erfarer vi at det er anerkjent at ansatte kan reagere på hendelser man utsettes for i jobben, og at det skal være rom for å kunne snakke om det.

Kollegastøttene i EFOK har videreutdanning i psykisk stress- og kriebearbeiding (psykotraumatologi RITS¹). RITS¹ står for *rekonstruksjon og integrasjon av traumatisk stress*, og er en spesifikk metode for psykologisk stress- og kriebearbeiding etter sterke hendelser (7). Metoden blir i hovedsak anvendt til kollegastøtte, som en intervensjonsform for profesjonelle personer og yrkesgrupper.

Organiseringen av EFOK

EFOK har en døgnkontinuerlig vaktordning som er tilgjengelig hele året. Det er et eget vaktnummer som kan nås av alle ansatte i klinikken, når den enkelte har behov for det. Hensikten er å være et lavterskeltilbud for alle ansatte. Alle nyansatte får informasjon om ordningen, og den blir presentert for nye lærlinger og studenter som har praksis ved ambulansetjenesten og ved AMK i OUS. Det er viktig at ordningen er godt kjent i organisasjonen, og at det er anerkjent å benytte seg av den. Det er også en suksessfaktor at det er en oppsøkende ordning – at kollegastøttene tar kontakt med den berørte når en hendelse er meldt.

Ledere på vakt (operativ leder på ambulans eller operasjonsleder ved AMK) har ofte god oversikt over

mange av oppdragene som pågår, og har et særskilt ansvar for å varsle EFOK ved hendelser som kan ha vært belastende. Dette kan være alt fra trusselsituasjoner, til skade på eget personell, alvorlig sykdom/død for barn, selvdrap, personell involvert i trafikkuulykker og annet. Det kan også være andre belastende hendelser, som at man har vært involvert i uønskede hendelser i forbindelse med pasientbehandling.

Når det har oppstått en slik hendelse, skal EFOK varsles for å kunne ta kontakt med involvert personell. Personellet blir da oppringt av vakthavende kollegastøtte for en samtale. En avlastningssamtale (*defusing*) kan ta fra noen minutter til timer, alt etter behov. De involverte har også mulighet til å avtale flere oppfølgingssamtaler, enten over telefon eller i fysisk møte. Dette kan gjøres én til én eller i grupper. Dersom hendelsen er alvorlig, vil man raskt bli kontaktet for en første avlastningssamtale, men oftest vil kollegastøtten vente noen dager før de tar kontakt, slik at den psykologiske ettervirkningen er etablert, og den første egenbearbeidingen har startet. EFOK-vakten kan også være en del av teknisk debrief etter hendelser. Ved større, alvorlige hendelser kan man gjennomføre RITS¹-samtaler, og da brukes denne spesifikke metoden i samtalen. Kollegastøtten som følger opp, skal vurdere dette i hvert enkelt tilfelle. Det er likevel viktig at EFOK kan bli varslet, selv om det ikke er åpenbart belastende hendelser. Personellet har alltid mulighet til å ta kontakt selv dersom man har behov, eller ansatte kan ta kontakt på vegne av en kollega. Fordelen med at det er EFOK som tar kontakt, er at kollegastøtten også kan fange opp andre hendelser som har preget vedkommende, men som EFOK ikke er varslet om. Dette senker også terskelen for å ta imot støtte, da det er lettere å ta imot hjelp enn å be om det selv.

I 2023 hadde EFOK 189 rapporterte hendelser, som resulterte i over 250 oppfølgingssamtaler. Noen av disse ble gjennomført som gruppesamtaler.

De fleste har ikke en organisert kollegastøtteordning. Noen sykehus og avdelinger har etablert gode former for oppfølging og kollegastøtte, men det er dessverre slik at flertallet av helsepersonell enda ikke har et slikt tilbud. I rapporten *«Erferinger fra kollegastøtte»* presenterte Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) i juni 2023 en rapport som har sett på kollegastøtteordninger i Norge. Den oppsummerer med at:

«Det er stor variasjon i tilbudet om kollegastøtte



Illustrasjon: iStock

mellom virksomheter, og mellom yrkesgrupper. Mens leger, psykologer og tannleger har egne ordninger med kollegastøtte i hele landet via sine yrkesforeninger, finner vi i ingen eller svært liten grad det tilsvarende tilbud for sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. Vi ser også at det i liten grad er innført kollegastøtteordninger på virksomhetsnivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten».(8)

Hvordan fungerer kollegastøtte?

Jeg er selv kollegastøtte i EFOK, og jeg er opptatt av hvordan kollegaer og medarbeidere har det etter belastende hendelser og hvordan vi tar vare på hverandre. Interessen for kollegastøtte har gjort at jeg ofte snakker om temaet med helsepersonell jeg møter utenfor egen klinikk. Erfaringen fra disse samtalene, både i OUS og ved andre sykehus, er imidlertid at det er få organiserte kollegastøtteordninger, noe som stemmer overens med funnene UKOM presenterte i sin rapport.

Det at en kollegastøtteordning verken er vanlig eller kjent, vekket derfor min interesse og var noe jeg ønsket å finne mer ut av. Det ble utgangspunktet for min masteroppgave *Hvordan fungerer kollegastøtte? Ambulansepersonell og intensivsykepleieres opplevelse av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp* (1). I oppgaven sammenlignet jeg to akuttavdelinger ved OUS. Medisinsk intensiv, som ikke har en organisert kollegastøtte-

ordning, ble sammenlignet med ambulansetjenesten, som har en etablert kollegastøtteordning (EFOK). Målet med oppgaven var å se om det var forskjeller mellom disse to avdelingene og hvordan de ansatte opplevde å bli fulgt opp.

Uformell kollegastøtte og konkurrerende historier

Det kom tydelig frem i min undersøkelse (1) at uformell kollegastøtte opplevdes som det enkleste og lettest tilgjengelige for dem jeg intervjuet. Samtlige informanter sa at de hentet mest støtte hos sine nærmeste kollegaer eller andre kollegaer. Etter belastende hendelser var det kollegaene som var de foretrukne å snakke med hendelsen om. Det ble beskrevet mange varianter av dette, enten det var i ambulansen etter oppdrag, på vaktrommet, eller når intensivsykepleierne og paramedicene hadde anledning til å snakke ellers på arbeidsplassen. Mange hadde gode kollegaer som de også traff på fritiden, eller som de hadde lett for å ta kontakt med på telefon eller via sosiale medier. Denne form for kollegastøtte har en positiv påvirkning for å unngå negative psykiske ettervirkninger (4).

De fleste av informantene beskrev at det var lett å snakke med kollegaer, fordi de kjenner godt til arbeidet og enkelt kan gjenkjenne situasjoner eller ha lignende erfaringer. Det opplevdes både som støttende og som

◀ verdifullt. Men det kom også frem, i begge gruppene, at når informantene snakket om en hendelse, ville ofte kollegaene fortelle om lignende hendelser eller erfaringer – såkalt konkurrerende historier. Da kunne den opprinnelige hendelsen forsvinne i andres behov for å fortelle. I disse situasjonene fikk man delt historier, men man opplevde ikke å få bearbeidet sine egne opplevelser og følelser på en god måte. Det ble overfladisk, og flere opplevde at de ikke ble sett av kollegaen.

Hvor mye informantene snakket med sine kollegaer, var avhengig av de ulike arbeidsmiljøene og hvem av kollegaene man jobbet med. De ønsket ikke å dele sine følelser med alle kollegaene. Det fremstod derfor også som tilfeldig når man hadde mulighet til å dele og ikke. Hvor inkludert informantene kjente seg i arbeidsmiljøet hadde også betydning for tilgangen til den uformelle kollegastøtten.

Vil man være ærlig med sin leder?

Det tillegges ofte at ledere skal følge opp sine ansatte i arbeidshverdagen, også som støttepersoner. I min studie (1) kom det frem at noen hadde et såpass nært forhold til sin leder at de kunne prate med hen om vanskelige emosjonelle saker. Men de fleste var tydelige på at de forholdt seg til nærmeste leder om praktiske ting, og ikke ønsket å dele sine innerste tanker og følelser. Noen fryktet at dersom de delte tanker og følelser med lederen, kunne lederen tolke det som et svakhetstegn. Informantene trodde det igjen kunne føre til at de ikke fikk mer ansvar, eller at det kunne påvirke referansen, dersom de ville søke jobb andre steder. Dette kan derfor være til hinder for å snakke med nærmeste leder om belastende hendelser. I en annen studie blant intensivsykepleiere kom det frem at kun 10 prosent ønsket støtte fra leder etter belastende hendelser (9).

Jeg fant i min oppgave at kollegastøtteoppfølging kan være et viktig supplement til oppfølging fra leder, slik at helsepersonell kan dele sine tanker og følelser med noen som ikke har annet til hensikt enn å være til hjelp og støtte.

Hvor mye skal man tåle i denne jobben?

Når man jobber i en akuttavdeling som helsepersonell, ligger det en forventning om at man må tåle en del emosjonelle belastninger (10). Denne forventningen ligger hos den enkelte selv, men man antar at den også ligger hos kollegaer. Dersom man er kjent med yrket man har gått inn i, er man også ofte kjent med utfor-

dringene og hvilken belastning det kan være å stå i et slikt arbeid.

Men ingen kan vite om man holder ut over tid i en slik jobb, og for noen blir det for mye med slike belastende hendelser. Selv om helsepersonell har en tanke om at man skal tåle en del, er det alltid en grense for hva man kan forvente at helsepersonell skal kunne stå i, uten å få sterke reaksjoner (11).

Supersykepleier – og superparamedisiner

I en studie om utmattelse blant sykepleiere (10) ble *supersykepleier* brukt som begrep. I studien kom det frem at det ble forventet av flere sykepleiere at man skulle være sterk og vise at man tålte å stå i vanskelige situasjoner. Dette gjaldt spesielt de mest erfarne sykepleiere, som mente at dette var en del av jobben. Det førte til at de ikke ville vise svakheter overfor kollegaer, og derfor unnlot å si ifra når de var psykisk slitne.

Sykepleierne anså det som et svakhetstegn om de viste symptomer på utmattelse eller at de ikke tålte jobben, og det medførte igjen at det var vanskeligere å snakke om. Sykepleierne ba heller ikke om hjelp eller støtte i disse situasjonene. Det kom frem at mange av disse sykepleiere hadde høye forventninger til seg selv og hva de måtte tåle – derav begrepet supersykepleier (10).

Missouridou (2017) sier at forventningen om profesjonalitet kan påvirke hvordan man håndterer belastende hendelser. Dersom helsepersonell toner ned hvordan belastende og traumatiserende hendelser påvirker dem, fordi de føler at man må være i stand til å takle alle hendelsene i jobben, kan dette bidra til en illusjon om usårbarhet og at man må være en supersykepleier for å kunne stå i jobben (12). Hjelpere som frykter å bli oppfattet som mindre profesjonelle dersom de vedkjenner seg sårbare mot enkelte vonde opplevelser, vil – dersom disse følelsene allikevel kommer – kjenne at de kommer til kort i yrket (4).

Jeg fant det samme i min undersøkelse – både supersykepleiere og superparamedisinerne (1). Både paramedisinerne og sykepleierne uttrykte at det lå en forventning om at man skal tåle en del i denne jobben. Det kom tydelig frem at dette både var egne forventninger og forventninger som de trodde andre hadde til dem. Flere hadde også opplevd å få tilbakemelding fra mer erfarne kollegaer om hva de burde tåle, og at dersom de ikke tålte det, hadde de ingenting i dette yrket å gjøre. En sykepleier sa imidlertid at det hadde gått opp for hen at det ikke var slik at man skal tåle alt. Etter å ha erkjent dette, senket sykepleieren terskelen for å be

«Det kom frem at mange av disse sykepleierne hadde høye forventninger til seg selv og hva de måtte tåle – derav begrepet supersykepleier.»

om hjelp og støtte, og hen snakket mer om det med kollegaer.

Dersom terskelen for hva man skal tåle settes for høyt, enten av en selv eller andre, kan det medføre at helsepersonell ikke får luftet ut egne tanker, følelser og fantasier, og resultatet kan være psykisk uhelse som angst, depresjon, utbrenthet og PTSD (11). Noen føler at de kommer til kort, og slutter av den grunn (4). Dersom denne forventningen om å tåle ikke blir snakket om – og dersom supersykepleieren og superparamedisineren ikke får lov til å «ta av seg kappen sin» og vise sårbarhet og egne følelser – vil det kunne ha flere negative effekter. Det kan gi mer gjennomtrekk på avdelingene eller forhøyet sykefravær. Målet bør være at alle ansatte skal kunne ta rollen som forbilde og snakke om de ulike belastningene helsepersonell utsettes for, og hvordan man blir påvirket av dem. Alle bør kunne snakke med kollegaer eller ta kontakt med en kollegastøtteordning. Dette fordi ingen skal måtte tåle alt eller stå igjen med sterke opplevelser og følelser alene. Det å tørre å vise sårbarhet og snakke om egne følelser vil kunne være positivt både for samholdet på arbeidsplassen og forebygge psykisk uhelse hos den enkelte.

Alt helsepersonell bør ha tilgang til kollegastøtte

En organisert kollegastøtteordning kan se ut til å ha betydning for opplevd ivaretagelse og trygghet. En slik ordning vil derfor kunne gi mer trygghet på jobb, et bedre arbeidsmiljø og en bedre pasientbehandling. Det er bred støtte fra forskning om at det vil være fordelaktig å organisere en form for kollegastøtte. Den bør også være organisert på en slik måte at ordningen slår inn etter gitte parametere, og dermed er oppsøkende. Dette siden terskelen for selv å ta kontakt ser ut til å være for høy for helsepersonell.

Det finnes flere måter å organisere kollegastøtte på, hvorav ett eksempel er EFOK ved OUS. Andre måter kan være mindre ressurskrevende og lettere å organisere, gjerne i samarbeid med bedriftshelsetjenester. Helsedirektoratet har laget en guide for ivaretagelse

av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser (13). I denne guiden er det blant annet lagt stor vekt på ivaretagelse av helsepersonell, med en beskrivelse av flere ulike måter å drive kollegastøtte på. Det er mange veier til en god kollegastøtteordning. Det viktigste er å finne en ordning som er tilpasset arbeidsstedet – og at man prioriterer arbeidet og har en oppsøkende ordning som ledere legger til rette for og følger opp. ●

Referanser

1. Våge J. Hvordan fungerer kollegastøtte? Ambulansepersonell og intensivsykepleieres opplevelse av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp: Universitet i Oslo; 2021.
2. Våge J. Kollegastøtte. In: Bergem AK, Thorvaldsen NØ, Häikiö K, Holst Ø, editors. Prehospitale møter med mennesker i krise: Hertervig Forlag - akademisk; 2024.
3. Collier J, Bergen T, Li H. An Integrative Review of Effective Strategies to Prevent and Treat Compassion Fatigue in Oncology Nurses. 2024. 2024;34(1):10.
4. Haavik M, Toven S. Ivaretagelse av hjelpere. Oslo: Universitetsforlaget; 2020. 158 sider 23 cm p.
5. Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLOS ONE. 2015;10(8):e0136955.
6. Reid BO, Næss-Pleym LE, Bakkelund KE, Dale J, Uleberg O, Nordstrand AE. A Cross-sectional Study of Mental Health, Posttraumatic Stress Symptoms and Post Exposure Changes in Norwegian Ambulance Personnel. 2021.
7. Ambla.no. Hva er RITS? [Available from: <https://ambla.no/om-rits>.
8. UKOM. Erfaringer fra kollegastøtteordninger 2023 [updated 22.06.2023. Available from: <https://ukom.no/rapporter/erfaringer-fra-kollegastotteordninger/sammendrag>.
9. De Boer J, Van Rikxoort S, Bakker AB, Smit BJ. Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. Nursing in Critical Care. 2014;19(4):166-74.
10. Steege LM, Rainbow JG. Fatigue in hospital nurses — 'Supernurse' culture is a barrier to addressing problems: A qualitative interview study. International Journal of Nursing Studies. 2017;67:20-8.
11. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. Oxford ; New York :2015. p. 649-61.
12. Missouridou E. Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. Journal of Trauma Nursing. 2017;24:110-5.
13. Helsedirektoratet. Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser 2024 [updated 13.08.2024. Available from: <https://www.helse-direktoratet.no/rapporter/ivaretagelse-etter-uonskede-hendelser>.

HER2+ mBC



Primærendepunkt i DESTINY-Breast03
er PFS iht BICR*¹ hos pasienter med

HER2+ metastatisk brystkreft i 2L+

29.0 måneder
mPFS^{1**}

ENHERTU 29.0 mnd (N=261, KI 23.7-40.0).
vs T-DM1 7.2 mnd (N=263, KI 6.8-8.3).
HR 0.30 (95 % 0.24-0.38).

52.6 måneder
mOS^{1**}

ENHERTU 52.6 (95 % KI 48.7-NE).
vs T-DM1 42.7 (35.4-NE).
Risikoreduksjon for død 27 % (HR, 0.73; 95 % CI, 0.56-0.94).¹

INDIKASJON:

ENHERTU som monoterapi er indisert til behandling av voksne pasienter med inoperabel eller metastaserende HER2-positiv brystkreft som har fått ett eller flere tidligere anti-HER2-baserte regimer.²

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Interstitiell lungesykdom (ILD)/pneumonitt: Pasienter skal monitoreres for tegn og symptomer på ILD/pneumonitt og umiddelbart utredes ved mistanke om dette.

Nedsatt nyrefunksjon: En høyere insidens av ILD/pneumonitt grad 1 og 2 (som medførte økt forekomst av seponering), og en høyere insidens av alvorlige bivirkninger, er sett ved moderat nedsatt nyrefunksjon. Pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal monitoreres nøye for bivirkninger, inkl. ILD/pneumonitt.

Nøytropeni: Komplette blodtelling skal foretas før oppstart av behandling og før hver dose, og som klinisk indisert.

Reduksjon i venstre ventrikkels ejeksjonsfraksjon (LVEF): Standard hjertefunksjonsundersøkelse (EKG eller MUGA skanning) skal foretas for å vurdere LVEF før oppstart av behandling og regelmessig under behandling som klinisk indisert.

Graviditet: Kan forårsake fosterskade.

Bivirkninger:

De vanligste bivirkningene var kvalme, fatigue og oppkast. Behandling av bivirkninger kan kreve midlertidig avbrudd, dosereduksjon eller seponering av behandling.

Dosering:

Anbefalt dose brystkreft: 5,4 mg/kg. Gis som iv. infusjon (ikke som støtdose eller bolus) 1 gang hver 3. uke (21-dagerssyklus) frem til sykdomsprogresjon eller uakseptabel toksisitet.

Før hver dose bør pasientene premediseres med et kombinasjonsregime av 2 eller 3 legemidler for å forebygge kvalme og oppkast (f.eks. dexametason med enten en 5-HT₃-reseptorantagonist og/eller en NK1-reseptorantagonist, samt andre legemidler som indisert) til forebygging av kjemoterapiindusert kvalme og oppkast.

Se preparatomtalen (SPC) for utfyllende informasjon om ENHERTU før oppstart av behandling. Det er utarbeidet risikohåndteringsmateriell og pasientinformasjon for ENHERTU.

Dette finner du på www.felleskatalogen.no eller ved å kontakte oss.

Reseptgruppe: C.

Pakninger, priser og refusjon:

Maksimal utsalgspris fra apotek: 100mg: 1 stk. (hetteglass) 22341,00 NOK. Besluttet innført iht indikasjoner for brystkreft.⁴

Se felleskatalogen ENHERTU, Daiichi Sankyo.

ENHERTU inngår i Helseforetakenes anbefaling for brystkreft for indikasjonene innført av beslutningsforum.⁵

ENHERTU markedsføres i Norge av Daiichi Sankyo Nordics Aps og AstraZeneca AS.

* BICR: Blinded Independent Central Review

**mPFS = median progresjonsfri overlevelse. mOS = median totaloverlevelse.

†Brukt kjemoterapi var kapecitabin, eribulin, gemcitabin, paklitaksel eller nab-paklitaksel i henhold til legens valg.

1. Cortes J et al., Enhertu longterm OS, Nature Medicine June 2024 2. ENHERTU® (trastuzumabderukstekan) preparatomtale EMA/SLV pkt. 4.1. 3. Modi S, Jacot W, Yamashita T, et al. Trastuzumab deruxetecan in previously treated HER2-low advanced breast cancer. N Engl J Med. 2022;387(1):9-20. 4. <https://nyemetoder.no/metoder/trastuzumabderukstekan-enhertu> 5. <https://www.sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi>

ENHERTU
trastuzumabderukstekan

HER2-LAV mBC



Primærendepunkt i DESTINY-Breast04
er PFS iht BICR*³ hos pasienter med

HR+/HER2-Lav metastatisk brystkreft

10.1 måneder
mPFS^{3**}

mPFS var 10,1 måneder (N=331, 95 % KI 9,5-11,5) med ENHERTU vs. 5,4 måneder (N=163, 95 % KI 4,4-7,1) med kjemoterapi^{2,3}

49% risiko-
reduksjon

ENHERTU reduserte risikoen for sykdomsprogresjon eller død vs. kjemoterapi² med 49 % (N=494, HR 0,51; 95 % KI 0,40-0,64; P<0,001)^{2,3}

INDIKASJON:

ENHERTU som monoterapi til behandling av voksne pasienter med inoperabel eller metastaserende HER2-lav brystkreft som har fått tidligere kjemoterapi ved metastaserende sykdom eller fått sykdomstilbakefall under eller innen 6 måneder etter fullført adjuvant kjemoterapi.²

Daiichi-Sankyo

AstraZeneca

Daiichi Sankyo Nordics ApS, Amagerfælledvej 106, 2300 København S • T: +45 88 44 45 45 • www.nordics.daiichi-sankyo.eu
AstraZeneca AS, Karvesvingen 7, 0759 Oslo • T: +47 21 00 64 00 • www.astrazeneca.no

Utdanning av kreftsjukepleiarar i Trondheim gjennom 25 år



Astrid Bjørnerheim Hynne

Sjukepleiar, Cand.polit. og førstelektor emerita ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.



Marianne Haug Johansen

Kreftsjukepleiar og universitetslektor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.



Kirsti Torjuul

Sjukepleiar, Cand. polit. og pensjonert førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

Bakgrunn

Vidareutdanninga i kreftsjukepleie vart oppretta ved Høgskulen i Sør-Trøndelag (HIST) hausten 1999. Studentane starta i si første studieveke 6. desember same året. Heilt sidan Kreftavdelinga ved Regionsjukehuset i Trondheim (RIT) opna i 1985 som eit desentralt behandlingstilbod for kreftpasientar i helseregion Midt-Norge, arbeidde fleire for at det skulle starte ei vidareutdanning i onkologisk sjukepleie i Trondheim. Oversjukepleiar Marie Aakre var saman med overlege Olbjørn Klepp (1) sentral i denne prosessen for å auke kompetansen i kreftbehandling og lindrande omsorg over heile landet, i samsvar med nasjonale tilrådingar (2,3).

Allereie i 1992 var det utarbeidd ein studieplan for vidareutdanning i onkologisk sjukepleie av ei gruppe samansett av representantar frå Sjukepleiarhøgskulen i Sør-Trøndelag (SST) og Innherred sjukepleiarhøgskule. Arbeidet stoppa opp i påvente av at ansvaret for dei sjukehusinterne utdanninga skulle overførast til høgskulesystemet.

Hausten 1997 vart det oppretta kontakt mellom sjukepleiarutdanninga ved HIST, Regionsjukehuset i Trondheim (RIT) og Den Norske Kreftforeining (DNK) for igjen å prøve å få satt i gang ei vidareutdanning i kreftsjukepleie ved Høgskulen i Sør-Trøndelag (HIST).



Høyskolen i Sør-Trøndelag. Kull 1, vidareutdanning i Kreftsykepleie 1999-2001. Foto: Schrøder.

Rammeplanen for Vidareutdanning i kreftsjukepleie kom 17.november 1999 (4), og utkast til tidlegare studieplan vart revidert i hurtig tempo i samsvar med ny rammeplan.

Astrid Bjørnerheim Hynne som hadde delteke i høyring av rammeplanen og arbeidd med revidering av tidlegare studieplanar saman med m.a. Marie Aakre og kreftsjukepleiar Elin Klüver, vart fagleg leiar. Klüver vart også med i vidare planlegging og undervisning på oppstartkullet. Hynne hadde delteke i prosjektet «Palliativ behandling og pleie» ved den nyoppretta Seksjon lindrande behandling (SLB) ved RIT, i samband med intervju av pårørande til alvorleg sjuke og døande kreftpasientar (5). Hynne hadde også erfaring som lærar frå grunnutdanninga i sjukepleie gjennom mange år. Det gav ho eit grunnlag og kjennskap til kva for fagpersonar ho kunne ta kontakt med i samband med undervisning og vidare planlegging av vidareutdanninga.

På bakgrunn av erfaringar og tilgjengelege kjelder, vil vi prøve å gi ei oversikt over kva som har prega denne utdanninga gjennom 25 år.

Undervisning og innhald

Samarbeidet med RIT som største oppdragsgivar var avgjerande for oppstart av kreftsjukepleiarutdanninga ved HIST. Rammeplanen gav også klare føringar til innhald i studiet, noko som var ein fordel i vidare utvikling av studieplanen. Studieplanar frå andre vidareutdanningar var også ein inspirasjon i planarbeidet, spesielt planen frå Det norske radiumhospital. HIST valte i samarbeid med RIT minimum av praksisstudiar på 12 veker, som i hovudsak føregjekk ved spesialavdelingar ved RIT. For å få nok praksisplassar fekk studentane 6 + 6 veker praksis innimellom studieveker med undervisning. Å veksle mellom innføring i teori og praksisstudiar gjorde det lettare å integrere ulike kunnskapsformer. Å samle heile kullet gjennom ca.12-13 studieveker i teori fordelt på to år, medførte også kontinuitet i kontakta mellom alle studentane, noko dei gav positive tilbakemeldingar på. Det vart også forsøkt å legge opp til ulike tema i kvar studieveke for å gi rammer og inspirasjon til fordjuping.

Praksisperiodane dekkja rammeplanen sine krav til både stråle-, cytostatika- og medisinsk behandling. Å tilby

Tabell 1: Oversikt over fagpersonar ved HIST/NTNU i undervisning og vegleiiing på ulike tema i kreftsjukepleiarutdanninga	
Sigrid Nakrem:	Sjukepleiar og professor. Kvalitetsutvikling.
Beate Andre:	Sjukepleiar og professor. Palliasjon og livskvalitet.
Kjersti Grønning:	Sjukepleiar og professor. Rehabilitering.
Kirsti Torjuul:	Sjukepleiar og førsteamanuensis. Pensjonist. Etikkk og tenkningsgrunnlag.
Hans Hadders:	Sjukepleiar og førsteamanuensis. Døden, rituala og etikkk.
Mary-Elizabeth Eilertsen:	Sjukepleiar og førsteamanuensis. Barn og ungdom med kreft og pårørande
Gunnhild Jakobsen:	Sjukepleiar og førsteamanuensis. Palliasjon og søvn.
Hanne Kari Gjeilo:	Sjukepleiar og førsteamanuensis. Palliasjon.
Astrid Bjørnerheim Hynne:	Sjukepleiar og førstelektor emerita. Pårørande. Pedagogikk. Kvalitetsutvikling.
Bente Paulsen:	Sjukepleiar og universitetslektor. Pensjonist. Kvalitetsutvikling og pedagogikk.
Marianne H. Johansen:	Kreftsjukepleiar og universitetslektor. Palliasjon, fagleg leiing og samhandling.
Elin Klüver:	Kreftsjukepleiar. Kreftsjukepleierrolla i teori og praksis.
Bente Kristiansen:	Kreftsjukepleiar. Kreftsjukepleierrolla i teori og praksis.
Sissel-Marie Paulsen:	Kreftsjukepleiar. Kreftsjukepleierrolla i teori og praksis.

◀..... praksis ved SLB styrka studentane sitt høve til å utvikle kompetanse på lindrande behandling både ved sengeposten og gjennom å samarbeide med kommunehelsetenesta gjennom palliativt team i sjukehuset. Praksis i kommunehelsetenesta var ikkje eit krav i den første rammeplanen. Studentane fekk ei hospiteringsveke i kommunen eller andre relevante tilbod utanom spesialisthelsetenesta. Det var vanskeleg å legge opp til ein vegleia praksisperiode i kommunane også den gong grunna mangel på veileदारar med spesialkompetanse i samsvar med krava i rammeplanen. Modellen for organisering av teori og praksis har vore gjeldande med nokre variasjonar fram til nye nasjonale retningslinjer kom i 2021, som no kull 2023-2025 fylgjer på fulltidsstudiet over to år. Utdanninga har vore organisert som deltid for 10 av 13 kull gjennom dei 25 åra.

I 2008 flytta Avdeling for sjukepleie med vidareutdanningar frå Ranheimsvegen inn i Øya helsehus. Vegen til St.Olavs hospital (RIT fram til 2002) sine avdelingar vart kort, noko som letta oppfølging av studentar i praksis frå lærarane si side. Det medførte også større fleksibilitet i samarbeidet med spesialistar ved St. Olavs hospital både i undervisning, praksisstudiar, men også forsking- og utviklingsarbeid.

Studentane

Det har hittil blitt utdanna rundt 315 kreftsjukepleiarar på 13 kull frå 1999-2024. Antal studentar på dei fleste

kull har vore mellom 20 og 30, som har vore vurdert som økonomisk berekraftig fram til i dag.

På det første kullet (1999-2001) på 25 studentar kom 12 studentar frå RIT og sjukehusa i Orkdal og Namsos. To studentar kom frå Den norske kreftforeining i Trondheim, og dei resterande 11 studentane kom frå kommunehelsetenesta i Nord- og Sør-Trøndelag. Dei fleste studentane fekk økonomisk støtte frå sine arbeidsgivarar. Den eine studenten frå Trondheim kommune betalte sjølv studieavgifta som den gong var på ca. 70 000 kroner.

Gjennomsnittleg alder på det første kullet låg rundt 40 år. Mange studentar hadde lang erfaring frå praksis, og fleire hadde venta i mange år på at det skulle kome ei utdanning i Trondheim som gjorde det mogeleg å kombinere med både arbeid og familie. Det var studentar som fortalde at dei hadde «ein draum om å bli kreftsjukepleiar». Studentane som kom frå kommunane var spente på om dei klarte å gjennomføre studiet, og spesielt praksisen ved sjukehuset. Mange hadde ikkje studert sidan grunnutdanninga. I klargjering av forventningar ved oppstart, har det vore eit fellestrekk at studentane på alle kull ynskte å få meir kunnskap og utvikle seg som fagpersonar. I den avsluttande evalueringa har fleirtalet av studentane svart at deira forventningar vart innfridd.

På to kull har det vore opptak av kvotar på til saman 10 studentar frå nærkommunar til Trondheim (Fosen, Rindal, Meldal, Støren og Røros/ Fjellregionen). Dette



Anne Britt Tviberg frå kull 1999-2001 designa den første kreftsjukepleienåla.



Etter fusjon mellom HIST og NTNU, vart nåla endra i tekst og farge.

var studentar som arbeidde i heimebasert omsorg eller på helsesenter med lindrande einingar. Det medførte videooverføring til to kommunesenter av enkelte forelesingar, og oppmøte i Trondheim for undervisning som stilte krav til diskusjon og andre pedagogisk aktivitetar. Det gjorde det mogeleg for dei med lang veg å ta ei vidareutdanning, men tilbakemeldingane var også varierande. Det var lett å bli «utanfor» miljøet i klasserommet der studentane i Trondheim møtte opp, og kvaliteten på videoforelesingar varierte. Å ha enkeltdagar med obligatorisk oppmøte på studiestaden i Trondheim var difor avgjerande for at mange av studentane klarte å fullføre vidareutdanninga.

På mange av kulla på deltid har det også vore studentar frå ulike kommunar i Nordland som jobba innanfor både spesialist- og kommunehelsetenesta. På dei to kulla som har gått på fulltid i perioden 2004-2006, og no siste kullet på fulltid våren -25, har det vore eit fåtal studentar frå kommunane. Gjennomsnittsalderen på dei siste kulla har gått ned (30-35 år), og mange studentar er etablerte med familie og avhengige av ei inntekt. Fulltidsstudie gir mindre høve til å arbeide ved sidan av studiane, og kommunane har i varierande grad støtta sine studentar økonomisk.

Innhald og læring

Studentane har i stor grad evaluert undervisninga til legar og kreftsjukepleiarar positivt. Faget kreftsjukepleie har frå oppstart vore integrert i same emne som medisinsk kreftbehandling, rehabilitering og palliasjon. Studiet har lagt opp til studentaktive læringsformer som problembasert læring, gruppearbeid, rollespel, simulering og refleksjon. Studentane er blitt

inndelt i faste basisgrupper gjennom studiet, med ei blanding av studentar frå spesialist- og kommunehelsetenesta. Studentane har gitt tilbakemelding på at det har vore lærerikt å dele erfaringar frå ulike praksisfelt og oppleve støtte frå medstudentar i ei mindre gruppe gjennom heile studiet (8, 9). Studentane ynskte likevel meir diskusjon i undervisninga.

Meir systematisk bruk av ressursforelesingar i kombinasjon med case-seminar er utprøvd gjennom heile spesialsjukepleieemnet. Oppdaterte case frå praksis utforma av kreftsjukepleiarar har vore utgangspunkt for seminar med integrering av medisinsk kreftbehandling frå ressursforelesingar, saman med anna relevant kunnskap i kreftsjukepleie. Det har medført meir aktive studentar der dei gir uttrykk for læring gjennom refleksjon, samspel og møte med spesialistar frå klinikken. Fleire studentar har gitt uttrykk for at diskusjonar gir øving i å setje ord på kva kreftsjukepleie er ved å kombinere teoretisk kunnskap med praktiske erfaringar. Å få møte spesialistar frå klinikken i ei ressursforelesing, blir opplevd som motiverande og identitetsskapande. Studentane har gitt tilbakemeldingar på at denne undervisningsforma gir meir rom for å spørje og diskutere, enn det ei digital forelesing gir høve til (10).

Heilt frå oppstart av utdanninga, har akademisk skriving av ulike oppgåver vore sentralt. Å gi studentane skrivetrening og tilbakemeldingar gjennom heile læringsprosessen og ikkje berre ved ein avsluttande eksamen, var også i samsvar med føringane i Kvalitetsreforma (6). På dei første kulla var akademisk skriving og søk på litteratur ei utfordring. Etter kvart som gjennomsnittsalderen på studentane gjekk ned og fleire

«Å få møte spesialistar frå klinikken i ei ressursforelesing, blir opplevd som motiverande og identitetsskapande.»

hadde meir erfaring frå grunnutdanninga i sjukepleie, gjekk det lettare. Å auke søkje kompetansen i ulike medisinske- og sjukepleiefaglege databasar er ein føresetnad for å arbeide kunnskapsbasert, så samarbeid med bibliotekenesta har heile tida vore avgjerande (7).

Auke i talet på skriftlege oppgåver gjennom heile studiet har også gitt studentane høve til å utvikle sin skrivekompetanse, noko studentane har evaluert som ei «drahjelp» for eiga læring. «Lærer mye på å skrive, veldig bra at det kom så tidlig i studiet, burde hatt flere slike oppgaver» og «Fylldig tilbakemelding og konstruktiv kritikk» var andre kommentarer. Men også «slitsomt med alle oppgåvene», som ein student sa det (8).

«Krav til praksis i kommunehelsetenesta etter den nye forskrifta har vist seg å vere utfordrande».

Fordjupingsoppgåva vart etter mange år endra til artikkelform etter IMRAD-struktur med eit systematisk litteraturstudie som metode. Det gav også meining at studentane arbeidde med ein oppgåvestruktur som er eitt av vurderingskriteriane for kvalitet i fag- og forskingsartiklar. Tema på fordjupingsoppgåva og prosjektbeskriving som forarbeid til masteroppgåva på siste kull, har vore knytt til kreftsjukepleie ved både kurativ og lindrande behandling. Tema har m.a. dreia seg om: Korleis kommunisere, undervise og vegleie i ulike fasar av sjukdomen, symptomkartlegging og lindring, støtte ved heimedød, ernæring, fatigue, meistring, støtte til både kreftpasienten og pårørende som fylgje av sjukdom og behandling, rehabilitering, betydning av håp, og pasientforløp og samhandling.

Masterutdanning og nye nasjonale retningslinjer

Ved HIST vart det allereie frå 2009 arbeidd med masterutdanning der ABIOK-utdanningane kunne få innpass (11). Etter innføring av strukturreforma (12), vart HIST, Høgskulen i Gjøvik og Høgskulen i Ålesund fusjonert med Norges teknisk- naturvitenskapelege universitet (NTNU). Høgskulen i Ålesund hadde også med ei VIK inn i NTNU, på same måte som HIST. NTNU stilte krav om at utdanningane skulle ha same studieplanar og eksamenar, og likeverdige tilbod i timeplanar.

Campus i Trondheim har i perioden 2016- 2023 hatt leiarskap og koordinert utvikling av studieplanar for to

masterar saman med campus Ålesund med kreftsjukepleie som eiga studieretning. Den første masteren i klinisk sjukepleie vart godkjent i 2018. Master i spesial-sjukepleie -studieretning kreftsjukepleie- starta opp hausten 2023 etter nye retningslinjer (13), der Hynne har vore ein av tre representantar i programgruppa under leiing av Inger Utne.

Nye retningslinjer utvida kreftsjukepleiarutdanninga frå 60 til 90 studiepoeng med høve til å avslutte etter 90 studiepoeng (sp.), eller fullføre masteren i kreftsjukepleie med 120 sp. i form av ei masteroppgåve. Grunna auka tal på kreft-overlevarar og forventet auke i tal på eldre pasientar som får kreft, har innhaldet i dei nye retningslinjene lagt meir

vekt på rehabilitering og fått eit eige kompetanseområde for palliasjon, til skilnad frå anestesi-, barne-, intensiv- og operasjonssjukepleie (ABIO) sine retningslinjer.

Masteren i studieretning kreftsjukepleie (14) har fylgjande emner felles med ABIO-utdanningane i perioden 2016-2023: Kvalitativ- og kvantitativ metode (15 sp.), prosjektplan, vitskapsteori og forskingsetikk (7,5 sp.) og masteroppgåve i spesialsjukepleie (30 sp.). Det er også gjennomført enkelte felles fagdagar på meir generelle tema med digital overføring til fleire campus ved behov. Kreftsjukepleiarutdanninga skil seg likevel frå ABIO-utdanningane ved at faginnhaldet skal kvalifisere til eit breidt spekter av funksjonar i både spesialist- og kommunehelsetenesta. Kreftsjukepleiarutdanninga i Trondheim har difor hittil i liten grad lagt opp til meir felles undervisning enn dei ovannemnde tema. Med økonomiske innstrammingar kan kravet til meir felles undervisning bli aktuelt. Det kan kome til å svekke kreftsjukepleie som spesialitet grunna ulike funksjonar både innan spesialist- og kommunehelsetenesta.

Krav til praksis i kommunehelsetenesta etter den nye forskrifta har vist seg å vere utfordrande. Der er det framleis for få kreftsjukepleiarar og sjukepleiarar med veiledingskompetanse, noko forskrifta seier bør vere ein hovudregel i vegleing av studentar for å ivareta kvalitet (13).

På kull 2023-2025 starta 23 studentar på fulltid (av 25 plasser). På dette kullet kan det sjå ut til at ca. 2/3 av

kullet kjem til å fullføre masterstudiet på 120 sp. i løpet av 2025. Fleire studentar planlegg studiar tilknytte prosjekt som veiledarar har ved St.Olavs hospital. Det er eksempelvis tema som handlar om barn og døden, palliasjon og overbehandling, pårørandekartlegging, samt systematisk litteraturgjennomgang på ulike tema.

Kompetanse i undervisning og vegleing

For å ivareta tidlegare rammeplan og forskrift (4) og ny nasjonal forskrift (13) sine krav, har kreftsjukepleiarutdanninga i Trondheim hatt tilgang til og god nytte av relevant spesialistkompetanse frå RIT og seinare St.Olavs hospital i utdanninga. På dei første kulla evaluerte studentane det som motiverande å møte anerkjende fagpersonar frå RIT som til dømes Stein Kaasa, Olbjørn Klepp, og Marie Aakre (8, 9). Seinare har både legar og kreftsjukepleiarar frå alle avdelingar der studentane har hatt sin praksis, vore viktige ressursar og rollemodellar i undervisning og vegleing.

For å gi studentane meir innsikt i kreftsjukepleierolla i kommunane, har utdanninga hatt tilgang til undervisning frå kreftsjukepleiarar frå nabokommunar til Trondheim. Gjennom studiar om kreftsjukepleiarrolla og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta gjennomført av fagpersonar ved utdanninga, har studentane fått tilgang til relevant kunnskap på områder det ikkje var gjort studiar tidlegare (15, 16, 17).

Etter kvart som fleire kollegaer fekk master- og førstekompetanse ved HIST- frå 2016 Institutt for samfunnsmedisin og sjukepleie (NTNU) – vart desse brukt og blir framleis brukt i undervisning, vegleing og emneansvar på bakgrunn av eiga forskning. Også kreftsjukepleiarar frå klinikken har vore knytt til utdanninga gjennom perioden i HIST og NTNU fram til no (sjå tabell 1).

Nasjonalt og nordisk samarbeid

Nasjonalt nettverk for vidareutdanning i kreftsjukepleie (NNNV) vart oppretta i 2005 etter initiativ frå Bergen diakonale høgskule med eigen intensjonsavtale mellom dei ulike utdanninga i landet, gjeldande frå 1.mai 2007 (18). På dette tidspunktet var det 11 ulike utdanningsinstitusjonar som kunne tilby ei vidareutdanning i kreftsjukepleie. Nettverket sin funksjon har vore å fokusere på Rammeplanens forpliktingar ved å samarbeide for å auke kvaliteten i utdanningane. Å møte fagpersonar frå andre kreftsjukepleiarutdanningar rundt i landet har vore til inspirasjon og støtte når

fagmiljøa ved kvar utdanning har vore små.

Det har vore vanskeleg å få til avtaler om utveksling av studentar i Norden grunna ulike utdanningssystem. Det har derimot vore utveksling av fagpersonalet ved HIST/NTNU og utdanningar i palliasjon og kreftsjukepleie i Sverige. Gjennom eit Erasmusstipend fekk Hynne eit hospiteringsopphold ved Karolinska instituttet i 2003. Erfaringane inspirerte til fellesseminar med ABIOK-utdanningane i utvikling av fordjupingsoppgåva i retning av eit meir systematisk litteraturstudie.

I 2011 tok Mittuniversitetet i Østersund kontakt med HIST for å få til eit samarbeid om ei nettbasert utdanning i palliasjon på masternivå for sjukepleiarar. Tanken var at ulike vidareutdanningar i kreftsjukepleie og palliasjon skulle bidra med eitt emne kvar i ei felles nettbasert utdanning. Kirsti Torjuul og Hans Hadders utvikla eit emne i palliativ etikk ved kreftsjukepleiarutdanninga i Trondheim. Samarbeidet var lærerikt med gjensidig lærarutveksling over to år, men vart av ulike årsaker avslutta utan at utdanninga vart ein realitet. HIST fortsette sitt samarbeid innanfor palliasjon med Ersta høgskola i Stockholm. I 2019-2021 vart det oppretta ei Erasmusavtale mellom NTNU og Ersta om utveksling av personale, men også planer om å arbeide for studentutveksling. Perioden med korona sette vidare samarbeid på vent.

Vidare utvikling og utfordringar

Med utgangspunkt i eit auka behov for palliasjon i kommunehelsetenesta spesielt (19, 20), er det ein styrke at palliasjon er eit nytt kompetanseområde i ny forskrift for kreftsjukepleiarutdanninga (14). I fylgje både tidlegare rammeplan og ny forskrift, er denne utdanninga også eigna for andre alvorleg sjuke og døande pasientar enn dei som har diagnosen kreft. Kreftsjukepleiarutdanninga vil dermed kunne bidra til eit kompetanseløft i åra framover om kommunane blir gjort betre i stand til å prioritere spesialkompetanse i kreftsjukepleie. Samtidig vil spesialisthelsetenesta med St.Olavs hospital som arena for avansert kreftbehandling ha eit kontinuerleg behov for kreftsjukepleiarar med utvida kompetanse på både rehabilitering (21) og palliasjon. Til tross for at nasjonale føringar etterlyser eit behov for fleire kreftsjukepleiarar, er det reduksjon i økonomiske tildelingar til universitet og høgskular. Det gir grunn til bekymring med tanke på å ivareta dette behovet, kvaliteten i utdanningane og nok tilgjengelege studieplassar og stader.

Som eitt innsparringstiltak ved NTNU vedtok fakultetsstyret hausten -24 å legge ned kreftsjukepleiarutdanninga

på campus i Trondheim frå studieåret-25/26 og flytte studieplassane til campus i Ålesund. Å legge ned studiestaden i Trondheim utan ei konsekvensutgreiing, gir grunn til bekymring. Vi meiner det er avgjerande for kvaliteten i utdanninga å samarbeide nært med spesialistar frå universitetssjukehuset St.Olavs hospital om undervisning, praksisstudiar og FoU-arbeid. Trondheim som studiestad bør derfor oppretthaldast. I ein stor organisasjon som NTNU, er det blitt stor avstand mellom øvste leiing og fagpersonale som driv utdanningar. I ein arbeidsrapport presentert i Universitetsavisa (22) uttaler arbeidstakarane at dei har mindre medverknad og gir uttrykk for meir misnøye med leiinga enn tidlegare. Om ein vil satse på fagpersonalet som ressurs, er det eit håp at fagmiljøa blir tatt med på råd før større endringar blir satt ut i livet, som det å legge ned ei veletablert og etterspurt kreftsykepleiarutdanning i Trondheim etter 25 år med eit pennestrøk. Norge er på toppen av kreftstatistikken i Europa (23), men har også fleire kreftpasientar som overlever eller lever lenger med seinskadar etter avansert kreftbehandling. For å dekke eit auka behov for kreftsykepleiarar både innanfor spesialist- og kommunehelsetenesta, blir det difor særskilt viktig å oppretthalde både antal studie-stader og antal studieplassar i tida framover. ●

Referansar

1. Strømskag, K.E. (2012). Og nå skal jeg dø. Hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge. Pax Forlag A/S.
2. Sosialdepartementet. NOU 1984:30. Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 1984. Tilgjengelig frå: https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007071600018
3. Sosial og helsedepartementet. NOU1997:20 «Omsorg og kunnskap» - Nasjonal kreftplan. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1f5322b4da9d43eba96781410cd8ca11/no/pdfa/nou199719970020000dddpdfa.pdf>
4. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1999). Rammeplan og forskrift til rammeplan for videregående utdanning i kreftsykepleie. Tilgjengeleg frå: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdf/v269392-rammeplan_for_kreftsykepleie_05.pdf
5. Hynne, A.B. (2001). Pårørende som deltakar eller tilskodar i terminalomsorg? Ein analyse av variasjonar i den støtte pårørende opplever i terminalfasen frå helsepersonell. Vård i Norden. vol. 21 (1), 4-8. Tilgjengeleg frå: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740830102100101>
6. St.meld.nr.27 (2000-2001). Gjør din plikt – krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning. Oslo: Det kongelige kirke-, utdannings- og forskningsdepartement. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-27-2000-2001-/id194247/?ch=1>
7. Hynne, A.B., Kilvik, A. & Lamøy, L.I. (2007). Søk og lær. Tilrettelegging av undervisning, læringsformer og veiledning kan auka studentane sin bruk av god faglitteratur og forskning. Tidsskriftet Sykepleien. Nr. 15, 66-68. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/forskning/2007/11/sok-og-laer>
8. Hynne, A.B. (2006). «...jeg trenger ikke karakter for å bli motivert».

Studentar i vidareutdanning si vurdering av mappe som læringsform sett i lys av formativ vurdering. Skriftserie ved HIST-AHS/ ASP-notat nr.1-2006.Tilgjengeleg frå: https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2018042648039

9. Hynne, A.B. (2002). Evalueringsrapport av Vidareutdanning i kreftsykepleie 1999-2001. HIST/AHS/Notat Nr.3-2002. ISBN 8251918022. Tilgjengeleg frå: https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=BIBSYS_ILS71472221810002201&context=L&vid=BIBSYS&lang=no_NO&search_scope=default_scope&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=default_tab&query=i_sbn,contains,8251918022,AND&mode=advanced

10. Hynne, A.B., Nakrem, S. & Paulsen, B. (2023). Systematisk bruk av case letta læringa til studentar i spesialsykepleie. Sykepleien 2023:111 (92499): e-92499 <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.92499>

11. Hynne, A.B. & Paulsen, B. (2012). Eit håp at fleire får høve til å ta ein mastergrad. Kreftsykepleie; 2, 22-23. Tilgjengeleg frå: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnuxmlui/bitstream/handle/11250/148863/Hynne_Paulsen_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Kunnskapsdepartementet. Meld.St.18(2014-2015). Konsentrasjon for kvalitet-Strukturreform for universitet og høyskoler. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-2014-2015/id2402377/>

13. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal forskrift om kreftsykepleierutdanning. Kunngjort i 2021. Tilgjengeleg frå: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3093>

14. Studieplan master i spesialsykepleie, studieretning kreftsykepleie kull 2023-2025, NTNU. Tilgjengeleg frå: <https://www.ntnu.no/studier/mspl/studiets-opbygning>

15. Hynne, A.B. & Kvangarsnes, M. (2012). Å vere kreftsykepleiar i kommunehelsetenesta - ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle. Vård i Norden. vol. 32 (1), 27-31. Tilgjengeleg frå: <https://doi.org/10.1177/010740831203200106>

16. Hynne, A.B. & Kvangarsnes, M. (2014). Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta - ein intervjustudie av kreftsykepleiarar. Nordisk tidsskrift for helseforskning. vol. 10 (2), 76-90. Tilgjengeleg frå: <https://doi.org/10.7557/14.3324>

17. Hynne, A.B., Torjuul, K. & Paulsen, B. (2018). Klinisk fagring som ein kompetanseutviklande metode i kommunehelsetenesta - sykepleiarar og leiarar sine erfaringar. Nordisk tidsskrift for helseforskning.vol. 14 (1). Tilgjengeleg frå: <https://doi.org/10.7557/14.4231>

18. Hauken, M.A. (2006). Intensjonsavtale om Nasjonalt Nettverk for Vidareutdanningar i Kreftsykepleie (NNVK).

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

20. Helsedirektoratet. Nasjonal kreftstrategi. Høringsutkast 2024-2028. Tilgjengeleg frå: https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-kreftstrategi-2024-2028/_/attachment/inline/d6912b99-ed05-4917-becd-be273e5c7018:e1a143f0e60f0758de48f8387668fd0de4acfd44/Nasjonal%20kreftstrategi%202024-2028%20-%20h%C3%B8ringsutkast.pdf

21. Helsedirektoratet. Senefeffter etter kreftbehandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. IS-2872. Tilgjengeleg frå: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/senefeffter-22>

22. Universitetsavisa 19.11.2024; «Rapport: Stadig flere er misfornøyd med ledelsen». Arbeidstakere i Norge trives på jobb, men ansatte sier de har mindre innflytelse enn før og misnøyen med ledelsen øker, viser ny rapport. Tilgjengeleg frå: <https://www.universitetsavisa.no/arbeidsmiljo-forskning-ledelse/rapport-stadig-flere-er-misfornoyd-med-ledelsen/420919>

23. Norsk Telegrambyrå (2025). Norge i krefttoppen i Europa, 40 prosent rammes før de er 80 år. Dagen Medisin. Publisert 07.02.2025. Tilgjengeleg frå: Norge i krefttoppen i Europa, 40 prosent rammes før de er 80 år



Får du spørsmål om livet med kreft?

Vi hjelper kreftsyke, pårørende og etterlatte i hverdagen.

Å være kreftsyk kan by på flere utfordringer i hverdagen, særlig i tiden etter et sykehusopphold. Derfor har Kreftforeningen etablert tilbud om både praktisk og mellommenneskelig hjelp, rundt omkring i landet.

Vi kan hjelpe med husvask, plenklipping eller skyss til sykehus og apotek. Noen trenger juridisk rådgivning eller økonomisk hjelp, mens andre ønsker kostholdskurs eller kunnskap om støtteordninger på nettet. Vi har også tilbud for den som ønsker å snakke med en likeperson, blant annet på Vardesenteret. Ringer du Kreftforeningens rådgivningstjeneste, får du snakke med en fagperson.

Alle tilbudene er gratis, og flere er tilgjengelige for pårørende og etterlatte.

Ingen skal møte kreft alene – snakk med oss i Kreftforeningen.

Les mer om tilbudene på kreftforeningen.no



eller ring 21 49 49 21.



KREFTFORENINGEN
TIL FOR DEG

Hverdagsblikk



Lokalstyret for NSF Faggruppe for kreftsykepleiere Vestland. Fra venstre nederst: Evelyn Nesse Lie, Linda Meyer. Fra venstre øverst: Sigbjørg Eriksson, Anne-Britt Hauge, Marianne Myking Kjøde, Jorunn Tranøy Svendsen, Monica Staberg Sunde.

22. LANDSKONFERANSE I KREFTSYKEPLEIE I BERGEN 17.-19. SEPTEMBER

Har du meldt deg på?



KREFTSYKEPLEIERNE
NSF

Kjære kolleger og venner,

Det er med stor glede og entusiasme at vi i lokalstyret for faggruppen i Vestland kan annonsere at vi skal være vertskap for Landskonferansen for Kreftsykepleiere i 2025. Etter å ha mottatt stafettspinnen høsten 2023 i Tønsberg, har vi kastet oss inn i planleggingen



for å skape en konferanse som vil inspirere, informere og engasjere.

Å arrangere en konferanse av denne størrelsen er en betydelig oppgave, men vi er godt forberedt. Vi har mottatt verdifulle evalueringer fra tidligere arrangementskomiteer, og vi samarbeider tett med hovedstyret i faggruppen for å sikre at både faglig og kulturelt innhold er av høyeste kvalitet.

Vi startet planleggingen med en inspirerende idémyldringshelg i Gulen allerede i juni i fjor. Her diskuterte vi alt fra dekor og antrekk – til foredragsholdere og temaer. Valget av lokasjon falt på Quality Hotel Edvard Grieg i Bergen, som tilbyr de perfekte fasilitetene for å huse våre 600 deltakere over tre dager. Ikke minst kan alle gjestene bo samlet gjennom hele konferansen.

Temaet for konferansen, «Når livet tar ukjente veier», er valgt for å reflektere de mange følelsene og utfordringene som følger en kreftdiagnose. Vi er stolte over å ha Miriam Haukebø som konferansekunstner, og hennes verk beskrev akkurat det vi hadde sett for oss, en lang, svingete vei med både oppoverbakker og jevnere vei,

mørke og lys, og med kjærlighet og håp på toppen av fjellet.

Vi har opprettet to komiteer for å håndtere det sosiale og kulturelle innholdet, samt det faglige programmet. Medlemmer fra kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og academia har sluttet seg til oss, og deres ekspertise har vært uvurderlig i utviklingen av et variert og engasjerende program.

Hovedstyret, med leder Tanja Alme i spissen, har hele veien støttet oss og gitt innspill gjennom hele prosessen. Kongress & Kultur har håndtert det digitale aspektet av konferansen, inkludert nettside, påmeldinger og kontakt med foredragsholdere, noe som har vært til stor hjelp.

Vi er stolte av det programmet vi har satt sammen og ser frem til å ønske dere alle velkommen til Bergen i september 2025. Vi håper at konferansen vil gi dere både inspirasjon og verdifull kunnskap som dere kan ta med dere tilbake til deres arbeidshverdag.

Vi gleder oss til å møte dere alle og til å dele denne opplevelsen sammen. La oss gjøre Landskonferansen 2025 til en uforglemmelig begivenhet! ●

Samlokalisering av onkologien på Radiumhospitalet

OUS samler mest mulig av kreftbehandlingen på det nye Radiumhospitalet. Etter en omfattende prosess gjennomføres flyttingen helgen 28. februar – 2. mars. Samling omfatter Kreftklinikken sengepostaktivitet på Ullevål, store deler av den polikliniske virksomheten, og deler av stråleterapien. Det innebærer at ca 200 ansatte får nytt arbeidssted.

Det har vært jobbet med planlegging og forberedelser for flytting i over ett år. I første omgang ble det gjennomført en mulighetsstudie for å kartlegge om det var nok kapasitet på Radiumhospitalet. Vedtak om samling ble fattet sommeren 2024, og med dette vedtaket startet så implementeringsprosjektet. Overflyttingen av denne virksomheten kom i tillegg til åpning av nytt Radiumhospital som ble gjennomført i september 2024. Åpningen av nytt Radiumhospital inneholdt allerede betydelig flytting, organisasjonstilpasning og endrede

lederspenn. Denne siste delen, overflytting av resterende onkologi fra Ullevål til Radiumhospitalet ble dermed litt «prikken over ien» og kanskje ikke det en allerede utfordret virksomhet ønsket seg.

Samlingen gir oss som avdeling store fordeler og muligheter. Etter lang tid med forberedelser ser vi nå fram til gjennomføring av flyttet. En samlet onkologisk virksomhet kan nå begynne på nye prosjekter med fokus på fagutvikling og kvalitet. I denne prosessen har både ledere og ansatte gjort en imponerende jobb for å opprettholde god pasientkvalitet og tatt vare på hverandre. Jeg er særlig imponert over det arbeidet som er nedlagt av mine seksjonsledere som har løst oppdraget på en god måte for at dette skal kunne gjennomføres forsvarlig.

Det tar tid å lande i ny organisasjon, men nå ser vi fram til å gjennomføre samlingen! ●



Silje Lein Bjørnbeth, avdelingsleder Avdeling for sengeposter, Kreftklinikken, OUS



LANDSKURSUS I KREFTSYKEPLEIE DANMARK

ble arrangert ved hotel Legoland i Billund 8.-9. november 2024. Tema for konferansen var «sykepleie til den eldre kræftpatient». Det var mange spennende foredrag, blant annet om eldre og sorg, ernæring til eldre pasienter med kreft, delirium med mer. Det var mange spennende foredrag og presentasjoner fra pasientforeninger, SIG-grupper og posterpresentasjoner. På kvelden ble det arrangert felles middag med underholdning. Fra styret i Kreftsykepleierne NSF deltok Anne Britt Hauge og Fredrik von Löwensprung Eiesland. Vi ble godt tatt imot og gleder oss nå til medlemmer fra styret i FSK Danmark skal komme og delta på landskonferansen i kreftsykepleie i Bergen høsten 2025. ●



Studieansvarlige er onkologene Kjersti Skipar og Harald Bull Ragnum (Foto: STHF)



NY STUDIE:

Lindrende strålebehandling til pasienter med uhelbredelig kreft

Strålebehandling er ofte krevende for alvorlig syke pasienter. Noen ganger så krevende at folk kvier seg for å ta imot tilbudet.

Pasienter med symptomgivende svulster i bekken har ofte svært god nytte av lindrende strålebehandling. Hvor mange behandlinger som er nødvendig for god symptomlindring er imidlertid ikke godt nok undersøkt. Pallsoft er en nasjonal, randomisert studie som skal undersøke om en kortvarig strålebehandling med 1-2 behandlinger har like god effekt som 5 behandlinger gitt over 1 uke. Sykehuset Telemark leder studien, og alle sykehus i Norge som tilbyr strålebehandling deltar. Studien inkluderer pasienter med

kreft utgående fra tarm, urinveier eller kjønnsorganer, og pasienter kan være under oppfølging på sykehus eller i kommunen. Studien er svært viktig for å kunne få en mer enhetlig praksis i Norge på hvordan pasientene skal behandles, og bidra til at fremtidige pasienter vil bruke mindre av sin tid på sykehuset i forbindelse med behandling. ●

Studien er åpen for rekruttering fra 01.11.2024 fram til 31.10.2028

Studieansvarlige:
Kjersti Skipar, kjeski@sthf.no
Harald B. Ragnum, harrag@sthf.no



Helseminister Jan Christian Vestre og Anne-Britt Hauge, kreftkoordinator i Bergen kommune og medlem i hovedstyret Kreftsykepleierne NSF.

Regjeringen lanserte sin nye kreftstrategi

Fredag 14. februar lanserte helseminister Jan Christian Vestre ny kreftstrategi. Faggruppen Kreftsykepleierne NSF har bidratt med innspill til strategien og Anne-Britt Hauge fra hovedstyret var tilstede på lanseringen ved St.Olav. ●



Kreftkoordinatorer og pårørendekoordinator tilknyttet ulike kommuner i Møre og Romsdal.



Vardesenteret

VED ÅLESUND SJUKEHUS

vart offisielt opna i januar. Ein tilbyr no eit fullverdig tilbod til kreftpasientar, pårørande og etterlatne i Møre og Romsdal. Vardesenteret, som vert drive av Kreftforeningen og Helse Møre og Romsdal, skal vere ein møteplass der ein kan få råd om seinvirkning av kreftbehandling, fysioterapi, kosthald og rettshjelp, eller at ein bare kan sette seg ned for ein kopp kaffi og det sosiale..

Senteret ble mogleggjort gjennom avgjerande hjelp og betydeleg økonomisk støtte frå blant anna, Foreningen sjukehuset vårt, Sparebanken Møre og ungdommane i Blindheim Hobbylag. Dette er det første Vardesenteret som ikkje er etablert ved eit universitetssjukehus, og akkurat det markerer ein viktig milepæl for kreftomsorga i regionen. Bygget har vorte etablert tett ved kreftavdelinga og sjukehushotellet.

Vardesenteret er eit gratistilbod og er opent for alle som er berørt av kreft, dette utan at det er behov for timeavtale eller henvising. •



Jorun Bøyum (t.v) og Siri Beate Talseth-Frilund (t.h).

Trenger vi å snakke om det?

Seksuell helse er en grunnleggende del av menneskelig velvære, men i helse-tjenesten er dette temaet ofte oversett. Hvorfor er det slik og hva kan vi gjøre?

Tekst: Marte-Lill Solstad, Kreftkoordinator Hamar kommune

Seksualitet påvirker oss alle, både fysisk og psykisk. Når vi møter sykdom eller funksjonsnedsettelse kan det bli ekstra tydelig hvor viktig seksuell helse er for livskvaliteten. I mange tilfeller står helsepersonell overfor pasienter som ønsker å snakke om seksualitet, men som kanskje ikke får muligheten til å gjøre det på en trygg og åpen måte. Å snakke om seksuell helse burde ikke være tabu, men en integrert del av samtalen mellom pasient og helsepersonell. Dessverre møter for mange et «toveis-tabu», der både pasient og helsepersonell ikke tar opp seksuell helse av frykt for å trække på tærne, være vulgær eller bli sett på i et rart lys.

I Hamar kommune har et samarbeid mellom USHT Innlandet, Ligestillingssenteret, Nok Hamar og Ringsaker kommune ført til utvikling av et kurs for helsepersonell, med fokus på seksualitet og seksuell helse. Kurset heter «TRENGER VI Å SNAKKE OM DET»? og ble utarbeidet for å øke kompetansen blant helsepersonell i å forstå og kunne snakke med pasienter om seksuell helse og identitet ved sykdom og funksjonsnedsettelse som påvirker fysisk og psykisk velvære. Dette kurset har vært en stor suksess, og deltakerne har rapportert at de føler seg bedre rustet til å ta opp temaet med pasientene. De har fått økt kunnskap om hvordan ulike sykdommer og behandlinger påvirker den seksuelle helsen, og fått praktiske verktøy for å kunne veilede pasientene på en respektfull og trygg måte.

En utfordring for helsepersonell er at mange ikke ser seksuell helse som en del av sitt ansvarsområde. Før kurset anså mange at pasientenes seksuelle helse var for privat til å ta opp. Etter å ha gjennomført kurset har de fått en helt ny forståelse for at samtaler og veiledning om seksuell helse er en viktig oppgave. Økt kunnskap gir trygghet og det hjelper

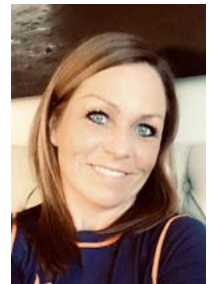
helsepersonell til å møte pasientene med mot, empati og respekt, og gir pasientene nødvendig kunnskap og støtte til å håndtere seksuelle helseutfordringer.

Kurset går over fire kursdager, og et bredt spekter av emner belyses. Inkludert i disse er hvordan funksjonsnedsettelse og alvorlige sykdommer påvirker kropp, identitet og seksuell helse. Et annet viktig tema er seksualveiledning, hvor helsepersonell lærer hvordan de kan støtte pasienter som strever med seksuelle utfordringer. Kursdeltakerne har også fått innsikt i etiske aspekter ved kommunikasjon om seksualitet, og hvordan de kan ivareta pasientenes privatliv og trygghet i slike samtaler.

En annen viktig del av kurset er arbeidskravene som deltakerne må gjennomføre. De skal både holde undervisning på egen arbeidsplass for å fremme åpenhet om seksuell helse, samt gjennomføre en seksuell anamnese for å øve på hvordan man kan ta opp seksualitet med pasienter på en profesjonell måte. Arbeidskravene gjør at kunnskapen fra kurset ikke bare blir teoretisk, men også praktisk anvendt i helsearbeidernes daglige arbeid. Evalueringene fra kurset har vært svært positive, og deltakerne har uttrykt at de føler seg mer trygge og kompetente når det gjelder å ta opp seksuell helse med pasientene sine.

Kurset er gjennomført med prosjektmidler fra Helsedirektoratet, og vi håper å invitere til nytt kurs på Hamar høsten 2025 for deltakere fra hele landet. Jeg har selv deltatt på kurset og vært med å arrangere 6 ganger – og anbefaler dette på det varmeste. Meld dere på neste kurs!

Det er på høy tid at seksuell helse får den plassen den fortjener i helsetjenesten. Åpen kommunikasjon om seksualitet bør ikke være et unntak, men en regel. Seksuell helse er en viktig del av generell helse, og det å ha en åpen og respektfull tilnærming til dette temaet kan forbedre både pasientens fysiske og psykiske helse. Her har vi alle et ansvar! •





Sigrid Skarholt og Torunn Haugstøl. Kontaktsykepleiere i Telemark.

Samarbeid og kompetanse i 30 år

Tekst: Sigrid Skarholt og Torunn Haugstøl
Foto: Ørnulf Paulsen

Nettverket av kontaktsykepleiere for kreftpasienter i Telemark markerte på høstens fagsamling at nettverket har vært aktivt og fungert i 30 år.

Faktisk startet vi opp et par år tidligere, men regner nettverket som formelt etablert etter at vi bygde vår identitet og våre verdier på en samling høsten 1994. Initiativtakerne til nettverket var kreftsykepleierne Torunn Haugstøl og Sigrid Skarholt. En visjon om å spre kompetansen fra sykehuset og ut til kollegaer i hele fylket hadde brent seg fast. Og gjennom tjenesteutvikling og systematisk arbeid kan vi nå si at nettverket er her, det fungerer og det har kommet for å bli. I dag er 85 kontaktsykepleiere fra kommune- og spesialisthelsetjenesten med i nettverket. Det er Sykehuset Telemark som drifter nettverket¹.

Fra ildsjel til system og ledelsesforankring

Historien er lang, fra ildsjel til system og ledelsesforankring. Nettverket hadde sitt utspring fra sykehusets rådgivningsgruppe for alvorlig syke og døende og Kreftforeningens omsorgssenter i Telemark. Kurs ble arrangert og kontinuitet og kompetanse ble gradvis sterkere. I 1994 etablerte vi «merkevaren» kontaktsykepleier for kreftpasienter, og verdiene livshjelp – omsorg – samhandling vårt felles kjennetegn.

¹ <https://www.sthf.no/fag-og-forskning-ny/samhandling/kontaktsykepleiernettverket/>

Forankring i palliativ enhet

Fra år 2000 ble det mer fart i arbeidet. Da ble palliativ enhet etablert ved Sykehuset Telemark. Palliativ enhet så verdien av nettverket og tok eierskap og ansvar for drift av nettverket. Palliativ enhet var den første palliative enhet på lokalsykehusnivå. Noen år senere ble det etablert lindrende enheter i de største kommunene. Kontaktsykepleiere i sykehusavdelingene, i hjemmetjenesten og i sykehjemmene gjorde en forskjell. Pasienter og pårørende erfarte godt samarbeid. Bruk av samme verktøy, språk og felles retningslinjer var med på å skape kontinuitet og trygghet. Fra 2012 har vi hatt et ambulerende palliativ team fra sykehuset og ut i kommunene. De drar selvfølgelig nytte av kontaktsykepleiernes kompetanse.

I dag kommuniserer kontaktsykepleierne elektronisk med kreftavdelingen på STHF. De fungerer som «forlenget arm» og foretar viktige kartlegginger og tiltak der pasienten er, nemlig hjemme. Også fastleger setter pris på samarbeidet med faglig sterke og tydelige sykepleiere.

Formalisering

Nettverket har gjennom en lang prosess blitt formalisert. Først via helsedialog og intensjonsavtale mellom sykehus og kommuner. Vi var kanskje først i løypa med å tenke formalisering av samhandlingen på den måten som nå praktiseres i helsefellesskapet².

² https://www.sthf.no/helsefellesskapet-i-telemark/avtaler-sykehuset_og_kommunene/#delavtale-447-nettverk-i-kreftomsorgen

Bedre kvalitet, systematikk i pasientforløp

Kontaktsykepleierne samarbeider med kollegaer og leger, og bidrar til både bedre faglig kvalitet og gode forløp. Arbeidet med palliative pasientforløp når pasienter avslutter tumorrettet behandling³ bærer frukter. Avklaringer, behandlingsplaner, samarbeid med fastleger og kommunehelsetjenesten gir bedre forløp. En undersøkelse blant etterlatte⁴ i Telemark viser at omsorgen for døende er av god kvalitet. De opplevde god støtte og tillit til sykepleierne og flere døde i eget hjem.

Videre arbeid

Vi er ikke ferdig utviklet, og det må vi heller aldri bli. Metoder og prinsipper fra palliativt pasientforløp tenkes videreutviklet. Først på agendaen blir å se på hva som kan implementeres i forløpet til ALS-pasienter.

³ Pasientforløp for pasienter etter avsluttet behandling. <https://www.sthf.no/fag-og-forskning-ny/samhandling/kontaktsykepleier-nettverket/pasientforlop-for-kreftpasienter-etter-avsluttet-tumorrettet-behandling/>

⁴ Hvordan opplever pårørende den lindrende omsorgen mot slutten av livet for kreftpasienter i Telemark? Upublisert studie. Ørnulf Paulsen, Sykehuset Telemark HF, Universitetet i Oslo. Svend Martin Østevik, Porsgrunn kommune. Dagny Faksvåg Haugen, Haukeland universitets-sjukehus, Universitetet i Bergen

Neste år skal sykehuset inn i MyPath studien. Å ha et fungerende nettverk i kommunehelsetjenesten vil sannsynligvis bidra positivt inn i arbeidet.

Kompetanse i alle ledd

Bildet har endret seg. Kreftpasienter er ikke det de engang var og behovet for formell kreftsykepleierkompetanse i kommunen er stort. Personer kan være i palliativ livsforlengende behandlinga i mange år. Mange overlever kreftsykdom og behandling, og trenger hjelp i form av rehabilitering, råd og veiledning. I økende grad forventes det at kommunehelsetjenesten skal ivareta dette behovet. Finnes den nødvendige kompetansen i kommunehelsetjenesten?

Visjonen videre

Mange av kontaktsykepleierne har videreutdanning i kreftsykepleie. Visjonen videre er at det i Norge blir lovpålagt at kommunene skal ha kreftsykepleietjeneste. Like naturlig som helsesykepleier, psykiatrisk helse-tjeneste og jordmortjeneste. Og at de kontaktsykepleiere som ikke har videreutdanning får tilrettelagt for utdanning fra sin arbeidsgiver. Og ikke minst at arbeidsgivere sørger for å bruke spesialkompetansen kreftsykepleierne har til beste for pasienter og pårørende. ●

LOKALLAG

I dag har faggruppen for Kreftsykepleierne i NSF 11 lokallag. I Innlandet jobber vi med å få på plass et nytt styre. I Buskerud og Nordland er det noen som jobber med å starte opp lokallag. Lokallagskontakter Anne-Britt Hauge og Fredrik Von Löwensprung Eiesland er nå i dialog med lokale ressurspersoner for å forsøke å danne lokallagsstyre og få i gang aktivitet.

Lokallagene vil være en arena hvor medlemmene kan dele erfaringer og kompetanse. De jobber for å styrke kreftsykepleierfaget lokalt. Man får nye venner, bygger nettverk og får kjennskap til hvordan andre kreftsykepleiere arbeider. Det er ønskelig å danne et styre som representerer hele det aktuelle fylket med representanter fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten og eventuelt også akademia. Har DU



Bildet er fra lokallagsledersamlingen i Oslo oktober 2024.

som leser lyst til å bidra i lokallagsstyre eller ønsker mer informasjon, ta gjerne kontakt med lokallagskontakterne Anne-Britt Hauge, Anne-Britt.Hauge@bergen.kommune.no, eller Fredrik Von Löwensprung Eiesland, freeie@ous-hf.no. ●



2. nestleder i NSF Gro Lillebø sammen med helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre (bilde fra NSF.no)

E-helse NSF konferanse

Tekst: Linda Falck-Koslund

Den 12. til 13. februar arrangerte faggruppen e-helse NSF en flott konferanse på Lillestrøm. Kan rapporterer om to fine konferansedager hvor 2. nestleder i NSF Gro Lillebø åpnet med en inspirerende tale. Deretter holdt helse- og omsorgsminister, Jan Christian Vestre, en tale hvor han understreker at sykepleien må være med for å lykkes med digitaliseringen.

Konferansen hadde mange interessante foredrag som ga et godt innblikk i e-helse-status i Norge. Det ble presentert alt fra nye prosjekter og implementerte e-helseløsninger til forskning på digitalisering i helsetjenesten. Et litt mer nyansert bilde av Helse-plattformen ble også presentert. I tillegg var det flotte posterpresentasjoner som viste ulike forsknings- og utviklingsarbeid innen e-helse. Det er tydelig at digitalisering spiller en stadig større rolle i utviklingen av en mer effektiv og helhetlig helsetjeneste!

Takk til e-helse NSF for flott konferanse! ●



Torunn Elin Wester, enhetsleder ved Regional kompetanse-tjeneste for lindrende behandling Helse Sør-Øst (KLB)

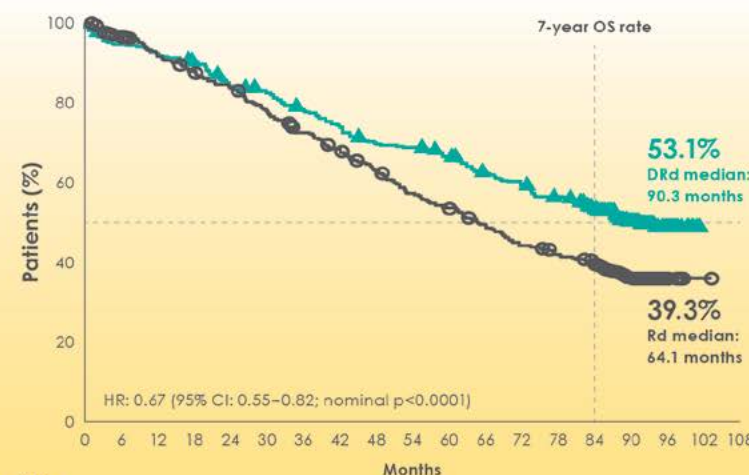
REGIONAL KOMPETANSETJENESTE FOR LINDRENDE BEHANDLING HELSE SØR-ØST (KLB)

Oslo universitetssykehus har besluttet at alle kompetansetjenester i Kreftklinikken skal samles på Radiumhospitalet. Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling, Helse Sør-Øst (KLB) har flyttet fra Ullevål til Radiumhospitalet og har kontor i 2 etg bygg B. Vi tar gjerne imot besøk og besøk gjerne våre nettsider www.palliasjon.no ●

DARZALEX® + Rd GODKJENT

innført av Beslutningsforum til behandling av pasienter med nydiagnostisert myelomatose hvor HMAS ikke er aktuelt²

DARZALEX® + Rd gir forlenget overlevelse vs Rd alene¹



*Median oppfølging på 89.3 måneder¹

DRd, DARZALEX® + lenalidomide + dexametason; mOS, median overall survival; HR, hazard ratio; CI, confidence interval; HMAS, høydosebehandling med autolog stamcellestøtte.

1. DARZALEX® SmPC, 10/2024, avsnitt 4.1, 5.1. 2. Beslutningsforum for nye metoder, protokoll 26.08.2024.

UTVALGT PRODUKT OG SIKKERHETSINFORMASJON FOR DARZALEX® INTRAVENØS (IV) OG SUBKUTAN (SC)

INDIKASJONER

Myelomatose (DARZALEX® IV og SC)

- I kombinasjon med lenalidomid og dexametason eller med bortezomib, melphalan og prednison til behandling av voksne pasienter med nydiagnostisert myelomatose, hvor autolog stamcelletransplan-tasjon ikke er aktuelt.
- Se SPC for fullstendig oversikt over godkjente indikasjoner.

DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE

Gis som intravenøs infusjon eller subkutan injeksjon og skal administreres av helsepersonell med tilg-jengelige ressurser for resuscitering. Subkutan formulering er ikke beregnet til intravenøs administrering, og skal kun gis ved subkutan injeksjon med angitt dosering. Det skal gis pre og post infusjonsbehandling/ injeksjonsbehandling for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR).

Myelomatose: Anbefalt dose er 16 mg/kg kroppsvikt gitt som IV. infusjon eller 1800 mg oppløsning til s.c. injeksjon gitt over ca. 3-5 minutter. For doseringsplan for daratumumab per indikasjon se SPC. For dose og doseringsplan for legemidler som gis sammen med daratumumab gitt som en i.v. infusjon eller s.c. injeksjon, se SPC og tilhørende preparatomtaler.

KONTRAINDIKASJONER

Overfølsomhet for virkestoffet eller noen av hjelpestoffene.

ADVARSLER OG FORSIKTIGHETSREGLER

Infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR): DARZALEX® kan forårsake kraftige og/eller alvorlige IRR. Det skal gis

pre- og post-infusjonsbehandling/injeksjonsbehandling for å redusere risikoen for IRR, som ble rapportert i kliniske studier hos henholdsvis ca. 50 % av pasientene ved IV og 9 % ved SC. Ved enhver IRR, skal behandlin-gen avbrytes umiddelbart og symptomer håndteres. Dersom avsymptomer oppstår, skal DARZALEX® avbrytes og umiddelbar oftalmologisk evaluering foretas for DARZALEX® gjenoppptas.

Interferens med indirekte antiglobulintest (indirekte Coombs test): DARZALEX® kan medføre positiv indirekte Coombs test. Pasienter skal typebestemmes og screenes for oppstart. Ved planlagt transfusjon skal blodtransfusjonssenteret gjøres oppmerksom på denne interferensen med indirekte antiglobulintester. Ved akutt transfusjon kan det gis ikke-kryssmatchede ABO/RhD-kompatible erytrocytter i henhold til lokal blodbankpraksis.

Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV): Hepatitt B-virusreakivering er rapportert, og HBV-screening skal foretas hos alle pasienter før oppstart av behandling.

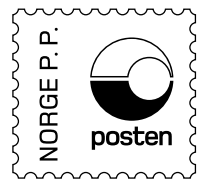
Bivirkninger: De hyppigste bivirkningene uavhengig av grad (≥ 20 % av pasientene) med daratumumab (intravenøs eller subkutan formulering) gitt som monoterapi eller kombinasjonsbehandling var IRR, fatigue, kvalme, diaré, forstoppelse, feber, hoste, nøytropeni, trombocytopeni, anemi, perifert ødem, perifer sensorisk nevropati og øvre luftveisinfeksjon. Alvorlige bivirkninger var pneumoni, bronkitt, øvre luftveisinfeksjon, sepsis, lungeødem, influensa, feber, dehydrering, diaré, atrieflimmer og synkope. For fullstendig oversikt over bivirkningene, se SPC.

PAKNINGER, PRISER OG REFUSJON

Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: 15 ml (hettegl.) 72770,60 kr. Konsentrat til infusjonsvæske: 5 ml (hettegl.) 6097,40 kr. 20 ml (hettegl.) 24281,00 kr. Reseptgruppe C. DRd første linje godkjent av Beslutningsforum 26.08.2024.

Basert på SPC 10/2024

Les fullstendig preparatomtale for foreskrivning av DARZALEX®.



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

22. LANDSKONFERANSEN I KREFTSYKEPLEIE

Bergen 17.-19. september 2025

Hold av datoen!

Når livet tar
UKJENTE VEIER

www.landskonferanseikreftsykepleie.no

Maleri: Miriam Haukebø



KREFTSYKEPLEIERNE
NSF