PROGRAM

20. LANDSKONFERANSE I KREFTSYKEPLEIE

KRISTIANSAND 15.–17. SEPTEMBER 2021

Maleri: Birte Lohne

NSFs FAGGRUPPE
FOR KREFTSYKEPLEIERE

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Foto: Heidi Sørvig / Visit Sørlandet AS

Foto: Terje Rakke, Nordic Life / Visit Sørlandet AS

Foto: Victoria Nevland / Visit Sørlandet

Kristiansand er tett på havet og kontinentet!

Kristiansand er byen mange forbinder med Dyreparken og Julius! Eller sol og sommer. Vi håper at disse septemberdagene blir så flotte at det kan friste med et bad på Bystranda, en joggetur på Odderøya eller en rusletur i Markensgate, som er vår gågate/hovedgate!

Vi er veldig takknemlige til det lokale næringslivet som har gitt økonomiske bidrag til kulturelle innslag under konferansen, og rabatter til årets deltagere. Bruk det fine bykartet vi har laget og tilbudene dere finner der.

NSFs FAGGRUPPE
FOR KREFTSYKEPLEIERE

Velkommen til den 20. landskonferansen i kreftsykepleie

Endelig kan vi få lov til å møtes igjen, dele kunnskap og erfaringer, bygge nettverk, få faglig påfyll og være litt sosiale sammen.

Det har vært noen rare, annerledes år under pandemien, både for oss og for pasienter og pårørende. Vår kompetanse har også under pandemien vært med å utgjøre en forskjell for mange. Det blir ekstra viktig og godt å få lov til å endelig møtes igjen.

Faggruppen vår har nå 1770 medlemmer. Vårt fagområde er i endring og i utvikling. En sterk faggruppe har stor betydning. Rethos har siste årene jobbet med utarbeiding av nye nasjonale retningslinjer for helse og sosialfag. Dette omfatter også enkelte videre- og masterutdanninger, blant annet kreftsykepleie. Forslag til ny retningslinje ble sendt ut til høring i vår. Vår faggruppe sendte inn høringssvar og har samarbeidet tett med NSF og de andre ABIO faggruppene. Som resultat av flere høringssvar har Kunnskapsdepartementet i samråd med Helse og Omsorgsdepartementet vurdert at kreftsykepleieutdanningen utvides fra 60 studiepoeng til 90 studiepoeng for å sikre tjenestenes kompetansebehov. Dette er også sendt ut til høring med svarfrist 30 sept. Vi er glade for å være på linje med de andre ABIO utdanningene med 90 studiepoeng, men ønsker oss et masterløp også for kreftsykepleie.

Er du med på konferanse uten å være medlem? Kanskje er tiden inne akkurat nå for å melde seg inn i faggruppen? Dess flere dess sterkere er vi og dess mer kan vi påvirke.

For å bli medlem i faggruppen må du være medlem i NSF. Send SMS med kodeord kreft til 02409 eller klikk på link bli medlem på vår webside.

Og så har vi jammen og et jubileum.
Dette er den 20. landskonferansen faggruppen har arrangert. Hurra for det og gratulerer til alle medlemmer. Hvor mange konferanser har du vært på? Kanskje er dette din første eller en av flere.

Jeg håper at akkurat du får en flott konferanse med akkurat det påfyllet du trenger. Programmet er faglig godt og variert. Kristiansand er en utrolig vakker by, så jeg håper at du også rekker å se litt av hva Kristiansand har å by på.

Jeg vil sende en stor takk til lokallaget Agder, med lokallagsleder Åshild Knatten i spissen. Å planlegge konferanse under en pandemi har vært ekstra krevende. Dere har gjort en fantastisk jobb. Også stor takk til Kongress og Kultur, Q42 og alle utstillere ved konferansen.

Ønsker deg en kjempeflott konferanse :)

Mvh
Tanja Yvonne Alme
Leder for faggruppen.

Velkommen til Landskonferanse i Kristiansand

NSF's faggruppe for kreftsykepleiere arrangerer den 20. landskonferansen i kreftsykepleie «Tett på, men ved siden av» 15.–17. september 2021. Vi er stolte og glade for å kunne ønske deg velkommen til Kristiansand og Agder.

Vi har vært gjennom, og er ennå i, en veldig spesiell tid. Da vi høsten 2018 fikk vite at vi skulle få arrangere konferansen på Agder, var det ikke mulig å se for seg at Covid – 19 skulle ramme samfunnet vårt. I planleggingsperioden har det vært oppturer og nedturer, og til dels svært vanskelig å tro på at en konferanse kunne la seg gjennomføre. Det meste av planleggingen har foregått på digitale møter. Gjennomføringen blir annerledes i år. Smittevern og etterlevelse av nasjonale og lokale retningslinjer, som vi alle må påse blir fulgt opp. Vi skal alle tilbake til en hverdag og en svært sårbar pasientgruppe!

Hensikten med konferansen er å spre kunnskap, dele erfaringer og heve kompetansen hos sykepleiere som arbeider i kreftomsorgen. Aldri før har vi vært mer klare for input og sosialt samvær! Webinar er effektivt og bra, men vi mister et vesentlig aspekt når vi ikke er fysisk til stede.

Tett på, men ved siden av er tittelen på konferansen, den røde tråden. I denne Covid-19 tiden ble vår tittel litt merkelig. Hold avstand – færrest mulig kontaktpunkt – bruk håndsprit, er det vi har tenkt mye på!

Kreftpasienten har mange som er tett på seg. Pårørende er tettest på. Vi som helsepersonell er tett på, sammen med onkologen, fastlegen, presten, fysioterapeuten, ergoterapeuten og helsefagarbeideren. Det sies at «En dag skal vi dø, alle de andre skal vi leve!» Overgangene i livet er viktige for oss, når vi skal inn i livet, gjennom livet og når vi skal ut av livet. Livet leves med døden tett på.

Vi har knyttet til oss forelesere vi mener er dagsaktuelle både i plenum og i parallellsesjoner. Det har vært viktig å få en stor bredde i tema. Mange har sendt inn postere. Besøk utstillingene deres, konferansekunstnerens og ellers de ulike andre utstillerne.

Årets Get together blir på Fiskebrygga, der to restauranter tar hjertelig imot oss. Kristiansand er en liten by der det meste kan nås til fots. Vi møtes på Festningsvollen til Shanty-sang, før vi sammen rusler bort til Fiskebrygga.

Festmiddagen blir på Q42. Da bygges konferansesalen om til bankettsal og det blir langbord. Dette året vil dere få en aperitiff ved bordet, og bordplasseringen blir fylkesvis (11 stk) så godt vi får til. Vi skal dele ut ulike priser, jubilere for at dette er 20. konferansen, nyte god mat og drikke.

Vi ber om forståelse for at hele landskonferansen vil være preget av at vi må tenke smittevern!

Med ønske om en flott konferanse fra alle oss i lokallagsstyret/komitéen, Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for kreftsykepleiere Agder.

Teknisk arrangør: KONGRESS & KULTUR

Lokalstyre / komite

Åshild Knatten
Lokallagsleder Agder
Kreftsykepleier i Kristiansand Kommune

Marie Storækre Haugen (kultur/arr.komite)
Nestleder Agder
Kreftsykepleier Grimstad Kommune

Tone Bente Ribe Duus (programkomite)
Kasserer Agder, Kreftsykepleier onkologisk poliklinikk
Sørlandet Sykehus, Arendal

Grete Johannessen (leder programkomite)
Sekretær Agder, Palliativ sykepleier Lindrende enhet
Sørlandet Sykehus, Kristiansand

Marit Kristin Bjelland Lund (programkomite)
Styremedlem Agder
Sykepleier Senter for kreftbehandling, Kristiansand

Eva Marie Lindbakk (leder kultur/arr. komite)
Styremedlem Agder
Kreftsykepleier Senter for kreftbehandling, Kristiansand

Kirsti Senova Salvesen (kultur/arr.komite)
Styremedlem Agder
Kreftsykepleier Grimstad Kommune

Kristin Rike Bronebakk (kultur/arr. komite)
Varamedlem Agder
Kreftsykepleier Kristiansand Kommune

Fra venstre: Kristin Rike Bronebakk, Grete Johannessen, Åshild Knatten, Tone Bente Ribe Duus, Kirsti Senova Salvesen, Marie Storækre Haugen og Eva Lindbakk. Marit Kristin Bjelland Lund (fravær)

Lokallagsstyret er utvidet med følgende personer i forbindelse med landskonferansen:

Anne Jørstad Antonsen (programkomite)
Ph.d-student Universitetet i Agder

Lillian Grønsund (programkomite)
Kreftsykepleier onkologisk poliklinikk i Flekkefjord

Cathrine Humlen Ruud (programkomite)
Kreftsykepleier, Utviklingssenteret Agder vest, Kristiansand Kommune

Astri Cecilie Salvesen Moe (programkomite)
Kreftsykepleier Sørlandets Rehabiliteringssenter Eiken

Hanne Syvertsen Fosseli (kultur/arr. komite)
Kreftkoordinator Arendal Kommune

Elise Aksnes Omland (kultur/arr.komite)
Kreftsykepleier, Enhetsleder kreftpoliklinikken SFK,Kristiansand

Pia Sætra (programkomite)
Kreftsykepleier, Kreftkoordinator Grimstad Kommune

Foto: Hanne Feyling / Visit Sørlandet AS

Program

Onsdag 15. September

«Tett på ved alvorlig sykdom» HOVEDSAL

09.00	**Registrering**
10:00	**Utstillingen åpner, kaffe og te**
10:30	**Åpning** **Lill Sverresdatter Larsen**. Forbundsleder NSF **Tanja Alme**. Leder for NSF's faggruppe for kreftsykepleiere **Åshild Knatten**. Leder for NSF's faggruppe for kreftsykepleiere Agder
11:15 – 11:45	**Kreftsykepleiens historie** **Anne Marie Reitan**. Universitetslektor ved Oslo Met.
11:45 – 12:30	**Hjernesvulst av type glioblastom – diagnose, behandling og HÅP!** **Petter Brandal**. Nevro-onkolog og leder for Norsk nevro-onkologisk interessegruppe. Leder hjernesvulstavdelingen på onkologisk avd. OUS
12:30– 13:45	**Lunsj & besøk i utstilling**
13:45 – 14:15	**Om livet, døden og kampen for en kur** **Nina Jensen**. Styremedlem i hjerne svulstforeningen. Marinebiolog ved REV
14:15 – 15:00	**Identitet og selvbilde** **Esben Esther Pirelli Benestad**. Lege og professor i sexologi ved UiA
15:00 – 15:30	**Utstilling & kaffe**
15:30 – 16:15	**«Å være hjelper uten å være tilstede» – kommunikasjon på nye arenaer** **Heidi Skutlaberg Wiig**. Kreftsykepleier. Palliativt team Ahus
16:30	**Generalforsamling**

Foto: Terje Rakke, Nordic Life / Visit Sørlandet AS

Torsdag 16. September

«Tett på – å gi liv til dagene»

08:30 – 08:45	**Åpning**
08:45 – 09:30	**Framtidens palliasjon – hva er det?** **Sigve Andersen**. Postdoktor i translasjonell kreftforskning. Institutt for klinisk medisin, UIT Norges arktiske universitet. Overlege ved UNN
09:30 – 10:15	**Verdighetsbevarende omsorg for hjemmeboende kreftsyke eldre kvinner** **Katrine Staats**. Kreftsykepleier og doktorgradsstipendiat
10:15 – 10:45	**Utstilling og kaffe**
10:45 – 11:30	**Etisk navigering i en koronatid. Hva har vi lært?** **Reidun Førde**. Professor ved senter for medisinsk etikk. UiO
11:30 – 12:00	**Pårørende – en uutnyttet ressurs i legekonsultasjonen** **Berit Hofset Larsen**. Kreftsykepleier og doktorgradsstipendiat ved Radiumhospitalet
12:00 – 12:30	**SFK studien.** **Kreftmedisin (EGFR – hemmer) mot nervesmerter / nevropatiske smerter** **Marte Cameron**. Onkolog ved Senter for kreftbehandling Kristiansand, forsker og doktormed.
12:30 – 13:45	**Lunsj & besøk i utstilling**
13:45 – 14:30	**Immunterapi – aktuell status og nye perspektiver** **Anne Helene Køstner**. Onkolog ved Senter for kreftbehandling, Kristiansand og forsker
14:30 – 15:15	**Personcentreret pleje og behandling – et spørgsmål om etik** **Regner Birkelund**. Sykepleier. Professor i pasientsentrert behandling. Lillebælt hospital, Danmark
15:30 – 16:10	**Parallellsesjoner** – se egen oversikt på siden til høyre
16:10 – 16:50	**Utstilling og kaffe**
16:50 – 17:30	**Parallellsesjoner** – se egen oversikt på siden til høyre

Foto: Victoria Nevland / Visit Sørlandet

Oversikt parallellsesjoner

	Tettest på	Tett på – før, under og etter behandling	Tett på – ved siden av	Tett sammen – kommunikasjon
	BISAL	BISAL 2	UNDERVISNINGSROM 1	HOVEDSAL
1530–1550	**Hvordan ivareta parforholdet ved alvorlig sykdom?** **Målfrid Haraldseid Eide**, Kreftomsorg Rogaland	**Oppdatert prosedyre for kvalmebehandling ved medikamentell kreftbehandling** **Ragnhild Taarud**, Kreftklinikken, OUS	**Implementering av CSNAT – Kartlegging av pårørendes behov for støtte** **Sjur Bjørnar Hanssen**, Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling, Helse Sør-Øst	**Sykepleieres erfaringer med samhandling når palliative kreftpasienter skrives ut fra sykehus til hjemmet** **Elias David Lundereng**, OsloMet, Senter for lindrende behandling
1550–1610	**Seksuell helse i et folkehelseperspektiv – hvordan sikres seksuell helse etter kreft og kreftbehandling?** **Solveig Fridheim Torp**, Kreftomsorg Rogaland	**Symptombyrde og helserelatert livskvalitet hos kreftoverlevere med stråleskader i bekkenregionen og deres erfaringer med hyperbar oksygenbehandling** **Grete K. Velure**, Senter for krisepsykologi, UIB/Haukeland	**Tvillingprosjektene «Corona og cancer» og «Cancer og corona»** **Martine Hareide**, Kreftforeningen	**Simulering av forhåndssamtale** **Olga Rugsland Espegren**, USHT Agder Vest
1610–1650	Pause med besøk i utstilling			
1650–1710	**Se meg, hør på meg og snakk med meg! Når barn og ungdom blir pårørende og etterlatte** **Aleksandra Latinovic**, Kreftforeningen	**Hvordan er det å leve med hjernemetastaser? Erfaringer fra en kvalitativ studie av pasientens og pårørendes opplevelse av sin situasjon** **Sjur Bjørnar Hanssen**, Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling, Helse Sør-Øst	**Hvordan forstår vi åndelig og eksistensiell omsorg i dag? Fra fagdager til kartlegging, dokumentasjon og tiltak** **Kjell Endre Bonesrønning**, Institusjonsprest ved Lukas Hospice	**«Boka mi» - et arbeidsverktøy i kreftrehabilitering** **Elisabeth Nybø**, CatoSenteret
1710–1730	**Hvordan kommunisere med unge kreftrammede, pårørende og etterlatte?** **Heidi Engelkor** og **Martine Kvarstein**, Ung Kreft	**Å leve med cellegiftindusert perifer polynevropati – en kvalitativ studie av kreftoverleveres erfaringer** **Janita Svindseth**, Haukeland universitetssjukehus	**Askøymodellen for kommunal kreftrehabilitering** **May Aa. Hauken**, Senter for krisepsykologi, Universitetet i Bergen, **Anne-Marte Sweetmore**, Askøy kommune	**Hva skal vi med tolken? Tolkebruk i samtaler med kreftpasienter: muligheter og utfordringer** **Tetyana Tkachenko**, Tolkesentralen, Oslo universitetssykehus

KEYTRUDA®
(pembrolizumab)

Nytt om dosering!

Fleksibel dosering hver 3. eller 6. uke![1]

Nå kan KEYTRUDA® doseres hver 6. uke også til pasienter som får KEYTRUDA® i kombinasjon med annen kreftbehandling.

Ved dosering hver 6. uke kan antall infusjoner reduseres fra 17 til 9 per år.

- For pasienten betyr dette færre reiser og mindre tid på sykehus.
- For sykehuset gir det rom for økt kapasitet på infusjonsenheten og mer tilgjengelig helsepersonell.

Lær mer om dosering av KEYTRUDA

Anbefalt dose av KEYTRUDA® er enten 200 mg hver 3. uke eller 400 mg hver 6. uke administrert som intravenøs infusjon over 30 minutter.

KEYTRUDA® er indisert til behandling av malignt melanom, ikke-småcellet lungekreft (NSCLC), klassisk Hodgkins lymfom, urotelialkreft, hode-hals-kreft, nyrecellekreft, kolorektal kreft og øsofageal kreft som beskrevet i preparatomtalen.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon for KEYTRUDA® (Pembrolizumab)

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet overfor virkestoffet (pembrolizumab) eller overfor noen av hjelpestoffene (L-histidin, L-histidinhydroklorid monohydrat, sukrose, polysorbat 80).
FORSIKTIGHET UTVISES VED: Immunrelaterte bivirkninger: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, binyrebarksvikt, hypotyreose, hypertyreose, tyreoiditt, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, uveitt, artritt, myositt, myokarditt, hjertearytmi (inkludert atrieflimmer), pankreatitt, alvorlige hudreaksjoner inkludert SJS eller TEN, Guillain-Barrès syndrom, myastenisk syndrom, Sjøgrens syndrom, hemolytisk anemi, sarkoidose, encefalitt, myelitt, vaskulitt, skleroserende kolangitt, gastritt og alvorlig infusjonsrelaterte reaksjoner. Immunrelaterte bivirkninger, inkludert alvorlige og fatale tilfeller har forekommet hos pasienter behandlet med pembrolizumab, samt alvorlige og akutte bivirkninger i kombinasjon med kjemoterapi og aksitinib har blitt rapportert i kliniske studier eller markedsføring.

VIKTIGE INTERAKSJONER: Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunsuppressiver før oppstart av pembrolizumab bør unngås på grunn av deres potensielle interferens med den farmakodynamiske aktiviteten og effekten til pembrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunsuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart av behandling med pembroliuzmab for å behandle immunrelaterte bivirkninger. Kortikosteroider kan også brukes som premedisinering, som profylaktisk antiemetika og/eller for å lindre kjemoterapirelaterte bivirkninger ved bruk av pembrolizumab i kombinasjon med kjemoterapi.

Maksimal utsalgspris fra apotek: 38764,80 NOK. Keytruda er inkludert i anbud for kreftlegemidler (LIS 2007) og selges med rabattert pris. Reseptgruppe: C, Refusjon: H-resept

Før forskriving av KEYTRUDA®, se preparatomtalen.
Referanse: 1. KEYTRUDA SPC juni 2021, avsnitt 4.1 og 4.2.

MSD
MSD Oncology
MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.
Copyright © 2021 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA.
All rights reserved. NO-KEY-00225 08/21

Fredag 17. September

«Tett på hverandre»

08:30 – 08:45	**Åpning**
08:45 – 09:30	**Fysisk aktivitet og trening under kreftbehandling: Hva, hvordan og hvorfor?** **Sveinung Berntsen Stølevik**. Professor og instituttleder for idrettsvitenskap og kroppsøving ved UiA
09:30 – 10:15	**Prehabilitering – hvordan foregår det, og hva viser forskningen?** **Siri Rostoft**. Professor II ved forskningsenheten, geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus og overlege ved geriatrisk avdeling, Ullevål
10:15 – 10:45	**Utstilling & kaffe**
10:45 – 11:15	**Fastlegens rolle i et pasientforløp fra begynnelse til slutt. Hvordan sikre god oppfølging i overgangen fra sykehus til kommune?** **Helene Engemyr**. Overlege lindrende enhet Kristiansand og tidligere fastlege
11:15 – 12:00	**Å ta vare på hjelperen.** **Tankevirus** **Kristian Rem**. Kommunepsykolog Oppegård kommune
12:00 – 12:45	**Omsorg uten grenser** **Christine Koht**, komiker
12:45 – 13:00	**Avslutning med overraskelse!**
13:00	**Lunsj**

Christine Koht er tilbake!

Gladere, klokere – og litt tykkere – enn noen gang.
Nå vil hun takke og inspirere menneskene i det helsevesenet som har båret henne gjennom en beinhard og lang kamp på liv og død

Moventig® (naloksegol) A06A H03. Perifer opioidreseptorantagonist.
C T Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. Kan forskrives på blå resept.
Filmdrasjerte tabletter 12,5 mg og 25 mg: Hver filmdrasjerte tablett inneholder naloksegoloksalat tilsvarende 12,5 mg resp. 25 mg naloksegol (naloxegolum).
Indikasjoner: Moventig er indisert for behandling av opioidindusert forstoppelse hos voksne pasienter som har hatt inadekvat respons på laksantia. **Dosering:** Anbefalt dose Moventig er 25 mg én gang daglig. Ved oppstart av behandling med naloksegol, bør all vedlikeholdsbehandling med laksantia stanses til det er mulig å fastslå klinisk effekt av naloksegol. *Eldre:* Ingen dosejustering anbefales basert på alder. Startdosen for pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 12,5 mg. Dersom det oppstår bivirkninger som påvirker tolerabilitet, bør naloksegol seponeres. Dosen kan økes til 25 mg hvis pasienten tolererer 12,5 mg godt. Dosejustering er ikke nødvendig hos pasienter med lett nedsatt nyrefunksjon. Dosejustering er ikke nødvendig hos pasienter med lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Bruk av dette legemidlet er ikke anbefalt hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Startdosen for pasienter som får moderate CYP3A4-hemmere er 12,5 mg én gang daglig. Dosen kan økes til 25 mg hvis pasienten tolererer 12,5 mg godt. Dosejustering er ikke nødvendig hos pasienter som får svake CYP3A4-hemmere. Dosejustering er ikke nødvendig hos pasienter med kreftrelaterte smerter. Sikkerhet og effekt av naloksegol hos barn < 18 år har ennå ikke blitt fastslått. Det finnes ingen tilgjengelige data. Oral bruk. Det anbefales at Moventig tas om morgenen da dette er mest bekvemt for pasienten, som unngår å måtte gå på do om natten. Moventig bør tas på tom mage, minst 30 minutter før dagens første måltid eller 2 timer etter dagens første måltid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp eller andre opioidantagonister. Pasienter med kjent eller mistenkt gastrointestinal obstruksjon eller pasienter med økt risiko for tilbakevendende tilfeller av obstruksjon, på grunn av muligheten for gastrointestinal perforering (se advarsler og forsiktighetsregler). *Pasienter med kreftrelaterte smerter:* Pasienter med underliggende kreft som har økt risiko for gastrointestinal perforering, som for eksempel pasienter med underliggende maligniteter i gastrointestinalkanalen eller peritoneum, tilbakevendende eller fremskreden ovariekreft, behandling med VEGF-hemmere (vaskulær endotelial vekstfaktor-hemmere). *Sterke CYP3A4-hemmere:* Samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere.
Forsiktighetsregler: *Lidelser med økt fare for gastrointestinal perforering:* Naloksegol må ikke brukes hos pasienter med kjent eller mistenkt gastrointestinal obstruksjon eller hos pasienter medøkt risiko for tilbakevendende obstruksjon, eller hos pasienter med underliggende kreft som har økt risiko for gastrointestinal perforering. Det må utvises forsiktighet ved bruk av naloksegol hos pasienter med lidelser som kan føre til at gastrointestinalkanalens vegg svekkes. Den enkelte pasients totale nytte/risiko-profil må vurderes. Pasienter anbefales å avbryte naloksegolbehandlingen og umiddelbart informere legen sin dersom de får uvanlige alvorlige eller vedvarende abdominale smerter. *Klinisk viktige forstyrrelser i blod-hjerne-barrieren:* Naloksegol er en perifert virkende my-opioidreseptorantagonist med begrenset tilgang til det sentrale nervesystemet (CNS). Det er viktig at blod-hjerne-barrieren er intakt for å minimere opptaket av naloksegol til CNS. Pasienter med klinisk viktige forstyrrelser i blod-hjerne-barrieren, ble ikke inkludert i kliniske studier, og det kan være fare for at naloksegol kommer inn i CNS ved slike forstyrrelser. Naloksegol bør forskrives med forsiktighet til denne typen pasienter, og den enkeltes nytte/risiko-balanse må vurderes, med observasjon av potensielle CNSeffekter, som for eksempel symptomer på opioidabstinens og/eller forstyrrelse av opioidmediert analgetisk effekt. Dersom det forekommer tegn på forstyrrelse av opioidmediert analgetisk effekt eller opioid-abstinenssyndrom, bør pasientene få beskjed om å avbryte behandlingen med Moventig og ta kontakt med legen sin. *Samtidig bruk av metadon*: Forsiktighet ved bruk av naloksegol hos pasienter som får metadon. *Gastrointestinale bivirkninger:* Det er i kliniske studier rapportert om alvorlige abdominale smerter og diaré med dosen på 25 mg, vanligvis like etter behandlingsoppstart. . Hos pasienter som opplever alvorlige gastrointestinale bivirkninger kan det vurderes å redusere dosen til 12,5 mg, avhengig av respons og tolerabilitet hos den enkelte pasient. *Opioidabstinenssyndrom:* Pasienten bør avbryte behandlingen med Moventig og kontakte legen sin. *Pasienter med kardiovaskulære sykdommer:* Forsiktighet ved bruk av Moventig hos pasienter som har hatt hjerteinfarkt i de siste 6 månedene, symptomatisk kongestiv hjertesvikt, åpenbar kardiovaskulær sykdom eller pasienter med QT-intervall på ≥ 500 msek. *CYP3A4-induktorer:* Bruk av naloksegol anbefales ikke til pasienter som samtidig bruker sterke CYP3A4-induktorer. *Nedsatt nyrefunksjon:* Startdosen for pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 12,5 mg. Dersom det oppstår bivirkninger som påvirker tolerabilitet, bør naloksegol seponeres. Dosen kan økes til 25 mg hvis pasienten tolererer 12,5 mg godt. *Alvorlig nedsatt leverfunksjon:* Bruk av naloksegol er ikke studert hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Bruk av naloksegol anbefales ikke til slike pasienter. *Kreftrelaterte smerter:* Det er begrenset klinisk erfaring med bruk av naloksegol hos pasienter med opioidindusert forstoppelse og kreftrelaterte smerter. Det må derfor utvises forsiktighet når man forskriver naloksegol til slike pasienter. *Moventig inneholder natrium:* Dette legemidlet inneholder mindre enn 1 mmol natrium (23 mg) i hver 12,5 mg / 25 mg tablett, og er så godt som "natriumfritt". **Interaksjoner:** *CYP3A4-hemmere:* Samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere kontraindisert. En dosejustering av naloksegol anbefales ved samtidig behandling med diltiazem og andre moderate CYP3A4-hemmere. Startdosen for pasienter som får moderate CYP3A4-hemmere er 12,5 mg én gang daglig, og dosen kan økes til 25 mg hvis pasienten tolererer 12,5 mg godt. Dosejustering er ikke nødvendig for pasienter som tar svake CYP3A4-hemmere. *CYP3A4 -induktorer:* Moventig anbefales ikke hos pasienter som tar sterke CYP3A4-induktorer. *P-gp-hemmere:* Siden effektene av P-gp-hemmere på farmakokinetikken til naloksegol var små sammenlignet med effektene av CYP3A4-hemmere, bør doseringsanbefalinger for Moventig baseres på CYP3A4-hemmende klassifisering (sterk, moderat eller svak) når det administreres samtidig med legemidler som forårsaker hemming av både P-gp og CYP3A4. *andre opioidantagonister:* Bruk av naloksegol sammen med en annen opioidantagonist (f.eks. naltrekson, nalokson) skal unngås på grunn av mulighet for at opioidreseptorantagonisme gir en tilleggseffekt og en økt risiko for opioidabstinens. **Bivirkninger:** De vanligste rapporterte bivirkningene av naloksegol (≥ 5 %), basert på samlede data fra kliniske studier, er: abdominale smerter, diaré, kvalme, hodepine og flatulens.
Svært vanlige (≥1/10): Abdominale smertera, diaré. *Vanlige* (≥1/100 til <1/10): nasofaryngitt, hodepine, flatulens, kvalme, oppkast, hyperhidrose. **Graviditet:** Det er en teoretisk mulighet for å fremprovosere opioidabstinens hos fosteret ved bruk av en opioidreseptorantagonist hos moren, som får samtidig behandling med opioider. Naloksegol er derfor ikke anbefalt under graviditet. **Amming:** Det er en teoretisk mulighet for at naloksegol kan fremprovosere opioidabstinens hos et nyfødt barn som får morsmelk, dersom moren behandles med en opioidreseptoragonist. Bruk hos ammende mødre er derfor ikke anbefalt .**Fertilitet:** Effekten av naloksegol på fertilitet hos mennesker er ikke studert. **Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner:** Moventig har ingen eller ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. **Oppbevaringsbetingelser:** Dette legemidlet krever ingen spesielle oppbevaringsbetingelser.
Pakninger og priser: Aug 2021: Styrke 12,5 mg: 30 stk.(blister/endose) 807,00 kr. Styrke 25 mg: 10 stk. (blister/endose) 293,20 kr. 30 stk. (blister/endose) 807,00 kr. 90 × 1 stk. (blister, perforerte): 2348,60 kr
R**efusjonsbestemmelse:** A06A H03_1 Naloksegol. **Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av opioidindusert forstoppelse hos voksne pasienter når respons på vanlig avførende behandling ikke har vært tilstrekkelig. Refusjon g jelder 25 mg Refusjonskode: ICPC -75: Opioidindusert forstoppelse hos pasienter som kun kan oppnå tilstrekkelig effekt av opioidreseptorantagonist, vilkår 221. ICPC -90: Palliativ behandling i livets sluttfase, vilkår 136, 200. ICD 75: Opioidindusert forstoppelse hos pasienter som kun kan oppnå tilstrekkelig effekt av opioidreseptorantagonist, vilkår 221. ICD 90: Palliativ behandling i livets sluttfase, vilkår 136, 200. Vilkår: (136) Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder. (200) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke har tilstrekkelig effekt av vanlig avførende behandling med eksempelvis tabletter, stikkpiller eller klyster. (221) Forstoppelse skal være indusert av et opioid som pasienten får dekket etterrefusjonskode -71. **Basert på SmPC godkjent av SLV/EMA:** 23-09-2019 **Sist endret:** 18.10.2019 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **For fullstendig preparatomtale (SmPC) se**: www.legemiddelverket.no eller www.felleskatalogen.no **Markedsført i Norge av:** Filial av Kyowa Kirin AB, Box 2064,2606 Lillehammer. Kyowa Kirin AB, Torshamnsgatan 39, 164 40 Kista, Sverige.2021-08

moventig naloksegol

Én tablett daglig

Opptil 81% av alle pasienter med kroniske smerter som bruker smertestillende medisiner (opioider) opplever å få opioid-indusert forstoppelse (oic)[1].

Disse pasientene skal ikke behøve å velge mellom forstoppelse eller smerter[2].

Besøk oss gjerne på vår utstilling!

REFERANSER
1. Bell TJ et al. Pain Medicine 2009; 10(1):35-42
2. Andresen et al. United European Gastroenterology Journal. 2018: 6(8) 1254–1266
3. MOVENTIG, Summary of Product Characteristics, 09/2019.

KKI/NO/OIC/0018

KYOWA KIRIN

Kyowa Kirin, filial av Kyowa Kirin AB,
Box 2064, 2606 Lillehammer, Norway
productno@kyowakirin.com
www.kyowakirinhub.com/no-no

Abstracts

Tettest på

Se meg, hør på meg og snakk med meg! Når barn og ungdom blir pårørende og etterlatte

Aleksandra Latinovic
aleksandra.latinovic@kreftforeningen.no
Kreftforeningen

Kreftforeningen tar barn som pårørende på alvor og ønsker å bidra til at barn og unge som pårørende får si fra hvordan det oppleves å være pårørende og hvordan de ønsker å bli møtt både i helsevesenet og i skolen. Vi gjennomførte derfor i 2015 prosjektet Hør på meg og snakk til meg, med mål om å dokumentere barns egne erfaringer. Hvilke ønsker og behov har barn overfor helsepersonell, lærere, familie og venner? Hvilke råd ville de gi?

Vi valgte å spørre barn og unge som deltok på Kreftforeningens arrangementer spesielt rettet mot barn og unge som pårørende og etterlatte: Kreftforeningens rideleir utenfor Tønsberg, sommerleiren for ungdom på Lågøya i Oslofjorden og åtte ulike Treffpunkt fra Tromsø til Kristiansand.

Vi gjennomførte gruppesamtaler på arrangementene der barna selv, eller voksne hjelpere, bidro med å skrive ned alt de ønsket å formidle til oss. Vi snakket med 210 barn og ungdommer fra 5–18 år som hadde foreldre, søsken eller besteforeldre som enten hadde alvorlig sykdom eller var døde. Vi erfarte at når barn blir spurt har de mye på hjertet. De satte pris på at vi ønsket å få vite hva de mente. De hadde råd til både helsepersonell og lærere om hvordan de ønsket å bli behandlet, og var meget bevisste på hvilke behov de selv hadde.

Svarene var ganske sammenfallende fra alle de 10 arrangementene og er også sammenfallende med forskning der barn som pårørende har vært informanter (Multisenterstudien og Dyregrov & Dyregrov).

Hvordan kommunisere med unge kreftrammede, pårørende og etterlatte?

Annika Fallsen Huhtala
annika@ungkreft.no
Ung Kreft

Bakgrunn:
Unge kreftrammede og unge pårørende er Ung Kreft sin målgruppe (15-35 år). Unge kreftrammede, pårørende og etterlatte befinner seg ofte i sin første store livskrise og trenger mye informasjon og støtte. Ung Kreft har mye erfaring med å skape møteplasser og kommunisere med unge. Under koronapandemien laget vi et digitalt samtaletilbud for pårørende og etterlatte, i tillegg opprettet vi en chattetjeneste for å være til stede for de som trenger noen å snakke med.

Hensikt:
Ung Kreft ville gjennom samtalegrupper gi unge pårørende og etterlatte en mulighet til å bearbeide sine opplevelser og hjelpe dem med å finne styrke til å stå i en krevende situasjon. Gjennom chatten ville vi tilby en førstelinjetjeneste for unge, spesielt for de yngste i målgruppen vår. Hovedhensikten var å gi støtte og formidle hvilke tilbud som kan passe for dem.

Metode:
Unge pårørende og etterlatte ble invitert med på dagssamlinger og webinarer, og deretter rekruttert til samtalegrupper. Vi brukte Zoom som plattform. Samtalegruppene ble ledet av en fagperson, med hjelp fra en likeperson. Chatten ble betjent av en ansatt sosionom på dagtid.

Funn:
Prosjektet pågår fortsatt. Vi forventer at de digitale samtalebaserte samlingene fremmer livsmestring. Vi forventer

at de gjenkjenner seg selv i andre, bearbeider krisen de står i, og at samlingene bidrar til å skape en fellesskapsfølelse. De foreløpige tilbakemeldingene fra deltakerne er gode. Fra dagssamlingen sier flere at de satte pris på å høre fra en likeperson, og vite at noen forstår hva de går gjennom.

Konklusjon:
Mange unge pårørende, etterlatte og kreftrammede føler seg alene i egen situasjon, til tross for at vi vet det er mange som går igjennom det samme. Det er viktig å skape arenaer der unge får snakke om egen situasjon, og sammen med andre bearbeide det de går igjennom. Hvordan vi kommuniserer med unge er spesielt viktig for at de skal få utbytte av samtalegruppene, og ikke minst for at det skal dannes gode relasjoner både mellom profesjonelle hjelpere, likepersoner og likesinnede. Det handler i stor grad om å møte ungdommene der de er, anerkjenne og forstå hvilke utfordringer som er unike for denne målgruppen med utgangspunkt i den situasjonen de befinner seg i.

Vi vil dele våre erfaringer fra dette prosjektet med Kreftsykepleierkonferansen. Hvordan kan kreftsykepleiere kommunisere med unge kreftrammede, unge pårørende og etterlatte? Vi vet at sykepleiere sitter med masse god kompetanse på dette området, og mange har mye praktisk erfaring. Men likevel kan man iblant føle seg litt usikre på hvordan man bør gå frem i dialog med unge. Noen er mer komfortable med å snakke med unge enn andre. Vi vil gjerne gi kreftsykepleiere noen konkrete tips og verktøy, basert på våre erfaringer, som kan fungere godt i møte med unge kreftrammede, pårørende eller etterlatte.

Hvordan ivareta parforholdet ved alvorlig sykdom?

Målfrid Haraldseid Eide, kreftsykepleier og familieterapeut
malfrid@kreftomsorg.no
Kreftomsorg Rogaland

Bakgrunn for prosjektet:
Erfaring med kreftpasienter og deres nærmeste viser at den nye hverdagen påvirker dem på ulikt vis. Hva skjer når alvorlig sykdom rammer partneren? Hvordan erfares det når rollene endres, arbeidslivet uteblir og utrygghet oppstår?

Hensikt/ problemstilling:
Kreftomsorg er opptatt av å se hvordan kreft påvirker parforholdet på godt og vondt. Hvordan den enkelte påvirkes og håndterer en nye livssituasjon avhenger av tidligere erfaringer og hvordan de har hatt det i parforholdet før sykdom inntraff.

Metode eller fremgangsmåte
Gjennom samtaler med kreftrammede og pårørende, har jeg har blitt opptatt av å snakke med dem som par, nettopp fordi de påvirker hverandre så sterkt i relasjonen. Som verktøy brukes ofte "Fuelbox - for par som lever med sykdom." Samtaleboksen er utarbeidet av Kreftomsorgs faggruppe. Den inneholder 176 spørsmål innen åtte tema. I samtalene er jeg opptatt av parterapeuten og forskeren John Gottman sine funn, og ser betydningen av hans prinsipper for hvordan paret klarer seg gjennom sykdommen.

Funn/resultater:
Klinisk erfaring tilsier at det er helsefremmende for parforholdet at tanker og følelser blir anerkjent og normalisert.

Konklusjon/ anbefalinger:
Hva som skjer i parforholdet ved alvorlig sykdom har ulike utfall. Betydningen av hvilken måte parforholdet ivaretas, påvirker rehabiliteringen både for den syke, den pårørende og eventuelt etterlatte. Den nye livssituasjonen krever nye samtaler som kan være krevende, og for noen helt umulige. Som terapeut erfarer jeg at det kan være avgjørende at vi bistår i disse samtalene.

Seksuell helse i et folkehelseperspektiv – hvordan sikres seksuell helse etter kreft og kreftbehandling?

Solveig Fridheim Torp
solveig@kreftomsorg.no
Kreftomsorg Rogaland

Bakgrunn for prosjektet:
Presentasjonen bygger på et prosjekt støttet av Helsedirektoratet, med utgangspunkt i den nasjonale helsestrategien " Snakk om det! ". **https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf**

Målet for tilskuddsordningen er god seksuell helse for hele befolkningen. Kreftoverlevere og deres partner utgjør en stor gruppe av befolkningen. Studier viser at pasient, partner og par kan ha ulikt behov for informasjon og seksuell helsehjelp; en evidens det tas høyde for.

Hensikt/ problemstilling:
Erfaring og studier viser at det etterlyses informasjons - og veiledningsmateriell både av pasient/partner (målgruppe 1) og helsepersonell / studenter (målgruppe 2). Skriftlig materiale savnes av målgruppe 1, sammen med informativ samtale. Kunnskap knyttet til hvordan tematikken kan adresseres, kommuniseres og ivaretas etterlyses av målgruppe 2. Informasjon - og veiledningsmateriell er blitt utarbeidet for å imøtekomme aktuelle behov (målgruppe 1 / målgruppe 2)

Metode eller fremgangsmåte:
Inspirasjon for prosjektet bygger på forskning, brukerundersøkelser og klinisk erfaring. Arbeidet gjøres i samarbeid med kollegaer som har solid kunnskap og erfaring innenfor det aktuelle feltet. Brukerperspektivet sikres gjennom et brukerpanel. Materialet skal på høring hos annet helsepersonell.

Funn/resultater:
Prosjektet bygger på rikelig dokumentasjon knyttet til de ovennevnte behovene hos målgruppe 2 og målgruppe 2. Informasjons - og veiledningsmaterialet er under utarbeiding.

Konklusjon/ anbefalinger: Funn fra tidligere studier, brukerundersøkelser og klinisk erfaring viser at seksuell helse etter kreft og kreftbehandling påvirker seksuell funksjon, selvbilde og samliv. Vi ser frem til å presentere de ferdige produktene og en oppsummering av prosjektet på landskonferansen.
Digital versjon skal også utarbeides.

Tett på før, under og etter behandling

Å leve med cellegiftindusert perifer polynevropati – en kvalitativ studie av kreftoverleveres erfaringer

Janita Svindseth
janita73@live.no
Kreft post 2, Avd. for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssjukehus

Bakgrunn for prosjektet:
Cellegiftindusert perifer polynevropati (CIPP) er en seneffekt etter kreftbehandling som kan påvirke livskvaliteten hos de som rammes.

Hensikt/problemstilling:
Hensikten med denne studien var å få utvidet innsikt i hvordan det oppleves å leve med CIPP samt erfaringer knyttet til informasjon og oppfølging av denne seneffekten.

Metode eller fremgangsmåte:
Studien har et kvalitativt design. Semistrukturerte dybdeintervjuer ble gjennomført med åtte deltakere med symptomer på perifer polynevropati mer enn ett år etter avsluttet cellegiftbehandling. Intervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Funn/resultater:
Funnene viser at denne seneffekten kan føre til et endret liv på grunn av kroppslige endringer som påvirker dagliglivets aktiviteter og livgivende aktiviteter. Forhold som hadde betydning for hvordan deltakerne lærte seg å leve med endringene var; ulike tilpasninger til en ny normal, hvilken innstilling de hadde til utfordringene de møtte, og en aksept for at dette var prisen de måtte betale for å overleve kreftsykdommen. Forventninger om at hverdagen ville bli som før behandlingen gjorde det vanskeligere å akseptere at livet var endret. Erfaringer med informasjon og oppfølging viste at det var ulike behov og en rekke utfordringer knyttet til informasjon.
Konklusjon/anbefalinger:
Innsikt og forståelse for hvordan det oppleves å leve med seneffekten CIPP er viktig i møte med pasienter som behandles med nevrotoksiske cellegifter. Ulike behov for informasjon og oppfølging viser at en individuell tilnærming er nødvendig. For bedre å mestre en endret tilværelse som følge av kreftbehandling, bør helsepersonell forberede pasienter på at livet kanskje ikke blir som før.

Symptombyrde og helserelatert livskvalitet hos kreftoverlevere med stråleskader i bekkenregionen og deres erfaringer med hyperbar oksygenbehandling

Grete K. Velure, Bernd Müller, May Aa. Hauken
grete.velure@helse-bergen.no
Senter for Krisepsykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen/ Seksjon for hyperbarmedisin, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus

Bakgrunn for prosjektet:
Strålebehandling er viktig i kurativ behandling for kreft i bekkenområdet. Mange får imidlertid stråleskader med plagsomme symptomer som smerter, strålecystitt, inkontinens for urin og avføring, hematuri og/ eller diare. Hyperbar oksygenbehandling (HBO) er en av få behandlingsmuligheter for slike stråleskader. Det eksisterer imidlertid lite kunnskap om hvordan symptombyrden påvirker kreftoverleverenes livskvalitet og om hvordan de erfarer HBO.

Hensikt/problemstilling:
Øke kunnskapen om symptombyrde og helserelatert livskvalitet (HRQOL) hos kreftoverlevere med objektivt verifiserte stråleskader i bekkenregionen og hvordan de erfarer å gjennomgå HBO.

Metode eller fremgangsmåte:
Mixed metode studie. Symptombyrde og HRQOL før HBO ble innsamlet via validerte spørreskjema. Tyve pasienter ble dybdeintervjuet om erfaringene ved å gjennomgå HBO.

Funn/resultater:
Deltakerne rapporterte høy symptombyrde fra tarm/urinveier sammenlignet med friske kontroller, og scoret signifikant dårligere på både total og samtlige dimensjoner av HRQOL sammenlignet med normalbefolkningen. Dybdeintervjuene viste at deltakerne måtte venne seg til HBO, men med tett oppfølging og støtte fra medpasienter gikk det 6 ukers behandlingsforløpet bedre enn forventet.

Konklusjon/anbefalinger:
Stråleskader i bekkenregionen gir symptomer som påvirker dagliglivet, relasjoner og arbeidsmuligheter og medfører en betydelig reduksjon i HRQOL. Innledningsvis var pasientene bekymret, men likevel veldig motivert for HBO. En kombinasjon av relevant informasjon, klare rutiner, persontilpasset sykepleie, samvær med andre pasienter og lite bivirkninger ser ut til å være viktige faktorer for opplevelsen av at behandlingen var trygg og gjennomførbar.

Hvordan er det å leve med hjernemetastaser? En kvalitativ studie av pasientens opplevelse av sin situasjon

Tonje Lundeby PhD, Prof. Stein Kaasa PhD, Torunn E. Wester MSc, Sjur B. Hanssen MSc, Marianne J. Hjermstad PhD, Prof. Nina K. Aass PhD
Tonje.Lundeby@medisin.uio.no
Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst, og European Palliative Care Research Centre (PRC), Avdeling for kreftbehandling, Kreftklinikken, Oslo Universitetssykehus HF

Bakgrunn:
Å få diagnosen hjernemetastaser innebærer en usikker fremtid med mulig redusert levetid og stor symptombyrde. Det er lite forskning om hvordan en slik situasjon oppleves av pasienten, og hvordan det er å leve med hjernemetastaser. Hva pasientene er mest opptatt av, og hvordan sykdommen påvirker livet deres fysisk, psykisk og sosialt, er kunnskap vi kan bruke til å forbedre vår oppfølging av disse pasientene i helsevesenet.

Hensikt:
Hensikten med denne studien er å få mer innsikt i hvordan pasienter med hjernemetastaser opplever situasjonen, hvilke plager de har, og hvordan sykdommen påvirker deres liv.

Metode:
Vi har gjennomført semi-strukturerte intervjuer med 20 pasienter, det første ved inklusjon like etter diagnose, så etter to og fire måneder (N=38). Temaene i intervjuguiden var følgende; dagligliv - herunder symptomer og psykisk, fysisk og sosial funksjon, bekymringer, opplevelse av helsepersonells diagnose- og informasjonsformidling, samt involvering i beslutninger. Intervjuene er transkribert og innholdsanalyse pågår. Prinsipper fra fortolkende fenomenologi brukes med teorien om sykdomspersepsjon og dens underliggende domener som rammeverk.

Resultater:
Preliminære analyser viser at pasientenes liv er påvirket innenfor mange områder; psykisk, fysisk og sosialt. Pasientene presenterer omfattende plager og begrensninger i hverdagslivet som de fortolker på ulike måter. Foreløpige resultater viser at pasientenes sykdomspersepsjon varierer, også i de ulike domenene av rammeverket.
Resultater fra fullstendige analyser vil bli presentert på konferansen.

Konklusjon:
Pasienter med hjernemetastaser har mange plager og utfordringer, men opplever og fortolker disse ulikt. Ved å utforske pasientens sykdomspersepsjon kan vi bedre ivareta pasientene, gi dem tilpasset informasjon og behandling.

Oppdatert prosedyre for kvalmebehandling ved medikamentell kreftbehandling

Silje Hermanrud, Anja Rolandsson, Christin Arnesen og Ragnhild Taarud,
Kreftklinikken, OUS

Bakgrunn:
Retningslinjen Kjemoterapiindusert kvalme og oppkast – medikamentell behandling ved OUS ble revidert og publisert mai 2020.
Kvalme og oppkast er beskrevet som noen av de mest plagsomme bivirkningene ved medikamentell kreftbehandling. Det kan gi tilleggsproblemer som redusert næringsinntak, dehydrering og redusere pasientens livskvalitet i stor grad. Å forebygge og behandle kvalme og oppkast er derfor essensielt i medikamentell kreftbehandling.

Hensikt:
Hensikten med retningslinjen er å gi anbefalinger for profylakse og behandling av kvalme, brekninger og oppkast ved medikamentell kreftbehandling.

Fremgangsmåte:
Arbeidet med retningslinjen foregikk etter kunnskapsbasert metode, utført av en tverrfaglig gruppe bestående av leger, sykepleiere og farmasøyter.

Resultater:
- Emotogent potensiale av respektive cytostatikum er alene den viktigste indikatoren for risiko for utvikling av kvalme.
- Kvalmebehandlingen skal forebygge både akutt og forsinket kvalme.
- Det bør gjøres en grundig kartlegging av hvilke risikofaktorer pasienten har for kvalme før hver behandling.
- Det er utarbeidet tabeller som viser emetogen risiko av ulike cytostatika (endags- og flerdagskurer), og tabeller for anbefaling av type antiemetika og dosering, som skal sikre at pasienten får optimal kvalmebehandling.
- Olanzapin er innført som et alternativ i standardbehandling ved høyemetogene kurer og som førstevalg ved gjennombruddskvalme.

Konklusjon:
Sykepleierens rolle er svært viktig for at pasienten skal oppleve best mulig forebygging og lindring av kvalme ved medikamentell kreftbehandling. Gjennom en grundig kartlegging av pasientens erfaringer, risikofaktorer og eventuelle bivirkninger av kvalmestillende medikamenter før hver kur, vil sykepleieren kunne optimalisere kvalmebehandlingen. Det forutsetter at sykepleieren, i samarbeid med legen, er kjent med og bruker de nyeste retningslinjene innenfor kvalmebehandling.

Tett på – ved siden av

Hvordan forstår vi åndelig og eksistensiell omsorg i dag? Fra fagdager til kartlegging, dokumentasjon og tiltak.

Kjell Endre Bonesrønning
Institusjonsprest ved Lukas Hospice.

Bakgrunn/formål:
Ansatte ved Lukas Hospice har satt «åndelig og eksistensiell omsorg» på agendaen. Hva er åndelig og eksistensiell omsorg i dag? Hvordan kan vi legge til rette for at denne omsorgen blir en del av den helhetlige omsorgen for pasienter i sen palliativ fase og deres pårørende? Formålet med presentasjonen er å vise hvorfor og hvordan vi arbeider med åndelig og eksistensiell omsorg.

Metode:
Igjennom fagdager med teori og praksis har vi arbeidet oss frem til en forståelse av hvordan vi kan forstå åndelig og eksistensiell omsorg. Foredraget viser hvordan vi metodisk arbeider ved hjelp av kartleggingsverktøyet ICNP for å fange opp de åndelige og eksistensielle behovene hos pasienten ved å kartlegge, dokumentere og iverksette tiltak.

Teori:
Vi forankrer vår forståelse av åndelig og eksistensiell omsorg igjennom eksistensfilosofiens forståelse av å leve under gitte eksistensielle vilkår. Vi har arbeidet historisk ved å forstå hvordan mennesker til ulike tider og i ulike kulturer har møtt disse eksistensielle vilkår og hvilke svar ulike historiske epoker har gitt. Samtidig har vi vært opptatt av en sosiologisk samtidsforståelse for å forstå hvordan dette kan forstås i dag.

Resultat:
Åndelig og eksistensiell omsorg må stadig forståes i lys av tiden og kulturen vi lever i og hvilken historisk arv vi identifiserer oss med. Sykepleierne rapporterer at de har fått økt forståelse og blikk for det åndelige og eksistensielle.

Tvillingprosjektene «Corona og cancer» og «Cancer og corona»

Martine Hareide
Kreftsykepleier med master (Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling), Kreftforeningen

Aktuelle tema:
Flerkulturelle samfunn og kreftomsorg

Våren 2020 lyste Stiftelsen Dam ut midler som Kreftforeningen søkte på i samarbeid med Rådet for psykisk helse. Kreftforeningen søkte om midler til å inkludere frivillige minoritetsspråklige helsefagarbeidere (sykepleiere/sosionomer) til Rådgivningstjenesten – for å kunne bidra med råd og veiledning på flere språk. Det inkluderte opplæring om kreft og korona i kurset «Cancer og corona» som besto av fire kurskvelder.

Omtrent samtidig lyste Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) ut tilskudd til informasjonstiltak om koronaviruset rettet mot innvandrere. Sammen med Bydelsmødre søkte Kreftforeningen om støtte til fire webinarer, to på urdu og to på somali. Webinarrekken fikk navnet «Corona og cancer».

På hvert språk skulle det være et webinar for kvinner spesielt og et for voksne generelt, og tema var korona og kreft. I hvert webinar deltok to gjester i form av fag- eller ressurspersoner. Prosjektene ble etter hvert omtalt som «tvillingprosjektene». Det at de to prosjektene ble gjennomført parallelt resulterte i en felles prosjektgruppe internt i Kreftforeningen, som holdt god dialog med Bydelsmødre.

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

Resultatet ble at Kreftforeningen kunne planlegge et kombikurs. Det vil si et kurs som kunne fungere både som et opplæringsprogram for minoritetsspråklige sykepleiere og sosionomer som opprinnelig planlagt, men også som et videreutdanningskurs for Bydelsmødre.

Askøymodellen for kommunal kreftrehabilitering

Professor May Aa. Hauken, Senter for krisepsykologi, Universitetet i Bergen, og
Anne-Marte Sweetmore, Ergoterapeut, Askøy kommune

Bakgrunn:
Ca. 70 % av norske kreftpasienter lever 5 år etter diagnose, men mange kreftoverlevere sliter med kortvarige, vedvarende eller livslange fysiske og psykososiale senvirkninger. Kreftrehabilitering er ikke innlemmet i behandlingsforløpet, noe som gir et tilfeldig og fragmentert tilbud. Det er spesielt et stort behov for kommunal kreftrehabilitering som møter kreftoverleveres komplekse utfordringer etter behandling.

Mål:
Dette 3-årige prosjektets mål var å prøve ut en modell for kompleks kommunal kreftrehabilitering og evaluere deltakernes utbytte av programmet.

Metode:
Grupperehabilitering 3 timer ukentlig i 12 uker (ca. 35 timer) tilknyttet Askøy kommunes Frisklivssentral, bestående av: individuell målsetting, fysisk trening, psykoedukasjon, individuell oppfølging og likemannsstøtte. Prosjektet ble evaluert via fysiske tester, spørreskjema og fokusgruppeintervju.

Resultat:
57 deltakere (80% kvinner, gjennomsnittsalder 56 år) fordelt på 8 grupper gjennomførte programmet. Deltakerne økte sin fysiske kapasitet og livskvalitet, hadde høy måloppnåelse og reduserte fatigue. Gruppeintervjuene viste at programmet hjalp deltakerne til å mestre og komme tilbake til et godt hverdagsliv, der fysisk trening, aksept og forståelse av egen situasjon gjennom konkrete mål, kunnskap, treffe likesinnede og oppfølging av kompetent helsepersonell gav dem struktur på hverdagen og håp for framtiden. Det totale utbyttet av programmet ble evaluert som svært bra, der 96 % vil anbefale programmet til andre. Programmets struktur evalueres godt, men 51 % ønsket at programmet varte lengre enn 12 uker.

Konklusjon:
Askøymodellen for kompleks kreftrehabilitering tilknyttet en kommunal Frisklivssentral er gjennomførbar og godt evaluert, og kan være en god og hensiktsmessig modell for pakkeforløpet hjem. Mer forskning knyttet til modellen og kommunal kreftrehabilitering anbefales.

Implementering av CSNAT – Kartlegging av pårørendes behov for støtte

Sjur Bjørnar Hanssen, fagutviklingssykepleier, Master of public health. E-post: sbh@ous-hf.no
Marianne Jensen Hjermstad, seniorforsker, PhD
E-post: mariajhj@medisin.uio.no
Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst, Avdeling for kreftbehandling, Kreftklinikken, Oslo Universitetssykehus HF

Bakgrunn:
KLB har oversatt, validert, og brukt Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for kartlegging av pårørendes behov for støtte over en 5-års periode. Positive erfaringer gjorde at vi ønsket å implementere CSNAT i helseregion sør-øst. Verktøyet er anbefalt i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.

Hensikt:
Målsetting var å bidra til systematisk klinisk bruk av CSNAT ved de palliative sentrene på sykehus i helseregionen og også i tilhørende kommuner.

Metode:
CSNAT er en 5-trinns prosess, utviklet i Storbritannia. Helsepersonell og pårørende kartlegger sammen behov for støtte hos voksne pårørende til pasienter med livsbegrensende sykdom. Dette gjøres med et skjema etterfulgt av samtale. CSNAT-skjemaet har 14 spørsmål: 7 om støtte til å yte omsorg for pasienten og 7 om pårørendes behov for hjelp til å ivareta egen helse. KLB har informert de palliative sentrene ved sykehusene i regionen om CSNAT og hvordan det skal brukes. Et e-læringsprogram er utviklet, og det er gitt opplæring av lokale superbrukere om lisens, videre opplæring lokalt og implementering.

Funn:
Verktøyet er blitt godt mottatt. Ni helseforetak har fått lisens og arbeider med å ta CSNAT i bruk. Jevnlig veiledning fra KLB og møter med brukerstedene har vært nyttig. Pårørende gir positive tilbakemeldinger; «dette er første gang jeg alene har hatt samtale med helsepersonell om min situasjon». Elektroniske løsninger utprøves, bl.a. som følge av erfaringer gjort under COVID-19-pandemien.
Konklusjon/anbefalinger:
Bruk av CSNAT fungerer godt. Pårørendes erfaringer og implementeringen inkludert eventuell elektronisk bruk bør evalueres, fortrinnsvis i form av en studie.

Tett sammen – kommunikasjon

Sykepleieres erfaringer med samhandling når palliative kreftpasienter skrives ut fra sykehuset til hjemmet

Elias David Lundereng, Master i klinisk forskning og fagutvikling, OsloMet
Seksjon for lindrende behandling (SLB), Avdeling for kreftbehandling, Kreftklinikken, Oslo Universitetssykehus HF

Bakgrunn:
Økende alder og kreftforekomst i befolkningen gjør at flere kommer til å ha behov for palliasjon i fremtiden. Medisinske fremskritt gjør i tillegg at mange kreftpasienter kan leve lenger enn tidligere. De fleste kreftpasienter ønsker å tilbringe mer tid hjemme, men ukoordinerte tjenester og mangelfull samhandling mellom tjenestenivåene er relatert til unødige innleggelser i sykehus. Sykepleiere har en nøkkelrolle i samhandlingen som den helseaktøren som er nærmest pasienten.

Hensikt:
Formålet med denne studien var å utforske hjemmesykepleieres og sykehussykepleieres erfaringer og perspektiver relatert til samhandlingen når palliative kreftpasienter blir skrevet ut fra sykehus.

Metode:
En kvalitativ metode med beskrivende og utforskende design. Individuelle, semistrukturerte intervjuer av sykepleiere fra to kreftavdelinger på sykehus, og 4 bydeler i sykehusets opptaksområde. Totalt 10 sykepleiere inkludert, fem fra hver gruppe. Datamaterialet analysert ved systematisk tekstkondensering.

Funn:
Tre hovedkategorier oppsto gjennom datanalysen: Manglende kjennskap og ulik oppfatning førte til mistillit; ineffektiv kommunikasjon skapte behov for uformell samhandling; og forsinket utskrivelsesplanlegging utfordret samhandlingen

Konklusjon/anbefalinger:
Samhandlingen mellom sykepleiere i sykehus og i hjemmetjenesten er preget av manglende kjennskap til hverandres arbeidssituasjon, ineffektiv og usystematisk kommunikasjon, samt utskrivningsplanlegging karakterisert av tidspress og forsinkelser. Mangelen på regelmessig kontakt virker å skape mistillit og reduserer kvaliteten på samhandlingen. Sykepleiere virker å mangle tiltro til andre sykepleieres vurderinger. Tilliten og kjennskapen mellom sykepleiere i første- og andrelinjetjenesten må styrkes om helsemyndighetene skal løse samhandlingsutfordringene knyttet til ivaretakelse av palliative pasienter i hjemmet.

«Boka mi» – et arbeidsverktøy i kreftrehabilitering

Elisabeth Nybø
elisabeth.nybo@catosenteret.no
CatoSenteret

Bakgrunn for prosjektet:
Etter å ha drevet med kreftrehabilitering i over 10 år, og gruppetilbud siden 2014, følte vi behov for å gi brukerne et arbeidsverktøy for å hjelpe dem til å forstå og utforske egen prosess i rehabilitering etter kreftbehandling. Boka mi er en videreføring og utvikling av et kompendium vi tidligere brukte, som ble lagd av kreftteamet på CatoSenteret.

Hensikt/problemstilling:
Tanken er at Boka mi skal være et supplement til temaene som blir reflektert over i gruppesamlingene. Vi bruker også dette verktøyet for de som er på individuelle opphold. Håpet er at Boka mi også kan være med på å videreføre prosessen etter oppholdet på CatoSenteret. Vi tenker også at den kan være hensiktsmessig i arbeidet til kreftkoordinatorer i kommunene.

Metode eller fremgangsmåte:
Boka mi er bygget på erfaringer rundt aktuelle temaer i møtet med brukergruppen, samt med elementer fra tverrfaglig arbeid og videreutdanninger.

Funn/resultater:
Tilbakemeldinger etter 3 måneders bruk er blant annet at stoffet er relevant og gjenkjennbart, hjelper å sette ord på og forstå egen situasjon, er et verktøy som også kan hjelpe pårørende til å forstå, lettfattelig språk, stimulerer til egne refleksjoner samt estetisk tiltalende, gir følelsen av å bli tatt på alvor og takknemlighet over å få en egen bok.

Konklusjon/anbefalinger:
Vi håper at Boka mi kan være en modell for prosessarbeid innen kreftrehabiliteringsfeltet, også utover CatoSenteret.

Simulering av forhåndssamtale

Olga Rugsland Espegren
Olga.R.Espegren@kristiansand.kommune.no
USHT Agder vest, Kristiansand kommune

Bakgrunn for prosjektet:
De fleste dødsfall i Norge skjer i kommunehelsetjenesten med hovedvekt på sykehjem. Undersøkelser viser at få sykehjem har systematisert arbeidet med forhåndssamtaler og nye sentrale dokumenter anbefaler at dette implementeres i alle deler av helsetjenesten.

God kommunikasjon danner grunnlaget for møtet mellom pasient, pårørende og helsepersonell og er en forutsetning for å få til god pasient- og brukermedvirkning. Samtaler med alvorlig syke og døende kan være utfordrende, men studier viser at økt fokus og trening på gjennomføring av forhåndssamtaler, kan bidra til større oppmerksomhet omkring en god livsavslutning og bedret pasientdeltagelse i beslutninger i livets sluttfase (Friis, 2016).

Hensikt/problemstilling:
Målet med prosjektet er å gjøre helsepersonell tryggere på å gjennomføre forhåndssamtaler med bruk av simulering som pedagogisk metode. Vi ønsker også å se om forhånds-samtaler med fokus på empatisk kommunikasjon kan føre til økt trygghet for bruker/pårørende og ha betydning for andel som velger hjemmedød.

Metode eller fremgangsmåte:
Det utarbeides opplæringspakker for helsepersonell bestående av kunnskap om både forhåndssamtaler, empatisk kommunikasjon og simulering som metode.
Det utdannes fasilitatorer som vil teste ut simulering som metode, i første omgang på egen arbeidsplass. Hensikten med simulering er å oppøve kompetanse og bli tryggere i gjennomføring av denne typen samtaler.

Funn/resultater:
Pågående prosjekt, så hovedfokus nå er utarbeidelse av en god opplæringspakke og å teste ut om simulering er metoden vi ønsker å bruke for å sikre god kvalitet på forhåndssamtalen.

Hva skal vi med tolken? Tolkebruk i samtaler med kreftpasienter: muligheter og utfordringer

Tetyana Tkachenko
Tolkesentralen, Oslo Universitetssykehus

«*Jeg er dødssyk og er redd å misforstå. Jeg snakker Ok norsk, har jeg krav på tolk?*»
– henvendelse fra en pasient til tolketjenesten.

God og tydelig kommunikasjon tilpasset brukerens behov er helt grunnleggende for å kunne tilby likeverdige helsetjenester. Når og hvordan skal man bruke tolk? Hvordan du som helsepersonell skal gjennomføre en tolket samtale på en god måte? Hvordan takler du utfordringer som f. eks. pårørende som ønsker å tolke; pasienter som er redd å bruke tolk; tolken som ikke forstår det du sier mm.? Hva kan du forvente av en profesjonell tolk? **Tips og råd til deg slik at du kan bli en god og trygg tolkebruker.**

Konferansekunstner

JEG ER BIRTE LOHNE. ALT JEG SKAPER KAN DU SE I MIN NETTBUTIKK

BIRTELOHNE.NO

JEG HAR MITT EGET VERKSTED OG KUNSTGALLERI I EN EKTE PYRAMIDE I KRISTIANSAND; PYRAMIDEHUSET KUNSTGALLERI.

ÅPENT HVER SØNDAG HELE ÅRET FRA KL 13 TIL 15. ELLERS ETTER AVTALE. VELKOMMEN!

FØLG MEG GJERNE:
FACEBOOK.COM/BIRTELOHNE
INSTAGRAM: @BIRTELOHNE

Signert og nummerert trykk av bildet "Tett på" kan bestilles av deltakerne under konferansen.
Mål: 26 x 15 cm
m/ramme: 44 x 32 cm

«Det eneste jeg klarte å spise var vannmelon, druer og kjeks, men det holdt jo ikke»

Berit Bryne
Tidligere brystkreftpasient

God smak.
Når ingenting smaker.
Fresubin®

Fresubin næringsdrikker kan brukes når mat ikke smaker og det er viktigere enn noen gang å få i seg nok næring. Fresubin finnes i mange gode og varierte smaker, og kan fås på blå resept.

Les mer om historien til Berit og om Fresubin næringsdrikker på **fresubin.no**

Skann meg for å se historien til Berit

FRESENIUS KABI
caring for life

Medisinsk næringsmiddel til kostbehandling av sykdomsrelatert underernæring. Skal brukes i samråd med helsepersonell. Ikke egnet til barn under 3 år. Benyttes med forsiktighet til barn under 6 år.

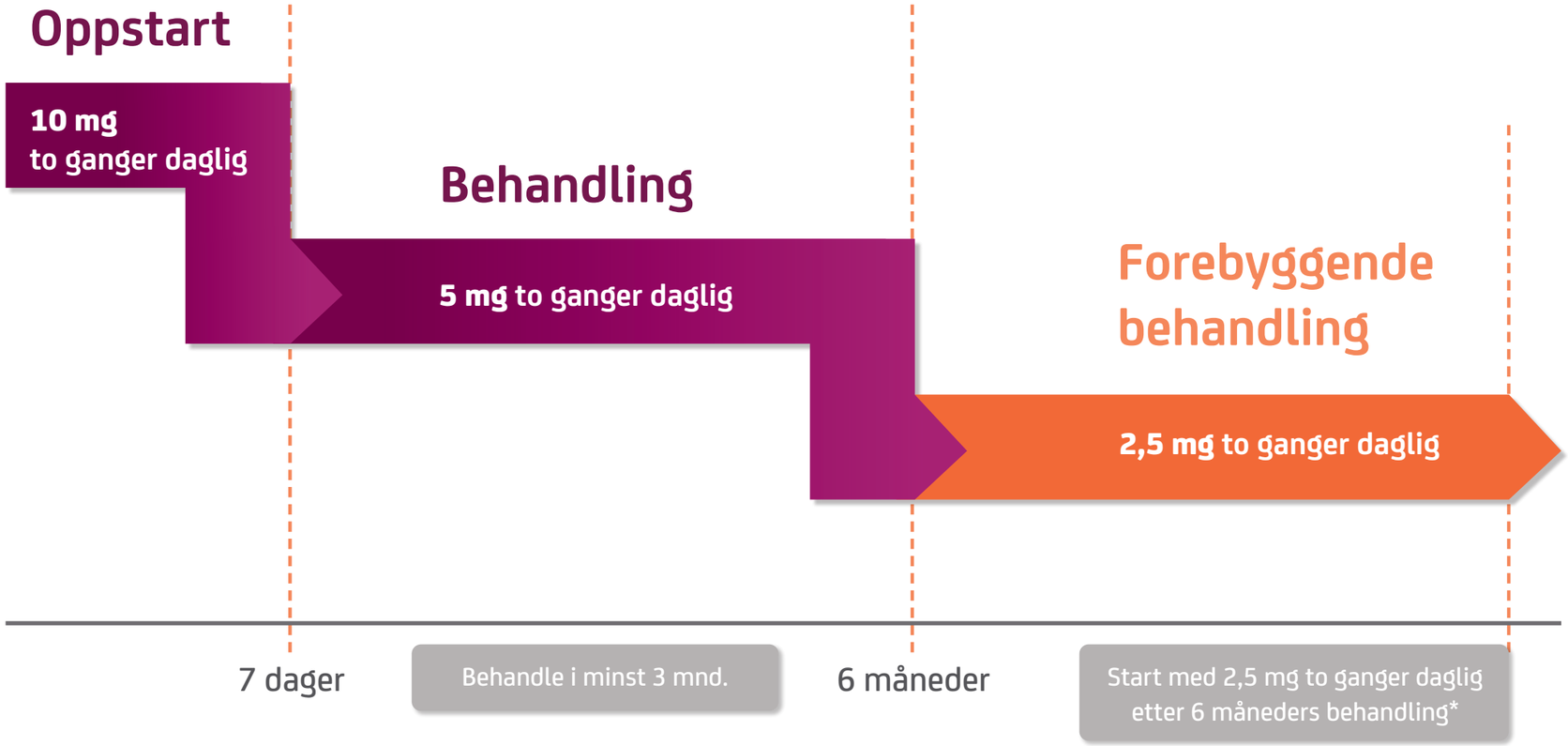
ELIQUIS tabletter til behandling av

DYP VENETROMBOSE (DVT) OG LUNGEEMBOLI (LE)

og forebygging av residiverende DVT og LE hos voksne

Direkte oppstart med 7 dager peroral høydose

- ingen injeksjoner eller tilleggsbehandling med LMWH nødvendig



**Kortvarig behandling (minst tre måneder) skal baseres på forbigående risikofaktorer (f.eks. nylig kirurgi, traume, immobilisering). Varigheten av den totale behandlingen skal individualiseres etter nøye vurdering av behandlingsnytten kontra risikoen for blødning.*

Oppdatert preparatomtale, mai 2021:
Behandling av venøs tromboembolisme hos **KREFTPASIENTER**, se pkt. 4.4 og 4.3.[1]

Viktig sikkerhetsinformasjon ved bruk av ELIQUIS

- Før oppstart bør nyre- og leverfunksjonen bestemmes
- Ikke anbefalt til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon assosiert med koagulopati, pasienter med kunstige hjerteklaffer eller pasienter med tidligere trombose som har fått påvist antifosolipidsyndrom
- Kontraindisert ved tilstander som gir økt risiko for alvorlig blødning. Dette kan inkludere gjeldende eller nylig gastrointestinal blødning, tilstedeværelse av ondartede svulster med høy risiko for blødning eller ved samtidig bruk av andre antikoagulantia
- Apiksaban er ikke anbefalt som et alternativ til ufraksjonert heparin hos pasienter med lungeemboli som er hemodynamisk ustabile, eller som kan få trombolyse eller pulmonal embolektomi
- Før oppstart av apiksaban ved behandling av DVT og LE hos pasienter med kreft, skal man gjøre en nøye vurdering av fordeler versus risiko
- Noen krefttyper, som hjernetumor, cerebrale metastaser og akutt leukemi ble eksludert fra studien som undersøkte bruk av Eliquis som behandling av DVT og LE til pasienter med aktiv kreft

Dosering: Anbefalt dosering ved *behandling av akutt DVT og behandling av LE* er 10 mg tatt 2 ganger daglig i de første 7 dagene etterfulgt av 5 mg tatt 2 ganger daglig. Anbefalt dosering av apiksaban ved *forebygging av tilbakevendende DVT og LE* er 2,5 mg tatt 2 ganger daglig, initiert etter fullført 6 måneders behandling.

Bivirkninger: Vanlige bivirkninger ved bruk av ELIQUIS er økt blødningsforekomst. Pasienten bør følges nøye med tanke på tegn til blødning, som kontusjonsblødning, neseblødning, hematom, hematuri og GI-blødning. Andre vanlige bivirkninger kan være anemi, trombocytopeni og hudutslett. Alvorlige blødninger som hjerneblødning og intraabdominal blødning er definert som sjeldne bivirkninger.

Reseptgruppe: C

Refusjon: 2B01A F02 og refusjonskoder: Apiksaban – 2.5mg og 5 mg.
ICPC: K93 LUNGEEMBOLI — ICD: I26 LUNGEEMBOLI
ICPC: K94 DYP VENETROMBOSE — ICD: I82 ANNEN EMBOLI OG TROMBOSE I VENER
Vilkår: Ingen spesifisert

Pakninger og priser:
Eliquis 2.5mg: 20 stk. (blister) kr 284,80, 168 stk. (blister) kr 2118,50.
Eliquis 5mg: 28 stk. (blister) kr 384,20, 168 stk. (blister) kr 2118,50.

Les nøye ELIQUIS preparatomtale for fullstendig informasjon og riktig bruk på www.legemiddelverket.no.

Referanse:
1. ELIQUIS (apiksaban) preparatomtale (SPC). www.legemiddelverket.no

Eliquis® apixaban

Bristol Myers Squibb™ | Pfizer

www.eliquis.no

Utarbeidet august 2021. PP-ELI-NOR-1732. 432-NO-2100117 AD: 08.2021.

Lokale sponsorer

Poster utstilling

Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter
Elise Marie Ihler. Ullevål sykehus

Innføring av pasientrapporterte symptommålinger i kreftpoliklinikken – PROMsPol, en pilotstudie.
Kari Röhrl, RN/PhD, **Olav Dajani**, MD/PhD, **Nina Aass**, MD/PhD, **Tonje Taugbøl**, RN/MSc, **Stein Kaasa**, MD/PhD, **Kjersti Hornslien**, MD, **Marianne J Hjermstad**, RN/PhD.
Kompetansetjeneste for Lindrende behandling og European Palliative Care Research Centre (PRC), Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus HF og institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

---

For å bedre mestre en ny hverdag?
Birthe Rokne Stensland. Senter for kreftbehandling, SSHF

Kreftforeningens Rådgivningstjeneste
Martine Hareide. Kreftforeningen

Tvillingprosjektene «Corona og cancer» og «Cancer og corona»
Martine Hareide. Kreftforeningen

Kreftkoordinator i kommunene – gjør det en forskjell?
Vibeche Fahsing. Kreftforeningen

Kreftforeningens veivisere – ingen skal møte kreft alene
Gina Bøe. Kreftforeningen

Hvor går veien videre? Evaluering av et nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling
Ann-Kristin Øren og Synnøve Glesnes
Kompetansesenter i lindrande behandling, Helseregion Vest

«Boka mi» – et arbeidsverktøy i kreftrehabilitering
Elisabeth Nybø. CatoSenteret

Simulering av forhåndssamtale
Olga Rugsland Espegren. USHT Agder Vest

Kartleggingsverktøy innen palliativ omsorg: pårørendes erfaringer
Kine Torgersen og Kari Toverud Jensen. Sykehuset Østfold og OsloMet

---

Tverrfaglig samhandling i og mellom kommune- og spesialhelsetjenesten, med fokus på systematisk oppfølging av pårørende til pasienter i palliativ fase.
Silje Kaldhusdal. Ålesund kommune, Blindheim omsorgssenter

Parenteral ernæring i livets sluttfase
Karine Blom Kjerulf. Ullevål sykehus

Omsorg for døyande under covid-19-pandemien: helsepersonell sine erfaringar
Elisabeth Romarheim[1], **Kristin Kvalvik**[2], **Kjersti Solvåg**[1], **Katrin Sigurdardottir**[1,3], **Dagny Faksvåg Haugen**[1,4]
[1]Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus,
[2]Universitetet i Bergen,
[3]Palliativt team, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus,
[4]Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen

Colgate

NÅ TILGJENGELIG UTEN RESEPT

Vinner kampen mot karies

Effektiv forebygging for pasienter med økt kariesrisiko*

Duraphat® høykonsentrert fluortannpasta er klinisk bevist å være **mere effektiv i forebygging av dental karies** enn en vanlig tannpasta:[1-4]

- Duraphat® 5 mg/g fluortannpasta **forebygger, stopper og reverserer** begynnende karies[1-4,†]
- Nå tilgjengelig **uten resept**, med veiledning fra apoteket

5 mg/g natriumfluorid

Anbefal Duraphat® og gi beskyttelse til de av pasientene dine som har økt kariesrisiko

***** Pasienter ≥ 16 år med forhøyet kariesrisiko.
† ved å arrestere og reversere primære rot- og tidlige fissurkaries lesjoner.
Referanser: 1. Baysan A et al. Caries Res 2001;35:41-46. **2.** Ekstrand et al. Caries Res 2013;47:391–8. **3.** Schirrmeister JF et al. Am J Dent 2007;20. 212-216. **4.** Ekstrand et al. Gerod 2008; 25:67-75.

CF Duraphat «Colgate Palmolive A/S»
Kariesprofylaktikum ATC-nr.: A01A A01
TANNPASTA 5 mg/g: 1 g inneh.: Fluor 5 mg (som natriumfluorid) tilsv. 5000 ppm fluor, natriumbenzoat (E 211), sakkarinnatrium, sorbitol, hjelpestoffer. Fargestoff: Briljantblå FCF (E 133). **Indikasjoner:** Forebygging av dental karies hos ungdom og voksne, særlig blant pasienter som er utsatt for flere typer karies (koronal og/eller rotkaries). **Dosering:** Skal kun brukes av voksne og ungdom ≥16 år. En 2 cm lang stripe (gir 3-5 mg fluor) påføres tannbørsten for hver tannpuss. Tennene pusses grundig 3 ganger daglig, etter hvert måltid, vertikalt, fra tannkjøttet til tannspissen. Administrering: Skal ikke svelges. Grundig pussing tar ca. 3 minutter. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes av barn eller ungdom <16 år. Høyt fluorinnhold. Tannspesialist bør konsulteres før bruk. Et økt antall potensielle fluorkilder kan gi fluorose. Før bruk bør det foretas en vurdering av samlet fluorinntak (dvs. drikkevann, salter som inneholder fluor, andre legemidler med fluor). Samtidig bruk av fluortabletter, -dråper, -tyggegummi, -gel eller -lakk og vann eller salt tilsatt fluor, skal unngås. Ved beregning av anbefalt mengde fluoridioner (0,05 mg/kg pr. dag fra alle kilder og maks. 1 mg pr. dag) må mulig svelging av tannpasta tas med i beregning (hver tube inneholder 255 mg fluoridioner). Inneholder natriumbenzoat som virker mildt irriterende på hud, øyne og slimhinner. **Graviditet/Amming:** Data mangler fra bruk hos gravide. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter ved svært høye doser. Skal ikke brukes ved graviditet og amming, med mindre en grundig nytte-/risikovurdering er utført. **Bivirkninger:** Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Ukjent: Gastrointestinale: Brennende følelse i munnen. **Overdosering/Forgiftning:** Akutt intoksikasjon: Toksisk dose er 5 mg fluor/kg kroppsvekt. Symptomer: Fordøyelsesproblemer som oppkast, diaré og abdominalsmerter. Kan være dødelig i svært sjeldne tilfeller. Mentol: Kan forårsake kramper ved inntak av store mengder, spesielt hos småbarn og barn. Behandling: Ved svelging av en betydelig mengde, skal det omgående utføres tarmskylling eller fremtvinges brekninger. Det må tas kalsium (store mengder melk) og pasienten må holdes under medisinsk observasjon i flere timer. Kronisk intoksikasjon: Fluorose: Tannemaljen vil få et misfarget eller flekkete utseende når en fluordose >1,5 mg/dag absorberes daglig over flere måneder eller år, avhengig av dosen. Ledsages av alvorlige former for økt skjørhet i tannemaljen. Benfluorose blir kun sett ved høy kronisk fluorabsorpsjon (>8 mg/dag). **Pakninger og priser:** reseptpliktig: 51 g kr. 103,20. 3 x 51 g kr. 237,20; reseptfri: pris ikke fastsatt. Basert på SPC godkjent 23.08.2016. (Se www.legemiddelsok.no.)

www.colgateprofessional.no www.colgatetalks.com

NSFs FAGGRUPPE
FOR KREFTSYKEPLEIERE

Velkommen til generalforsamling (GF) for NSF sin faggruppe for kreftsykepleiere

Tid: 15. september 2021 kl. 16.30
Sted: Q42, Kristiansand, Bisal 1

Under GF blir det valg av medlemmer til styre. Du kan lese om kandidatene som stiller til valg på vår web side, samt at det blir hengt opp plakater i konferanselokalet.

Sakliste og tilhørende dokumenter finner du også på web side: **NSF/kreftsykepleiere**. Klikk på fanen om faggruppen.

Viktig å huske før GF:

- Kun medlemmer i faggruppen kan delta.
- Alle må registrer seg for deltakelse på GF i forkant. Registering ved eget FKS bord fra kl. 10–16 den 15. september i konferanselokalet. Husk å oppgi epost adresse som du kan ha tilgang til fra tlf, pc eller ipad som du har med på GF. Dette pga valget som foregår elektronisk.
- Det er kun lov å stemme på vegne av seg selv, kan ikke ha med fullmakt fra andre.
- Møt presis til GF. Dørene blir stengt og det er ikke tiltatt å gå inn og ut.

Leder Tanja Yvonne Alme

HOVEDSPONSOR:

20. LANDSKONFERANSE I
KREFTSYKEPLEIE
KRISTIANSAND 15.–17. SEPTEMBER 2021