Fokus på
Kræft & Sygepleje

FSK • Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker

Nr. **3** • oktober 2007 • 27. årg.

ISSN: 1603-5712

Tema: Noget med arbejdsmiljø

Én enkelt langtidsvirkende dosering med Neulasta® pegfilgrastim fritager patienterne fra daglige injektioner med Neupogen® filgrastim[1, 2]

Neupogen® sprøjter
efter 5 behandlingsserier

Neulasta® sprøjter
efter 5 behandlingsserier

1: Holmes FA et al. Blinded, randomized, multicenter study to evaluate single administration pegfilgrastim once per cycle versus daily filgrastim as an adjunct to chemotherapy in patients with high-risk stage II or stage III/IV breastcancer. J Clin Oncol. 2002;20:727-731.
2: Green MD et al. A randomized double-blind multicenter phase III study of fixed-dose single-administration pegfilgrastim versus daily Filgrastim in patients receiving myelosup pressive chemotherapy. Ann Oncol. 2003;14:29-35

Neulasta®, pegfilgrastim
Dette er en forkortet produktinformation. Der henvises til produktresumeet, som kan rekvireres hos Amgen Danmark, telefonnummer 39617500.
Lægemiddelform: Injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte, indeholdende 6mg pegfilgrastim til engangsbrug. **Indikation:** Reduktion i varigheden af neutropeni og forekomsten af febril neutropeni hos patienter behandlet med cytotoksisk kemoterapi for malignitet (med undtagelse af kronisk myeloid leukæmi og myelodysplastiske syndromer). **Dosis og administration:** 6mg Neulasta® anbefales for hver kemoterapi-cyklus, administreret som en subkutan injektion cirka 24 timer efter cytotoksisk kemoterapi. Der er utilstrækkelige data til at anbefale brugen af Neulasta® til børn og unge under 18 år. Behandling med Neulasta® varetages af speciellæger i onkologi/hæmatologi. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor pegfilgrastim, filgrastim, E.coli proteinderivater eller overfølsomhed overfor ét eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brug af Neulasta®:** Sikkerhed og effekt af Neulasta® er ikke blevet undersøgt hos patienter med akut leukæmi samt patienter i behandling med højdosis kemoterapi og bør ikke anvendes til denne gruppe patienter. Debut af pulmonale symptomer såsom hoste, feber og dyspnø i forbindelse med radiologiske fund af lungeinfiltrater og nedsat lungefunktion sammen med et forhøjet neutrofiltal, kan være begyndende tegn på Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS). I sådanne tilfælde bør behandling med Neulasta® afbrydes efter lægens vurdering og symptomatisk behandling påbegyndes. Der har været enkelte tilfælde af miltruptur som følge af administration af granulocyt-kolonistimulerende faktorer. Diagnosen miltruptur bør overvejes hos patienter, der rapporterer smerter i den øvre venstre del af abdomen eller op mod venstre skulder. Behandling med Neulasta® alene forhindrer ikke trombocytopeni og anæmi forårsaget af at fuld dosis myelosuppresiv kemoterapi. Det anbefales derfor regelmæssig kontrol af trombocyttallet og hæmatokritværdien. Neulasta® bør ikke anvendes til at øge dosis af den cytotoksiske kemoterapi udover de fastsatte dosisregimer. Publikationer har rapporteret, at høje leukocyttal er ufordelagtige prognostiske faktorer hos patienter med seglcelleanæmi. Læger bør derfor udvise forsigtighed ved administration af Neulasta® til patienter med seglcelleanæmi og bør monitorere passende kliniske parametre og laboratoriestatus samt være opmærksomme på den mulige sammenhæng mellem Neulasta® og miltforstørrelse eller vaso-okklusive kriser. Leukocyttal på 100 x 109/l eller højere er set hos mindre end 1% af patienter, behandlet med Neulasta®. Der er ikke blevet rapporteret nogen uønskede hændelser, der direkte kan tilskrives denne grad af leukocytosis. En sådan forhøjelse i leukocytter er forbigående, ses typisk 24 til 48 timer efter administration og er i overensstemmelse med de farmakodynamiske effekter af Neulasta®. Sikkerhed og effekt af Neulasta® til mobilisering af blod stamceller er ikke blevet tilstrækkeligt undersøgt hos patienter eller raske donorer. **Interaktion med andre lægemidler:** På grund af den potentielle sensivitet af hurtigt delende myeloide celler overfor cytotoksisk kemoterapi, bør Neulasta® administreres cirka 24 timer efter cytotoksisk kemoterapi. Mulige interaktionen med andre hæmatopoetiske vækstfaktorer og cytokiner er ikke blevet specifikt undersøgt i kliniske studier. Muligheden for interaktion med lithium, som også øger frisætningen af neutrofile granulocytter, er ikke specifikt undersøgt. Der er intet, der tyder på at sådan interaktion ville være skadelig. Specifikke interaktions- eller metabolismestudier er ikke blevet foretaget. Kliniske studier har imidlertid ikke indikeret interaktioner mellem Neulasta® og anden medicin. **Graviditet og amning:** Neulasta® bør ikke anvendes under graviditet, med mindre det er klart nødvendigt. Der er ingen klinisk erfaring med Neulasta® hos ammende kvinder. Derfor bør Neulasta® ikke gives til kvinder, der ammer. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Der er ikke foretaget undersøgelser af indflydelse på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. Bivirkninger: I randomiserede kliniske studier hos patienter med malignitet, der fik Neulasta® efter cytotoksisk kemoterapi, var de fleste uønskede hændelser forårsaget af den underliggende malignitet eller cytotoksisk kemoterapi. Den hyppigst rapporterede lægemiddelrelaterede bivirkning var knoglesmerter (26%). Knoglesmerterne var generelt af mild til moderat sværhedsgrad, forbigående og kunne kontrolleres hos de fleste patienter med traditionelle smertestillende præparater. Allergiske reaktioner, inkluderende anafylaksi, hududslæt, urticaria, angioødem, dyspnø og hypertension, der forekommer under eller umiddelbart efter behandlingen, er blevet rapporteret både ved behandling med Neulasta® og et lignende præparat fra filgrastimgruppen. I nogle tilfælde har symptomerne gentaget sig, dette kunne tyde på en sidevirkning af filgrastim generelt.
Overdosering: Der er ingen erfaring med overdosering af Neulasta® hos mennesker. **Udlevering:** Begrænset til sygehuse.
Opbevaringstid: 2 år. **Særlige opbevaringsforhold:** Opbevares i køleskab ved 2-8°C. Neulasta® må udsættes for stuetemperatur (ikke over 30°C) i maksimalt en enkelt periode på op til 72 timer. Neulasta® opbevaret ved stuetemperatur i mere end 72 timer bør kasseres. Må ikke nedfryses. Tilfældig udsættelse for frostgrader i en enkelt periode på mindre end 24 timer har ikke nogen skadelig virkning på stabiliteten af Neulasta®. Det anbefales at opbevare beholderen i den ydre karton for at beskytte mod lys. Voldsom omrystning kan medføre, at pegfilgrastim aggregerer og dermed bliver biologisk inaktivt.
Pakning: Varenummer 10070 Neulasta® injektionsvæske, opløsning i sprøjte 6mg, 1stk. á 0,6 ml. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Amgen Europe B. V. , Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Holland.
Kontor i Danmark: Amgen AB, Strandvejen 70, 2, 2900 Hellerup, telefonnummer 39617500.
Revideret: 28.11.2006.

Neulasta®
(pegfilgrastim)

AMGEN®

DK-NEU-100-2006-A

Indholdsfortegnelse

Redaktionsgruppen har ordet 1

Formanden har ordet 2

Tema: Noget med arbejdsmiljø
- Psykisk arbejdsmiljø 3
- Anerkendelse 7
- Health Creation, en nøgle til sundhed og livsglæde 9

Nyt til klinikken:
- Cytostatika og forholdsregler 11
- Gør snublesten til trædesten 13
- Alderdommen, hvad synes vi om den? 18
- Digt om alderdommen 22
- Væske og ernæring til døende 23

Forskningsnyt:
- "evidens og sygepleje" 29
- Bisfosfonat-associeret osteonekrose 31

Nyt fra SIG
- Sig-transplantation 37
- Sig-palliation 38
- Sig-ernæring 39
- Sig-strålebehandling 40
- Sig-træthed 41
- Sig-emesis 42
- Sig-Fuf 43
- Sig-smerte 44

Landskursus
- Opstilling til bestyrelsen 46

Boganmeldelse
- Cognitiv coaching 48

Oplevelser fra en konference
- Europæisk transplantationskonference i Lyon 49

Information 51

Redaktionsgruppen har ordet…

Så er det ved at være efterår, desværre eller måske er det ikke så ringe?

Vi vælger det sidste, for nu sidder du med endnu et nummer af Fokus på Kræft og Sygepleje, så nyd bladet mens det rusker og regner eller solen står højt på himlen.

Bladet kommer lidt senere, end vi havde regnet med, da vi har trukket deadline rigtig langt, for at alle kunne nå at få deres indlæg med efter ferien.

Det betyder til gengæld, at bladet er blevet rigtig godt, og indeholder rigtig mange spændende artikler

Temaet er "Noget med arbejdsmiljø."

Der er flere spændende artikler om det, der er blandt andet oplæg fra Annie Rasmussen og Allan Holmgren. Begge kan du kan møde som foredragsholdere på landskurset.

Fælles for temaartiklerne er, at de tager fat på det psykiske arbejdsmiljø, som vi alle befinder os i, og skribenterne lægger alle vægt på relationer i arbejdsmiljøet og relationernes betydning for et godt samarbejde.

Spændende artikler, som alle kan bruges som udgangspunkt til diskussion eller udvikling af arbejdsmiljøet.

De fleste af SIG-grupperne har skrevet et indlæg om deres spændende arbejde og om deres planer for det fremtidige arbejde. Måske kan det inspirere nogen til at deltage i arbejdet? Kig forbi grupperne på Landskurset ☺.

Bladets næste tema er "pårørende".
Hvor vigtigt er det at inddrage de pårørende i pleje, behandling, information og planer?

Kan det være svært indimellem at holde fokus, eller rettere fordele fokus mellem patient og pårørende?

Skal de pårørende prioriteres højt? Ja, selvfølgelig svarer vi, men hvad siger I?

Vi vil meget gerne høre fra jer om jeres meninger, holdninger og erfaringer i forhold til inddragelse af og samarbejde med de pårørende!

Deadline er 15. december.

Og nyd så bare bladet, det er fyldt med spændende og interessante artikler.

Redaktionsgruppen

Ansvarshavende redaktør

Karen Buur Andersson
Nejedevej 38
3400 Hillerød
Tlf.: 48 28 62 02
Mail: karen.buur@mail.dk

Det Palliative Team
Nordsjællands Hospital,
Medicinsk Enhed I
Helsevej2, 3400 Hillerød
Tlf.: 20 48 99 69
Mail: kaban@noh.regionh.dk

Ditte Naundrup Therkildsen

Priorensgade 46
5600 Faaborg
Tlf.: 28 77 90 22
Mail:
ditte.therkildsen@stofanet.dk

Hospice Fyn
Sanderumvej 130
5250 Odense SV
Tlf.: 65 50 50 15

Mia A. B. Jensen

Ved egedam 13, 1-90
3400 Hillerød
Mail:
miaaskham@hotmail.com

Rigshospitalet,
Hæmatologisk amb. 4034
Blegdamsvej 9
2100 København

Retningslinjer for artikler
Fokus på Kræft og Sygepleje ønsker at bringe indlæg af interesse og betydning for sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter.

Redaktionsgruppen planlægger et tema for hvert nummer. Artikler, kommentarer, indlæg og informationer kan altid indsendes uopfordret til redaktionen, dog forbeholdes ret til at vurdere indholdets relevans i forhold til et fastlagt tema og evt. udsætte et indlæg til næstkommende nummer.

Boganmeldelser publiceres gerne. Du er altid meget velkommen til at kontakte en fra redaktionsgruppen, hvorfra du kan rekvirere retningslinjer for indlæg. Vejledning findes også på hjemmesiden www.dsr.dk/fsk.

Indlæg til bladet udtrykker ikke nødvendigvis det faglige selskabs eller redaktionens synspunkter, men står udelukkende for den enkelte forfatters synspunkt.

Fokus på Kræft og Sygepleje
udgives af FSK, "Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker",
og udkommer 4 gange årligt i et oplag på 1200.

Årsabonnement: 200 kr.
Grafisk produktion: Werks Offset A/S, Århus.

Af
Birgitte Grube
Formand for FSK

Lederen

Formanden har ordet

I skrivende stund blev det af regeringen besluttet at kræft nu skal anskues som en akut sygdom. Når I læser denne leder er der højst sandsynlig allerede sket ændringer – for en sådan politisk beslutning vil kræve ændringer for at den kan gennemføres.

Det første jeg tænker er, at det er fantastisk for patienterne, og det næste er; bare vi ikke kommer til at svigte dem. Overordnet er det et skridt i den rigtige retning, men det vil kræve en langsigtet strategi, og det kan ikke effektueres på kort tid. Det vil jo kræve en kæmpe indsats at gennemføre. Det handler jo ikke bare om at man politisk kræver at kræft skal defineres som akut sygdom, at Venstre vil love at patienterne skal garanteres start på diagnosticering med det samme, hvor de møder op hos den praktiserende læge. For det første skal man jo differentiere mellem patienternes mulige diagnose. Eksempler:

- Ved mistanke om solide tumorer, skal/kan der anvendes røntgen, CT, PET eller MR, så mangler der jo apparatur og speciallæger/radiologer/radiografer til selve diagnosticeringen
  - Analyse af blodprøver – flere bioanalytikere og laboranter til analysedelen
- Mistanke om hæmatologiske lidelser, bliver allerede for de fleste tilfælde behandlet akut, da mange patienter er meget syge på diagnosetidspunktet. De områder hvor man er længe om at finde den korrekte diagnose – og dermed den rigtige behandling af sygdommen – kræver ofte mange prøver, som knoglemarvsbiopsi, specifikke blodprøver, som tager lang tid at analysere.

Hvad bliver de største udfordringer for os? – Personalemangel, apparatur, og andre områder i sundhedsvæsenet som det vil gå ud over. Den største udfordring vil være at få uddannet personale til at udføre denne akutte diagnosticering og behandling indenfor 48 timer. Vi kan sende folk til udlandet til undersøgelser, lade apparaturet køre om natten, MEN vi mangler folk, når svarene så kommer tilbage! Så det kræver uddannelse af mange faggrupper. Lad os sige at diagnosen er stillet i løbet af højst en uge, kan vi så tilbyde behandling? Igen mangler der personale (specialuddannede sygeplejersker, læger, SO.SU. ass.), apparatur (stråleterapisygeplejersker, radiografer, radiologer) og Laboratoriefaciliter til fremstilling af kemoterapi.

Det kan vise sig at blive et stort problem at tilbyde akut diagnosticering, men det vil muligvis være en fadæse/fatalt at tilbyde akut diagnosticering, hvis vi ikke kan tilbyde AKUT behandling – der er altså noget der er skævt her i planlægningen. Er man politisk klar til at sende folk til udlandet, vil patienterne det? Skal de tvinges til det? Har udlandet kapaciteten? Vi kan selvfølgelig tage personale fra andre områder, men så vil det jo gå udover andre patientgrupper, og hvem vil politisk beslutte hvem det skal være. Det vil jo nærmest være politisk selvmord! For at kunne opfylde akut garantien er der brug for en ny arbejdsdeling mellem faggrupperne.

Det betyder at en stor mængde af konkrete arbejdsopgaver, kan/skal sygeplejersker overtage fra lægerne og SOSU assistenterne overtage fra sygeplejerskerne. Det vil kræve et kæmpe oplæringsprogram af flere grupper, ikke kun sygeplejersker. Man taler om at personalegrupper fra andre områder end kræftområdet kan "lånes" og oplæres til at udføre opgaver. Men der er jo mangel på arbejdskraft, og hvordan skal de andre områder undvære arbejdskraft? Hvad ville sygeplejerskerne reelt kunne overtage?

Overordnet koordination af forløb. Hvis akut filosofien skal overholdes, skal alle undersøgelser jo koordineres, og her vil det oplagt være en sygeplejerske. Dette kræver konsultationssygeplejersker i alle lægepraksis, og et decideret uddannelsesprogram i koordination af forløb. I uddannelsen er det vigtigt at lægge vægt på det kommunikative aspekt – udover læring i konkrete praktiske/instrumentelle færdigheder. Af andre konkrete opgaver kunne man nævne:

- Blodprøvetagning – sker allerede mange steder, men ikke gennemgående. Knoglemarvsbiopsi – nogle steder har vist allerede oplært sygeplejerskerne i denne funktion.
- Hvis der er mistanke om brystkræft – kunne konsultationssygeplejersken oplæres i at undersøge brystet.
- Biopsi – specielt de hudnære biopsier.
- Analyse af laboratoriesvar – her tænker jeg kompetence til at diagnosticere lettere afvigelser i blodprøver og andre prøver.

Efter min mening har vi – som vi har haft længe – virkelig brug for specialuddannede sygeplejersker og derfor er det med stor glæde at man ved Trepartsforliget har besluttet at give 25 mio. kr til at uddanne sygeplejersker indenfor kræftområdet. Så nu ligger der en stor opgave for alle implicerede parter om at få stablet en uddannelse på benene i en fart, så det første hold kan starte i foråret 2008!

Endnu engang nyd bladet og vi ses til Landskursus 6. og 7. november på Munkebjerg hotel i Vejle!

Birgitte Grube

Psykisk arbejdsmiljø

Af kognitiv coach Søren Axel Philippe Franck

Der tales og skrives meget om psykisk arbejdsmiljø, stress og udbrændthed i øjeblikket. Ikke fordi det er et nyt emne, men fordi problemet med dårligt psykisk arbejdsmiljø er et stigende problem på flere arbejdspladser i både den offentlige og private sektor. Hvad kan årsagerne være, og hvad kan der gøres ved det?

Da emnet er meget omfattende, så fokuserer denne artikel på nogle få eksempler på konkrete problemstillinger, samt eksempler på, hvad der kan gøres, hvis den enkelte medarbejder, en personalegruppe, eller en hel virksomhed har problemer med det psykiske arbejdsmiljø.

Identificering af problemer

Årsagerne til et dårligt psykisk arbejdsmiljø kan være mange. Det er vigtigt, at problemerne bliver taget alvorligt, at årsagerne bliver identificeret, og at der bliver gjort noget aktivt for at få løst problemerne.

Nogle virksomheder har fokus på trivslen, da det kan give et dårligt image ikke at drage omsorg for sine ansatte. Der er dog stadig virksomheder som har en opgave med det psykiske arbejdsmiljø. Indenfor syge- og plejesektoren er mange medarbejdere i disse år specielt pressede som følge af for stort arbejdspres.

Mange instanser indenfor den offentlige sektor kan ikke tiltrække nye medarbejdere, blandt andet på grund af dårlige arbejdsforhold, nedskæringer, og lønninger, der ikke er attraktive og som på ingen måde hænger sammen med det store og meget vigtige arbejde, som skal udføres. Og disse forhold er uholdbare for både medarbejdere, patienter, og pårørende.

Det er ulykkeligt for de der til dagligt må arbejde i et miljø, hvor man ikke trives. Patienterne får måske ikke den pleje, der er behov for, eller som den enkelte selv mener, er ret og rimeligt. Og personalegrupper arbejder måske ikke i teams, hvor de har mulighed for at hjælpe og støtte hinanden i pressede situationer, fordi det er uoverskueligt, hvordan dagligdagen skal komme til at hænge sammen.

Konkurrencepræget samfund?

Hvordan måler vi succes i Danmark? Er det huset med det flotte samtalekøkken? En bil, der har mere prestige en naboens. En båd eller andre statussymboler? Er det realistisk at opfylde alle de krav, der stilles fra andre og fra os selv.

Er disse krav rimelige og giver de i sidste ende mening og værdi jobmæssigt og privat? Den enkelte virksomhed og det enkelte menneske må selv stille sig disse spørgsmål for at forsøge at finde svar på, hvor det maksimale niveau for arbejdspres på jobbet og på hjemmefronten bør ligge. Sidst, men ikke mindst, må man spørge sig selv, om en dagligdag med for megen negativ stress er det hele værd.

Er der arbejdsrutiner på jobbet og i hjemmet, der ikke hænger sammen? Er man typen der ikke kan sige fra, eller arbejder man i et miljø, hvor det ikke er accepteret at sige fra?

>

Hvad er stress?

Stress er en del af menneskets natur!

Det vil sige, at stress er en del af vores fysik og psyke. Stress kan være nyttigt, når der skal ydes noget ekstra, men længerevarende stress kan være meget skadelig. Det er hormoner som fx adrenalin og kortisol, og mængden deraf, som påvirker vores krop i enten positiv eller negativ grad, når vi er på arbejde, dyrker sport, leger, med videre. Det vil sige, at kroppen kan fungere optimalt, hvis den udsættes for en passende grad af belastning, og i modsætning hertil, at kroppen ved længerevarende belastning kan blive alvorligt skadet, og få døden som følge.

Hvad kan den enkelte virksomhed og det enkelte menneske gøre?

Her er nogle bud på, hvad den enkelte virksomhed og det enkelte menneske kan gøre for at mindske eller undgå alvorlige negative stressbelastninger.

Afstemme forventninger!

Hvilke forventninger har virksomheden, nærmeste leder til medarbejdergrupperne og den enkelte medarbejder? Hvilke forventninger har den enkelte medarbejder til sig selv, kollegaerne, nærmeste leder, etc.?

Mange mennesker er meget ærekære om deres arbejdsindsats og kvaliteten af denne. Og gudskelov for det. En ærekærhed som kan være god nok, hvis den vel at mærke bygger på et realistisk syn på, i hvilken kvalitet en arbejdsopgave skal løses. Her er dialog vigtig. Den der uddelegerer en opgave skal sikre sig, så godt som muligt, at den, der skal løse opgaven har forstået, hvad opgaven går ud på, hvornår den forventes løst, i hvilken kvalitet og måske også hvordan opgaven løses. Sidst men ikke mindst, om opgaven er accepteret. Det vil sige, om den, der skal løse en given opgave også har taget ejerskab af opgaven.

Hvis godt nok er godt nok, er lidt mere for meget!

Jeg udformede for mange år siden citatet:

'Begrænsningens kunst for perfektionister': Hvis godt nok er godt nok, er lidt mere for meget!

Sætningen er ikke kun møntet på perfektionister, men kan bruges af alle, der har tendens til at gøre "lidt" for meget ud af en opgave.

Så er der dem, der sjusker med opgaverne, eller ikke overholder diverse spilleregler på en arbejdsplads. De udsætter deres kollegaer, og måske også patienterne, med for meget negativt stress, fordi opgaverne så ikke bliver løst som de skal.

Forventninger handler blandt andet om vores personlige holdninger, værdier, regler, etik, moral, erfaringer, etc. Derfor kan der opstå konflikter, når to eller flere mennesker med forskellige holdninger mødes. Manglende afstemning af forventninger er, efter min mening, også en af hovedårsagerne – eller måske hovedårsagen – til mange konflikter. Ikke bare på arbejdspladsen og i hjemmet. Men også mellem grupper i samfundet, og lande på verdensplan.

En god øvelse er at få afstemt forventningerne, så godt det nu kan lades sige gøre. Her er det vigtigt at koncentrere sig om kommunikationen mellem parterne. Ofte sker der det, at en person har et budskab, og at modtageren af budskabet tolker på budskabet ud fra sine holdninger, værdier, erfaring, etc. Her er det vigtigt, at modtageren spørger ind til, hvad den anden mener. Det vil sige, at der skal skabes en dialog, hvor man udveksler information, indtil begge parter er enige om, hvad en given opgave eller situation handler om. At tro at man kan undgå misforståelser mennesker imellem er naivt, men der kan gøres meget for at mindske misforståelser, og med lidt øvelse er det faktisk ikke så svært endda.

Og så kan det oven i købet være meget lærerigt at lære sine egne og andres holdninger, værdier, regler, etc. at kende.

Arbejdsopgaver, personlighedstyper og teamsammensætning

Alle arbejdsopgaver kræver noget af den, eller de, der skal udføre dem. En opgave kan være enkel, rutinepræget, kompliceret, kortvarig, langvarig, kræve fysisk anstrengelse, være psykisk belastende, etc. Vores personlighedstyper og de opgaver som vi holder af at arbejde med, hænger ofte sammen. Når noget persontypemæssigt ikke ligger til en, det vi i typeteorien kalder for præference, så er det, at det kan skabe negativt stress. Blot det at arbejde med noget, der ikke ligger til ens type, eller noget der ikke interesserer en kan skabe negativt stress.

Omvendt har jeg en teori om, at mange indenfor plejesektoren bliver negativt stressede fordi der ikke er tilstrækkelige ressourcer, og mange medarbejdere alene oplever stress fordi de har et stort "omsorgsgen" og alligevel gør et stort arbejde i det daglige, trods dårlige arbejdsforhold.

En lille øvelse i, hvad der menes med præference.
- Prøv at skrive dit navn på et stykke papir med den hånd, du er vant til.

Hvordan var det?

- Prøv så at skrive dit navn med den anden hånd.

Hvordan var det?

Det fornemmes helt naturligt når vi skriver med den hånd vi er vant til, men det er ofte en noget akavet opgave, når vi skriver med den anden hånd. Det betyder ikke, at vi ikke kan, blot at der er noget, der ligger mere naturligt til os end andet.

Jeg har gennem årene set flere eksempler på, at mennesker arbejder med emner de ikke har præference for. De kæmper sig gennem arbejdsdagen, for derefter at tage hjem i udmattet tilstand. Og det er jo igen ikke fordi disse mennesker ikke kan løse givne opgaver, men fordi opgaverne ikke ligger naturligt til dem.

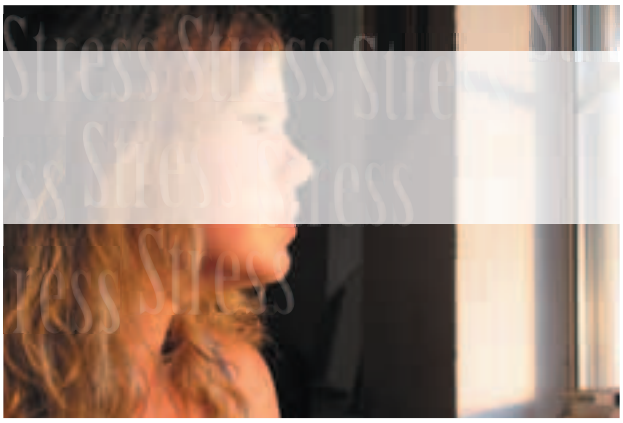
Personlighedstyper og jobpræferencer

Den enkelte person, gruppe, afdeling, virksomhed, etc. kan have stor gavn af at få kortlagt hvilken personlighedstype den enkelte medarbejder er. Hvilken persontypesammensætning en gruppe består af. Der er udviklet et utal af såkaldte personlighedstests, som i bund og grund ikke har noget med en test at gøre. I stedet er der tale om spørgeskemaer, hvor man ved hjælp at en mængde nøje udvalgte og nøje formulerede spørgsmål kan få et billede af, hvordan en person opfatter, tolker og kommunikerer med omverdenen.

Personlighedstest vil jeg her kalde typeindikator. For det er det de er. En indikator på hvilken type vi hver især er. Af typeindikatorer kan nævnes den internationalt kendte Myers-Briggs Type Indikator MBTI® og dens pendant Jungiansk Type Indikator JTI®, som begge bygger på C. G. Jungs typeteori. Begge typeindikatormetoder deler persontyperne op i 16 forskellige typer med forskellige karaktertræk. Ingen af disse 16 typer er bedre end andre. Men der kan være persontyper, som passer bedre i visse jobfunktioner end andre.

At vi som mennesker er forskellige både fysisk og mentalt, kommer nok ikke bag på de fleste. Men jeg har et budskab i den forbindelse. Og det er, at vi skal have respekt for hinandens forskelligheder. I stedet for – som det nok sker "lidt" for ofte, at vi kommenterer at andre er underlige, tænker og opfører sig anderledes end vi selv – prøver at sætte os ind i andres tankegang, frem for at tage udgangspunkt i vores egen. Derfor kan det være særdeles frugtbart at kende til ens egen og andres personlighedstype og huske, at have respekt for at andre kan være skruet anderledes sammen end vi selv. Der findes udbydere af MBTI® og JTI® på landsplan.

>



Emnet personlighedstyper og jobpræferencer er stort og spændende. Derfor vil der i næste udgave af dette blad være en artikel, der har dette som selvstændigt emne.

Psykologisk debriefing/samtalegrupper

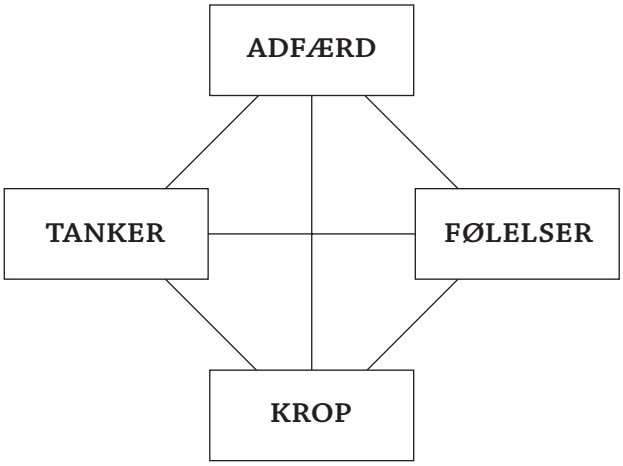
Indenfor sygehus- og sygeplejesektoren, kan det ofte være psykisk belastende at møde alvorlig sygdom og død i dagligdagen. Belastninger, som også kan føre til negativ stress og udbrændthed, og måske endda depression, eller anden form for psykisk ubalance/sygdom, hvis ikke der tages hensyn til de, der udsættes for disse påvirkninger.

Vi lever i en tid, hvor det for mange er svært at forholde sig til og tale om fx død, alvorlige fysiske sygdomme og psykiske lidelser i mild eller sværd grad. Vi har ikke så svært ved at forholde os til, at nogen måske har brækket et ben. Men når det gælder de andre områder jeg lige har nævnt, så stor det ofte sløjt til. I relation til psykisk arbejdsmiljø er det vigtigt, at der er nogle at tale med, hvad enten det er på jobbet, eller er en ekstern støttefunktion i form af fx tilknyttede krisepsykologer. På jobbet kan det fx være i form at samtale to og to, eller i grupper, hvor man kan tale om de oplevelser man har haft, fx i forbindelse med en kræftpatient og dennes pårørende.

Sygdomsforløb kan jo være meget forskellige, så der er ingen facitliste på, hvad der sker med en selv eller andre næste gang plejepersonalet møder en ny patient og dennes pårørende. Men det er vigtigt, at der er nogen til at tage hånd om plejepersonalet, patienterne og de pårørende, hvis man er ved eller er gået ned psykisk. At få talt om sine oplevelser kan være en rigtig god hjælp til at få bearbejdet sine tanker og følelser. Når vi rammes af negativ stress, voldsomt psykisk pres eller traumatiske oplevelser, kan der som sagt ske det, at vi mentalt og fysisk kommer i ubalance.

Kognitiv Coaching

I relation til netop psykisk arbejdsmiljø, er kognitiv coaching en meget effektiv metode til fx stresshåndtering, da metoden indbefatter både psyken og fysikken. Kognitiv coaching bygger på den bedst tilgængelige forskningsbaserede viden. At metoden er evidensbaseret betyder, at den er funderet på et videnskabeligt grundlag, hvilket dokumentere at metoden er så effektfuld. Både i kognitiv coaching og kognitiv terapi arbejdes der med tanker, følelser, krop og adfærd. Og det er de indbyrdes sammenhænge mellem tanker, følelser, krop og adfærd, der er en af nøglerne til metodens effektfuldhed.



Den kognitive model

Der kan læses mere om kognitiv coaching i bogen Kognitiv Coaching af cand.psych. aut., ph.D. Irene Henriette Oestrich og Kognitiv Coach Frank Johansen.

Se også anmeldelsen af bogen i dette nummer af bladet.

Har man lyst til at uddanne sig som kognitiv coach, så kan man kontakte Progressor A/S på telefon 70 20 60 40 eller på www.progressor.dk.

Undervisere på uddannelsen er Irene Oestrich og Frank Johansen.

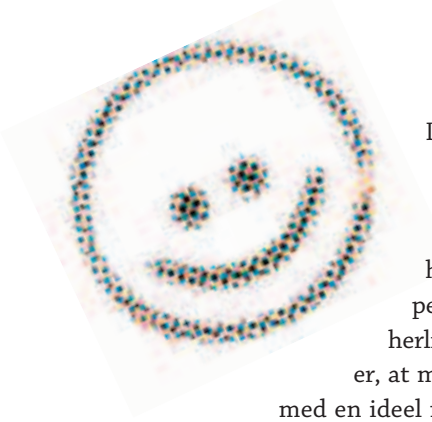
Uddannelsen er i både teori, princip og metode funderet i kognitiv terapi, der videnskabeligt er bevist som den hurtigst og bedst virkende metode til udvikling af mennesker. De kognitive metoder og kraftfulde psykologiske principper er oprindeligt udviklet til den kliniske verden, men anvendes i dag globalt til personlig udvikling samt forebyggelse og håndtering af stress.

Søren Axel Philippe Franck,
Konitiv Coach
Nitivej 14, 2000 Frederiksberg
Telefon: 3210 7575
Mobil: 2732 3210
E-mail: info@kognitiv-coach.dk

Anerkendelse, kompleksitet og magtkampe:

Hvor (gen-)findes arbejdsglæden?

Af Allan Holmgren



Den franske filosof og idehistoriker Michelle Foucault skriver, at samfundets normaltilstand er en krigslignende tilstand, hvor der altså konstant er kampe mellem forskellige parter. Det herligt befriende ved denne tanke er, at man slipper for at slæbe rundt med en ideel forestilling om, at normaltilstanden burde ånde fred og fordragelighed. Var det ikke en politiker, som engang sagde, at politik er som en krig blot ført med nye våben.

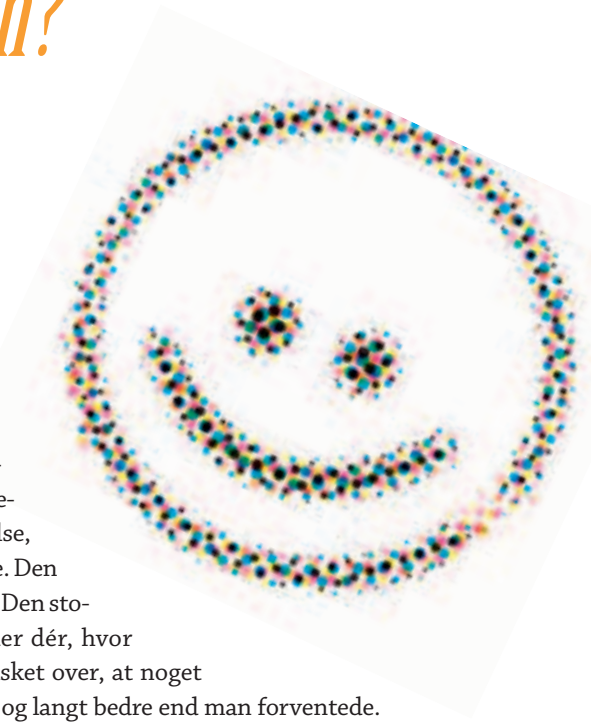
Den gamle græske filosof Platon skrev, at freden er baseret på den permanente krigstilstand. For athenerne var det afgørende vigtigt, at bevare deres frihed – ellers risikerede rent faktisk at blive slaver i Sparta.

Filosoffen Ludwigg Wittgenstein skrev, at der opstår problemer, når sproget tager på ferie, altså når man holder op med at tale sammen. Der skabes forbindelser, når man taler sammen. Der skabes muligvis forståelse, når man taler sammen. Men dette at tale sammen er ganske svært, for det kræver at man lytter til det, den anden eller de andre siger.

At lytte er måske noget af det sværeste i verden,

...for det kræver at man ikke er fyldt op af sine egne ord. Man kan ikke lytte med munden fuld af ord.

Når man føler, at man bliver lyttet til, så føler man sig ikke længere alene og måske ensom. Så skabes der grundlag for glæde. På arbejdspladsen er alfa og omega, at der er nogen der vil lytte uforbeholdent, uden skjulte dagsordener – det skaber arbejdsglæde, eller i al fald fundamentet for arbejdsglæde. Glæde er et stort ord. Hvis tingene går som man forventer, er der næppe den overraskende glæde, så er der nærmere en tilfredsstillelse, eller den lille glæde. Den har også sin plads. Den store glæde indtræder dér, hvor man bliver overrasket over, at noget pludselig gik godt og langt bedre end man forventede.



Arbejdsglæde optræder ikke blot, når noget går godt. Glæden optræder langt oftere, når man føler sig forbundet med andre, når der er nogen, der kan genkende det man siger, og når man føler, at man kan bidrage til andre på en måde, så man føler sig som en del af et fællesskab.

Der sker f.eks. kun læring i såkaldte generative fællesskaber, altså i fællesskaber, hvor man skaber noget sammen. Det er f.eks. et stort problem i FTF, at så mange af medlemmerne ikke føler, at de lærer noget på de kurser, de går på og som fagforbundene arrangerer. Man prøver at peppe kurserne, at lave alle mulige underholdende indslag og at få de bedste oplægsholdere. Men lige lidt hjælper det. Man lærer kun noget, siger sygeplejersker iflg pålidelige kilder, hvis der er opbakkende fællesskaber om nye praksisser og procedurer på ens arbejdsplads og – når der pludselig sker noget uventet, noget katastrofelignende, noget man ikke er forberedt på skulle ske og som man pindedød er tvunget til at finde ud af og at klare.

Hvis der i overvejende grad er magtkampe og intriger på arbejdspladsen; hvis man hele tiden skal kæmpe om, hvordan man nu skal gøre tingene eller om, hvem der bestemmer, kan der ikke skabes en atmosfære af nogenlunde tryghed og stabilitet, så der kan finde læring, udvikling eller bevægelse sted. Det paradoksale er, at hemmeligheden ved al forandring er stabilitet.

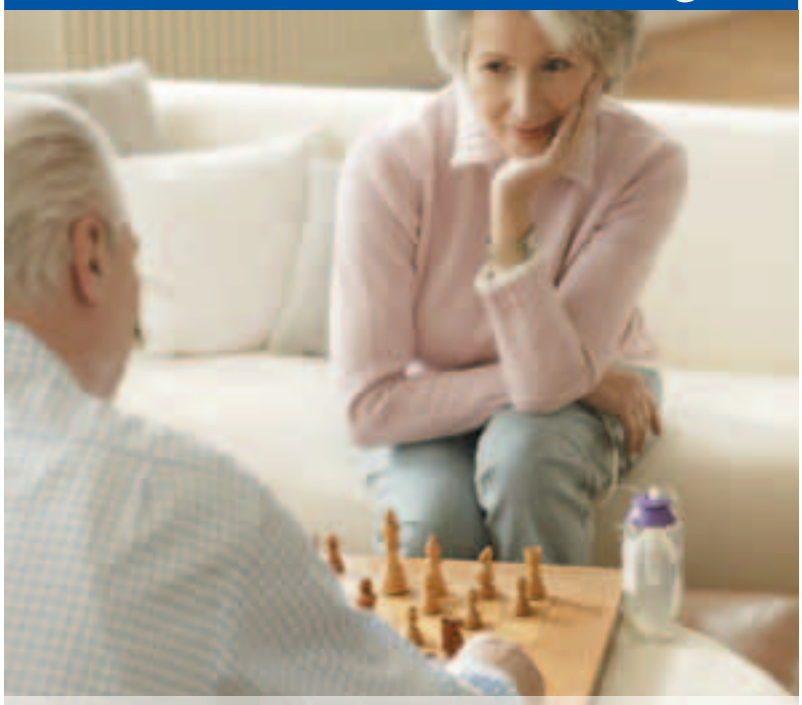
>

Der må og skal være et stabilt fundament for at der kan finde en udvikling sted

En af de processer, jeg har de bedste erfaringer med at anvende, når der skal skabes gensidig forståelse som et fundament for motivation og arbejdsglæde er det, som kaldes bevidning. Bevidning kræver at der er en eller flere, som åbenhjertigt vil fortælle om de problemer, sorger og bekymringer – eller glæder som optager personen. De, som lytter, er i en "publikumsposition". De lytter uden at have en kritisk holdning og uden at stille spørgsmålstegn ved det, som bliver fortalt. Når personen har fortalt færdigt, får "publikum" lov til at sige noget om, hvad de særligt har hæftet sig ved eller særligt er blevet tiltrukket af idet, som de har hørt. De bliver endvidere bedt om at relatere det, de har hørt, til deres egne erfaringerne og endelig bliver de bedt om at sige noget om, hvor de bliver bragt hen i deres eget liv af at lytte til det, som bliver fortalt. Personen, der startede med at fortælle, er nu i denne periode i en "publikumsposition". Der er altså ingen dialog mellem de implicerede. Kun lytning og bevægelse. Man taler primært om sig selv og fors'ger ikke at læse den eller de andres problemer. Man bliver beriget ved at relatere det, man har hørt til sit eget liv og sine egne erfaringer. Personen, der oprindeligt fortalte, bliver nu bedt om at sige noget om, hvor det har vragt vedkommende hen at lytte til "publikums" historier.

Denne proces kan fortsætte i lang tid. Det vigtige er, at der igennem denne proces genetableres identitet – forstået som genkendelse, så man tør tro på sine egne oplevelser og på sine erfaringer og fornemmelser. Det er hemmeligheden bag at (gen-)finde arbejdsglæden.

INTERMATE
til antibiotikabehandling



✓ Antibiotikabehandling i hjemmet
✓ Frihed under behandlingen
✓ Stabilitetsdata på antibiotika

MD2070707DK
Baxter A/S Gydevang 43 • 3450 Allerød
Tlf.: 4816 6400 • www.baxter.dk
Baxter

Health Creation

– En nøgle til sundhed og livsglæde for dig selv, for kræftpatienten og dennes pårørende.

V/ Annie Rasmussen,
Chief Clinical Operations Officer, sygeplejerske.

Du kender sikkert den dybe følelse og ønsket om at kunne gøre noget mere. Du har sikkert også oplevet de situationer, hvor du har savnet redskaber og samlede, strukturerede ressourcer at henvise til, hvor du vidste at det ville kunne gøre en forskel, som kom hele vejen rundt og samtidig aktiverede både patienternes og pårørendes egne ressourcer og selvansvarlighed.

Du kender sikkert også oplevelsen af, at du selv har behov for at få et løft og få fokus på dine ressourcer og finde nye alternativer, som kan tage i brug når dit helbred og energiniveau er påvirket.

Health Creation er et nyt sundhedsskabende koncept, der bygger på den holistiske filosofi; for at bevare sundhed, undgå sygdom eller opbygge dit helbred, må der tages vare på både krop, sind, ånd og omgivelserne mhp. igen at skabe balance og harmoni.

Konceptet består af 3 unikke interaktive og videnskabende hjælp-til-selvhjælpsprogrammer til 3 forskellige målgrupper.

- **Et Kræftprogram**, der henvender sig til mennesker, der for nylig har fået en kræftdiagnose, er i aktiv behandlingsperiode, får recidiv eller er i rehabiliteringsforløb
- **Et Pårørendeprogram**, der henvender sig til mennesker, der er nære pårørende eller er primær støtteperson til en kræftpatient
- **Et Sundhedsprogram**, der henvender sig til alle, syge som raske, der aktivt ønsker at skabe optimal sundhed og livsglæde.

  Sundhedsprogrammet er også udviklet til institutioner og virksomheder, der vil skabe en aktiv sundhedspolitik

Til programmerne er der desuden udviklet forskellige understøttende materialer: Cd'er, dvd, selvevalueringshæfter, handleplaner og understøttende håndbøger.

>

Programmerne tilbyder en struktureret, lærende og omsorgsfuld guiding. I en helhedsorienteret proces tilbydes redskaber vi længe har efterlyst. Der bliver lagt vægt på betydningen af, at den enkelte tager ansvar og gør en aktiv indsats. Ved sygdom lægges der stor vægt på samarbejde med det etablerede sundhedsvæsen og inddragelse af såvel konventionel behandling og pleje, som supplerende behandling og terapi, samt undervisning i og udøvelse af diverse selvhjælpsteknikker.

Klienter, der følger programmerne tilbyder desuden vejledning, støtte via specielt uddannede mentorer på hvert af de 3 programmer. Health Creation Denmark uddanner mentorer kontinuerligt.

Et af de redskaber der arbejdes med i Sundhedsprogrammet er 12 sundhedsprincipper i forhold til krop, psyke, ånd og omgivelser. Via en udførlig selvevaluering dannes et personligt sundhedsbillede på baggrund af 10 spørgsmål til hvert af de 12 principper.

Health Creation er udviklet af Dr. Rosy Daniel, en af Englands bedst kendte læger inden for integreret medicin. Hun har siden 1980'serne arbejdet intensivt med kræftpatienter og deres pårørende bl.a. på The Bristol Cancer Help Center. Programmerne er udviklet på baggrund af mange års erfaringer og studier. Hun er desuden forfatter til en lang række bøger hvoraf den sidste er "The Cancer Directory".

Jeg har arbejdet i mange år både i og udenfor sundhedsvæsenet, men mit fokus har altid været på kræftområdet. Jeg har set og beundret de "stærke" kræftpatienter og deres pårørende. Dem som på trods af givne livsvilkår alligevel lever et godt liv fyldt med livsglæde. Hvad gør disse ressourcestærke mennesker? Kan vi alle gøre det og kan vi hjælpe andre til at gøre det, hvis vi vidste hvordan?

Netop disse spørgsmål mener jeg, at vi i Health Creation kan give nogle svar på og medvirke til at give videre til de kræftsyge og deres pårørende, som ønsker det. Desuden vil sundhedsprogrammet give vejledning og redskaberne til et sundere og bedre liv – også til dig selv.

Formålet med plenum oplæget på landskurset er:

- At tilhørerne får en introduktion til de interaktive og vidensgivende hjælp-til-selvhjælps redskaber alle 3 programmer indeholder.
- At tilhørerne får en forståelse for hvorledes de kan arbejde med Health Creation som et sundhedsskabende koncept; i forhold til sig selv, i forhold til mennesker der er syge eller i en rehabiliteringsfase efter et sygdomsforløb, samt til pårørende.
- At tilhørerne får en opmærksomhed på hvorledes Kræft- og Pårørendeprogrammet kan være et løft, til kræftpatienter og deres pårørende fra tidlig start af et diagnose forløb til en veloverstået rehabiliteringsforløb.

Formålet med Workshoppen:

- At deltagerne udarbejder deres eget sundhedsbillede og på basis heraf inspireres til at udarbejde sundhedsmål og handleplan

Cytostatika og forholdsreglerne til beskyttelse af personalet

Er de gode nok?

V/ Centerchefsygeplejerske Jeanette Bech, Rigshospitalet – Finsencentret og arbejdsmiljø-sygeplejerske Christine Wolff, Bispebjerg Hospital.

Baggrund

Indenfor det danske sygehusvæsen håndteres der hver dag et stort antal forskellige cytostatika. Velvidende disse stoffers mutagene, kræftfremkaldende og fosterskadende effekter, har der siden 1982 været en restriktiv AT- Anvisning vedr. forholdsregler for personalets håndtering af cytostatika. I det tidligere HS (Hovedstadens Sygehusfællesskab) er de affødte forholdsregler senest revideret i 2005.

Heri fremgår det bl.a., at personalet skal anvende langærmet overtrækskittel med manchet og latexhandsker ved kontakt med cytostatika eller ved risiko for kontakt ved administration af stofferne og i plejen af patienterne.[1]

I 2005 blev en hollandsk undersøgelse publiceret.[2] Undersøgelsen viste, at personale fra udvalgte afdelinger var kontamineret med cytostatika i form af Cyklophosphamid (CP) og Ifosfamid(IF).

Der blev aktuelt fundet CP på huden af de inkluderede sygeplejersker efter skiftning af sengetøj og sengebadning af patienterne. Forekomsten var størst på hænder og underarme. Der konstateredes endvidere en potentiel risiko for kontaminering i forbindelse med urinhåndtering.

På baggrund af denne undersøgelse ønskede Centerledelsen i Finsencentret – Rigshospitalet en undersøgelse af, hvorvidt personalet i onkologisk- og hæmatologisk klinik bliver /er i risiko for at blive kontamineret med cytostatika.

CP og IF skulle anvendes som eksponeringsmarkører og Yrkes- og Miljømedicinsk klinik i Lund blev derfor kontaktet. Yrkeshygiejniker M. Hedmer havde i 2006 publiseret en PhD afhandling baseret på en række undersøgelser, hvor hun havde fundet og valideret metoder til påvisning af CP og IF forurening på overflader, samt i biomarkører i urin og plasma.[3]

Formål med undersøgelsen i onkologisk og hæmatologisk klinik var at undersøge

- om sygeplejersker er kontamineret med CP /IF efter administration eller udelukkende pleje af patienter i behandling
- om rengøringspersonalet er kontamineret i forbindelse med rengøring, hvor der er patienter i behandling
- om og hvorfra personalet er i potentiel risiko for at blive kontamineret

Metode

Undersøgelsen blev planlagt som en prospektiv case-kontrol stik prøveundersøgelse og i alt 25 medarbejdere fra de nævnte afdelinger deltog, inkl. en kontrolgruppe på 6 per-

>

soner. Undersøgelsen blev gennemført på gruppeniveau. Inklusionskriterier var, at de undersøgte to dage i træk havde håndteret og/eller været eksponeret for CP/IF. Endvidere skulle de anvende beskyttelsesudstyr ifølge HS/Rigshospitalets forholdsreglerne.

Alle deltagerne udfyldte et spørgeskema vedr. eksponeringsforhold dagen før og på dagen for urinopsamling, samt en række spørgsmål om det anvendte beskyttelsesudstyr.

Deltagerne opsamlede urin i de sidste 4 timer af en arbejdsdag i 2 dage.

4 forskellige afsnit blev udvalgt til undersøgelser med henblik på forekomst af miljøkontamination af CP og IF. Der blev taget en lang række overfladeprøver fra gulve, arbejdsborde, sengeborde, dørhåndtag og lignende overflader.

Urin- overfladeprøver blev analyseret blindt og i tilfældig orden undersøgt med væskekromatografi med koblet tandem til masse spektrometri.

Resultater

> *Beskyttelsesudstyr*

Besvarelserne viste at ikke alle overholder de givne forholdsregler. Flere anvendte vinylhandsker i stedet for de mere sikre latexhandsker, nogle sygeplejersker har ikke anvendt overtrækskittel, og to har ej heller anvendt handsker. Med hensyn til rengøringspersonalet har ingen fuldt ud anvendt det fornødne beskyttelsesudstyr.

I forbindelse med monitoreringen var der kun 1 enkelt sygeplejerske, der havde håndteret urin fra behandlede patienter. Dette tyder på at denne opgave ikke udføres særligt ofte, hvilket er i overensstemmelse med forholdsreglerne.

> *Biologisk monitorering*

Intet indhold af hverken CP eller IF kunne detekteres i de indsamlede urinprøver.

> *Overfladekontamination*

På hovedparten af gulvene fandtes lave indhold fra såvel CP og IF. Forhøjede indholdsværdier fandtes på gulve og håndtag på patienttoiletter og sengestuer samt øvrige overflader på patienttoiletter og patientstuer. Dette er forventeligt, da stofferne udskilles i urin samt ved sved og opkastning. Ubeskyttet kontakt til f.eks. et håndtag kan give anledning til optagelse via huden, og personalet har derved en potentiel risiko for at blive eksponeret. Andre overflader, hvor der er en mindre risiko for kontaminering er betjeningspaneler, dråbetællere, affaldslåg og infusionsposer med cytostatikaindhold.

Konklusion

Denne undersøgelse har ikke kunnet vise, at sygeplejersker, der administrerer cytostatika og plejer patienter i behandling, er forurenede med cytostatika. Dette gælder også rengøringspersonale i de pågældende afsnit.

På hovedparten af de undersøgte flader fandtes CP og IF forurening på lave niveauer og højest på toiletter og sengestuer. Dette fund udgør en potentiel risiko specielt for rengøringspersonalet.

Det overordnede budskab for alle grupper af medarbejdere er, at

- der er med overholdelse af nugældende sikkerhedsforanstaltninger (gældende for Rigshospitalet) ikke nogen udsættes for kontaminering med cytostatika.
- det understreges, at gældende arbejdsmiljøforanstaltninger **skal** overholdes
- der er ikke alternative arbejdsmiljøforanstaltninger, der kan erstatte brug af personlige værnemidler.

NB Analysemetoder og resultater er detaljeret beskrevet i den udarbejdede rapport.[4]

Yderligere kontakt / Rapporten kan rekvireres hos centerchefsygeplejerske Jeanette Bech

Finsencentret – afsnit 5074, Rigshospitalet
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.

telefon 35454602
jeanette.bech@rh.regionh.dk

Referencer

1. Cytostatikabehandling- forholdsregler. Tværgående instruks. Udgivet af Hovedstadens Sygehusfælleskab. København 2005
2. Fransman W,Vermeulen R,Kromhout H. Dermal exposure to cyclophosphamide in hospitals during preparation, nursing and cleaning activities. Int Arch Occup Health 2005;78:403-12
3. Hedmer M. Monitoring of occupational exposure to antineoplastic drugs. Akademisk afhandling (PhD). Yrkes- och miljömedicin, Universitetssjukhuset i Lund. 2006:56
4. Cytostatikamålinger i Finsencentret. Rigshospitalet november/december 2006

Gør snublesten til trædesten

Afdækning af Dallund-kursisters ønsker om rehabiliteringstilbud i Nordjyllands Amt (nu Region Nordjylland)

V/ Mette Ingstrup, sygeplejerske, cand. pæd. psyk., psykolog hos Kræftens Bekæmpelse, Aalborg og underviser på Sundheds CVU Nordjylland, sygeplejerskeuddannelsen Vendsyssel

Bente Jensen, sygeplejerske, souschef onkologisk afdeling D2, Aalborg sygehus

I 2005 blev der afholdt en støttekoncert for Kræftens Bekæmpelse i Aalborg med Niels Hausgaard. Lokalforeningen besluttede, at overskuddet på 50.000 kr. skulle doneres til Rehabiliteringscenter Dallund. Pengene blev øremærkede til et projekt, der skulle fokusere på kursister fra Nordjyllands Amt, som havde været på Dallund.

På daværende tidspunkt fandtes ingen tilbud om rehabiliterende opfølgning til kursister, der havde været på Dallund, ligesom der ikke var tradition for erfaringsudveksling mellem kræftrådgivningen i Aalborg, Onkologisk afdeling i Aalborg og Dallund.

Hensigten med projektet blev dels at etablere samarbejde mellem disse tre instanser og dels at tilbyde en gruppe tidligere Dallund-kursister en opfølgnings-temadag for at undersøge, hvilke ønsker og behov de havde haft efter kursusopholdet på Dallund.

Derfor blev der nedsat en projektgruppe med bred repræsentation fra alle tre instanser.

Etablering af samarbejdet i projektgruppen

På Dallund deltog vi i ordinære kurser for kræftpatienter. Ud over at få et fantastisk indblik i den høje faglighed i kursusforløbene, den enestående stemning og de eventyrlige omgivelser på slottet, fik vi mulighed for at lære de andre projektgruppemedlemmer at kende og få etableret begyndelsen på samarbejdet.

Som optakt til samarbejdet i projektet blev medlemmerne i projektgruppen inviteret på et 3-dages kursus på Rehabiliteringscenter Dallund – 4 personer ad gangen.

Rehabiliteringscenter Dallund er et gammelt slot i et meget naturskønt område nær Odense, hvor kræftpatienter kan tilbydes et 6-dages kursusophold.

Læs mere på www.dallund.dk.

På Dallund deltog vi i ordinære kurser for kræftpatienter. Ud over at få et fantastisk indblik i den høje faglighed i kursusforløbene, den enestående stemning og de eventyrlige omgivelser på slottet, fik vi mulighed for at lære de andre projektgruppemedlemmer at kende og få etableret begyndelsen på samarbejdet.

Dette betragtede vi som overvældende flot i betragtning af, at det foregik i december måned og at mange af kursisterne boede forholdsvist langt fra Aalborg.

Efter Dallund-opholdet mødtes vi i projektgruppen. Det næste skridt blev herefter at invitere tidligere Dallundkursister fra Nordjyllands Amt til en temadag. Vi valgte at invitere kursister fra perioden august 2005 til oktober 2006 for at arbejde med en forholdsvis afgrænset gruppe. I alt inviterede vi 97 personer. Ud af disse fik vi 36 tilmeldinger. Dette betragtede vi som overvældende flot i betragtning af, at det foregik i december måned og at mange af kursisterne boede forholdsvist langt fra Aalborg.

Temadagen for de tidligere Dallund-kursister som Café-seminar

Vi valgte at kalde temadagen for "Gør snublesten til trædesten" for at symbolisere, at vi netop gerne ville have fokus på nogle af de "snublesten", som mange kræftpatienter oplever i deres rehabilitering, og få inspiration til, hvordan disse kunne vendes til "trædesten".

>

Temadagen fandt sted d. 5. december 2006 fra kl. 17 til kl. 21 i Kræftrådgivningens lokaler i Aalborg.

Hensigten med temadagen var todelt. For det første ønskede vi at skabe en god oplevelse for deltagerne og at give dem mulighed for at udveksle erfaringer med hinanden om deres rehabilitering efter Dallundopholdet. For det andet ønskede vi at få belyst deltagernes ønsker og behov i relation til rehabilitering.

Vi valgte at kalde temadagen for "Gør snublesten til trædesten" for at symbolisere, at vi netop gerne ville have fokus på nogle af de "snublesten", som mange kræftpatienter oplever i deres rehabilitering, og få inspiration til, hvordan disse kunne vendes til "trædesten".

Desuden havde "værten" til opgave at opfange og nedskrive de ideer og informationer, der kom frem i gruppen.

Vi valgte at strukturere mødet som et Café-seminar. Det betød, at deltagerne blev tilfældigt delt i 6 grupper, der sad i det samme store lokale. Hvert bord havde en "vært", som her var én fra projekt-gruppen, hvis vigtigste opgave det var, at skabe forudsætningerne for en god dialog ved bl.a. at formulere spørgsmål og holde fokus.

Desuden havde "værten" til opgave at opfange og nedskrive de ideer og informationer, der kom frem i gruppen. Ideen bag Café-seminaret er, at en større gruppe mennesker får mulighed for at lytte til hinanden og bygge videre på hinandens tanker og idéer mod en dybere forståelse og mod ny viden og sammenhæng i et tema.

Derfor er det også vigtigt, at grupperne blandes i løbet af processen. Dette foregik ved, at gruppemedlemmer – efter et sindrigt system – gik på besøg hos hinanden. Herved blev der skabt nye grupper og derfor en ny dialog, hvor "de nye" og "de gamle" i gruppen udvekslede deres erfaringer og synspunkter.

Grupperne blev blandet i alt 3 gange. Det viste sig at være en meget spændende og udbytterig måde at arbejde på, både for deltagerne og os i projektgruppen.

Fokus i Café-grupperne skulle først og fremmest være, at få viden om kursisternes oplevelse af behov for rehabilitering

Rigtig mange kursister gav efter mødet udtryk for, at de havde været rigtig glade for at mødes, og at det havde været næsten ligesom at genopleve lidt "Dallund-stemning" igen.

Fokus i Café-grupperne skulle først og fremmest være, at få viden om kursisternes oplevelse af behov for rehabilitering efter Dallundopholdet samt oplevelsen af udbyttet under Dallundopholdet, som udgangspunkt for deres videre rehabilitering. For ikke at hæmme processen i grupperne, valgte vi ikke at strukturere spørgsmålene for meget.

Tendenser fra gruppedrøftelserne på temadagen

Der tegnede sig nogle meget tydelige tendenser efter drøftelserne i de forskellige grupper.Vi har valgt at gengive disse her ved at inddele tendenserne i tre hovedområder, nemlig

"Oplevelser af udbyttet af Dallundopholdet",
"Ønsker om rehabiliteringstilbud efter Dallundopholdet"
og
"Problemstillinger i relation til sygehusindlæggelsen og tiden derefter".

Det sidstnævnte område var oprindelig ikke en del af temaet, men da det fyldte meget hos deltagerne, vælger vi at medtage det her.

Oplevelser af udbyttet af Dallundopholdet:

- For Dallundkursisterne havde det været meget vigtigt at møde ligestillede, der kunne forstå én på en anden måde end familie og venner, der ikke selv havde prøvet at have kræft og været i behandling for dette. Det sociale samvær med de andre kursister blev oplevet, som meget givende.
- Psykisk var det meget hårdt, da der blev åbnet for meget – men også godt for de fleste. Det var rigtig godt at føle, at man blev taget hånd om, og at man havde tid til at koncentrere sig om sig selv. Nogle gav udtryk for, at de var blevet bedre til at acceptere sygdommen, bedre til at sige fra og bedre til at lytte til sig selv.
- Fysisk var Dallundopholdet godt og intenst og gav stor bevidsthed om og motivation til at ændre kost- og motionsvaner og til at komme i gang igen. Det var rigtig godt at blive udfordret fysisk og få en følelse af at kunne holde til det. For de kursister, der senere deltog i "Sundhed i Bevægelse" (Haraldslund i Aalborg) var oplevelsen, at de var mere udfarende, turde gribe flere udfordringer og bedre kendte deres grænser, end de der ikke havde været på Dallund.
- Rigtig mange gav udtryk for, at de var meget glade for de handleplaner, de havde udarbejdet under kursusopholdet på Dallund.

Ønsker om rehabiliteringstilbud efter Dallundopholdet:

- Mange havde glæde af handleplanerne, men flere gav udtryk for, at de manglede hjælp og støtte til at gennemføre planerne, og foreslog muligheden for tilknytning til en kontaktperson. Andre havde oplevet en nedtur da de kom hjem. Det var så intenst et ophold og derhjem-

me var der ingenting. Nogle var meget overraskede og flove over det og ville gerne have været forberedt på, at det kunne ske, og hvad man kunne gøre ved det. En del enlige oplevede, at de havde et andet behov end de, der levede i parforhold, og ønskede at der kunne etableres særlige tilbud til dem. Flere gav også udtryk for, at der manglede pårørende-tilbud. De pårørende kan ofte føle sig lidt "ude på sidelinien" og have svært ved at håndtere pårørende-rollen. Rigtig mange havde svært ved at finde tilbudene i deres lokalområde og ønskede en eller anden form for formidling af disse – et eller andet centralt sted, hvor man kan se, hvilke muligheder man har.

Nogle ønskede hjælp til etablering af en form for lokale netværksgrupper, hvor man kunne mødes og lære andre kræftramte at kende. Der var ikke enighed om grupperne udelukkende skulle bestå af tidligere Dallundkursister eller af kræftpatienter generelt, men der var bred enighed om, at det var særdeles vigtigt med etablering af flere lokale tilbud. Når man er kræftpatient kan der være meget langt til Aalborg fra Års, Ålbæk, Brovst, Brønderslev, Hjørring eller Hirtshals.

...havde et stort ønske om at der kunne etableres lignende tilbud i deres lokalområde eller en form for "Dallund-light", som en kursist kaldte det.

» Stort set alle ville ønske en eller anden opfølgning på Dallundopholdet, f.eks. efter ½ eller 1 år – eller evt. mødes et andet sted. Nogle kursister havde etableret et netværk via udveksling af e-mail-adresser, som de gav videre som en god idé. De der havde tilknytning til patientforeninger oplevede at få stor hjælp her. Det var en helt klar tendens, at de, der følte sig bedst hjulpet var de kursister, der var tilknyttet "Sundhed i bevægelse" (Haraldslund). De kursister på temaaftenen, der ikke havde hørt om "Sundhed i bevægelse" eller boede for langt fra Aalborg, havde et stort ønske om at der kunne etableres lignende tilbud i deres lokalområde eller en form for "Dallund-light", som en kursist kaldte det.

Alle kursister var enige om, at det, man helt konkret ønskede sig, var et tilbud med følgende indhold:

» Fysisk aktivitet i en eller anden form
» Afspænding / wellness
» Socialt samvær
» "Noget til hovedet" af en eller anden art – foredrag, diskussion el.lign.

Problemer inden Dallundopholdet

» Kursisterne udtrykte stor usikkerhed i forhold til at komme videre i livet. Mange oplevede at befinde sig i en slags ingenmandsland, når behandlingen var ovre. Sygdommen var måske væk, men konsekvenserne af at være kræftpatient sad tilbage i både krop og sjæl. Omgivelserne har ofte en forventning om, at livet kan fortsætte som tidligere, men både mentalt og fysisk føler kræftpatienten sig langt fra som den samme.

» Dilemma i forhold til sygehusopholdet: Mange vil på den ene side gerne have mange oplysninger. På den anden side, føler de sig ikke i stand til at modtage dem og glemmer måske det meste. Der var mange, der gerne ville have at sygehusene blev bedre til at informere om tilbud efter indlæggelsen og samtidig var der mange, der syntes, at de fik for mange pjecer for tidligt.

» Mange gav udtryk for en vis mistillid til kontrolundersøgelserne på sygehusene, dels fordi der er afsat meget kort tid og at samtalerne her opleves meget overfladiske, og dels fordi de ikke oplever, at man undersøger særlig grundigt. Endvidere udtrykte mange at det ofte var et problem med de ikke-dansktalende læger.

» Enkelte kursister kunne have ønsket sig en aktiv opfølgning et stykke tid efter indlæggelsen, hvor en kontaktperson ringede og spurgte hvordan han/hun havde det nu, og om der var brug for information/støtte. Flere ville ønske, at der kom frivillige på sygehusene.

Hvad har vi lært af projektet?

Det har været meget udfordrende og spændende at arbejde med dette projekt. Det var en rigtig spændende og sjov temaaften og som professionel var det en stor udfordring af få det hele til at forløbe så alle deltagere kom til orde og oplevede aftenen som interessant og vedkommende.

Det er nu vores store håb, at kommunerne går aktivt ind i etablering af rehabiliteringstilbud

Det er nu vores store håb, at kommunerne går aktivt ind i etablering af rehabiliteringstilbud, der kan honorere nogle af de ønsker og behov, som vi nu ved, at mange kræftpatienter har. Via Kræftens Bekæmpelses hjemmeside, vil vi henvende os til kommunerne med vores anbefalinger.

Ligeledes har det været spændende at etablere et samarbejde mellem Kræftafdelingen på Aalborg Sygehus, Kræftens Bekæmpelse i Aalborg og Dallund. Det har været godt, at lære hinanden og hinandens arbejde og kompetencer bedre at kende. Det vil vi kunne drage nytte af i vores fortsatte samarbejde, som vi meget gerne vil styrke fremover til glæde for de kræftramte mennesker vi kommer i kontakt med.

>

Projektgruppen bestod af følgende fagpersoner:

- Anne Winther
  (Oversygeplejerske, Onkologisk Afdeling)
- Bente Jensen
  (Souschef, D2, Onkologisk Afdeling)
- Anne Albeck
  (Uddannelsesansvarlig, Stråleterapien, Onkologisk Afdeling)
- Birgith Pedersen
  (Udviklingssygeplejerske, Onkologisk Afdeling)
- Kirsten Wendelboe
  (Afdelingssygeplejerske, D1, Onkologisk Afdeling)
- John Overgaard
  (Leder af Kræftrådgivningen i Region Nordjylland, Aalborg)
- Inge Kaldahl
  (Rådgiver i Kræftrådgivningen i Region Nordjylland, Aalborg)
- Stefan Paschke
  (Frivilligkonsulent i Kræftrådgivningen i Region Nordjylland, Aalborg)
- Mette Ingstrup
  (Rådgiver i Kræftrådgivningen i Region Nordjylland, Aalborg)
- Jan Tofte
  (Socialrådgiver på Rehabiliteringscenter Dallund)

Gruppen blev senere udvidet med:

- Lone Olsen
  (Regionskonsulent i Kræftens Bekæmpelse, Region Nordjylland)

Hvad er Rehabiliteringscenter Dallund?

Projekt Dallund var oprindelig et femårigt interventions- og forskningsprojekt under Kræftens Bekæmpelse med det formål at finde modeller for kræftrehabilitering, sådan at rehabilitering kan integreres i det enkelte patientforløb. Projektet skulle forløbe i perioden 2001-2006.

Projektet er imidlertid blevet forlænget indtil udgangen af 2008 og herefter bliver det formentlig permanent i en eller anden form.

Slottet Dallund ligger i et meget naturskønt område i Søndersø ca. 10-15 km. fra Odense.

Kursisterne på Dallund tilbydes et 6 dages ophold med et fastlagt program. Nogle af kurserne er kun for kvinder andre er blandede og på nogle kurser er det muligt at have sin ægtefælle med. Nogle kurser er forbeholdt bestemte diagnoser andre er blandede.

Kursisterne skal være færdigbehandlede (undtagelse er hormonbehandling og kemoterapi med tabletter) og man skal være selvhjulpen og kunne gå på trapper.

Der kan være 20 kursister på et hold.

Formålet er, at give den enkelte kursist viden, handlemuligheder og støtte, så tilværelsen kan fortsætte på den bedst mulige måde med de forandringer og begrænsninger, som sygdommen har medført fysisk, psykisk, socialt og eksistentielt.

Kurset er meget koncentreret og intensivt og indeholder undervisning, fysisk træning/afspænding, gruppesamtaler, individuelle samtaler og socialt samvær.

Undervisningen varetages i ugens løb typisk af en læge (hvad er kræft?), en psykolog (kræft og psykiske reaktioner), en diætist (kost og kræft), en socialrådgiver (tilbage til arbejdet – og hvad så?), en fysioterapeut (fysisk aktivitet og kræft), en sexolog (seksualitet og kræft) og en præst (tro, håb og kærlighed og kræft). Den sidste aften er der "Fest på slottet". Kurset afsluttes med at alle kursister udarbejder en handleplan, som skal være vejledende i det videre rehabiliteringsforløb.

Yderligere oplysninger: www.cancer.dk/Dallund

Hvorfor er det vigtigt at have fokus på rehabilitering?

I de seneste år har der i Danmark været et øget fokus på vigtigheden af rehabilitering af kræftpatienter.

I 2004 udkom Hvidbogen om rehabilitering i Danmark. Dette arbejde omhandler i princippet alle i Danmark med et rehabiliteringsbehov og ikke kun kræftrehabilitering. Hvidbogen danner dog et godt afsæt for en definition af begrebet "kræftrehabilitering":
"Kræftrehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en kræftpatient, pårørende og fagfolk. Formålet er, at kræftpatienten, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på kræftpatientens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats."
(*www.marselisborcentret.dk* – Om rehabilitering)

I Nordisk Cancer Union har man arbejdet med formålet for kræftrehabilitering, og det er:

- at bevare eller fremme livskvalitet samt at genvinde tidligere funktionsniveau eller opnå højst mulig funktionsevne,
- at forebygge tilbagefald, senfølger eller yderligere reduktion i funktionsevnen,
- at kunne leve med varige funktionsnedsættelser og at fremme sundhed ved at kunne mestre situationen og
- at den individuelle rehabiliteringsplan tilrettelægges i tæt dialog med kræftpatienten således at der arbejdes med den enkeltes egne ressourcer og en styrkelse heraf.

Ifølge Nordisk Cancer Union (NCU) er behovet for rehabilitering af cancerpatienter stigende. Det hænger sammen med, at flere og flere får konstateret kræft. Desuden er antallet af patienter, der overlever sygdommen stigende, ligesom mange lever i længere tid med deres kræftsygdom.

Kræftsygdommen i sig selv og behandlingen giver fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle følgevirkninger. Hvis ikke der tilbydes en samlet rehabiliteringsindsats i tide, kan mange patienter efterfølgende have svært ved at fungere i hverdagen eller klare et arbejde.

(Læs mere i "Fra Behov til Tilbud. Rehabilitering af patienter med kræft", Nordisk Cancer Union, 2004. www.cancer.dk)

Hvad er "Sundhed i bevægelse"?

"Sundhed i bevægelse" er et tilbud om forebyggende fysisk træning og sociale aktiviteter for mennesker, som har eller har haft kræft.

Tilbuddet bygger på et fællesskab med ligestillede for at øge livskvaliteten og motivere til en aktiv og sund livsstil og finder sted 3 timer to gange om ugen i Haraldslund Vand- og Kulturhus i Aalborg.

Aktiviteterne ledes af en professionel instruktør og består af effektiv helhedstræning i et roligt tempo, afspænding, yoga og Chi Gong. Der ud over vil frivillige fra Kræftens Bekæmpelse være klar til at støtte op om aktiviteterne.

Hver træningsdag afsluttes med fælles kaffe/the og hjemmebagte boller. Dette er tænkt som det sted, hvor der kan knyttes nye venskaber og etableres netværk.

Læs mere på www.cancer.dk
(Motion – Kræft og fysisk aktivitet
– Motion og kræftpatienter – Aktivitet for kræftpatienter
– Sundhed i bevægelse)

Mette Ingstrup,

Mail: mette.ingstrup@scvun.dk

Bente Jensen,

Mail: bente.a.jensen@rn.dk

Alderdommen – *hvad synes vi om den?*

Af Rose Conrad; SIG Palliation; Oktober 2006

I 2004 valgte man i FSK at alle SIG grupper skulle beskæftige sig med "Den ældre kræftpatient". Dette emne var således også temaet på FSK´s landskursus samme år. SIG Palliation udarbejdede derfor en poster med titlen: ***"Se mennesket – mødet med det ældre menneske."*** *I denne artikel sættes der fokus på vor viden om ældre baseret på det arbejde, der blev foretaget i forbindelse med udarbejdelsen af posteren.*

To af oldtidens berømte filosoffer Aristoteles og Platon havde hver sin opfattelse af ældre. Disse opfattelser har stor indflydelse på den almene meningsdannelse.

Aristoteles betragtede alderdommen med afsky, og for ham var alderdommen ensbetydende med forfald og sygdom. Platon derimod så på alderdommen som en periode af livet, der er præget af livsvisdom og erfaring. Disse to modpoler har haft stor indflydelse på opfattelsen af ældre. Vores opfattelse er, at ældre er lige så forskellige som andre mennesker og den betragtning indeholder lidt fra begge synspunkter.

For ikke at møde den ældre med Aristoteles opfattelse af alderdommen, er det nødvendigt at have kendskab til den normale aldring. Gerontologien er læring om aldring og ældrelivet i bredeste forstand. Alder kan beskrives forskelligt. Nogle siger, at vi er "ældre" fra 65 til 80 år, og bliver vi mere end 80 år, betegnes vi som "gamle".

Alderen siger ikke noget om vores evne til at tilpasse os de livsvilkår, der kommer, når kropsfunktioner begynder at aftage.

Der sker en mængde ændringer i vores krop. Vore sanser ændres, hændernes berøringssans bliver ringere, lugtesansen svækkes og synet og hørelsen aftager. Svækkelsen af disse sanser er medvirkende til, at den ældre ofte kan have svært ved at følge samtaler, især når der er flere personer i rummet. Vor kognitive forståelse, tænkning og meningsdannelse er også udsat for aldring.

Perceptionshukommelsen danner indgangen til hukommelsessystemet, og er resultatet af menneskets evne til at iagttage, modtage og analyserer information. Ved stigende alder og ved samtidig nedsættelse af syn, hørelse og evnen til hurtigt at opfatte ydre stimuli, påvirkes det enkelte menneskes evne til at klare dagligdagens funktioner.

Helbred og funktionsevne har således en række aldersbetingede biologiske forudsætninger, som dog kan styrkes af gode mestringsevner, samt et trygt og omsorgsfuld nærvær. Når vi er ældre og rammes af sygdom, er det i høj grad vores mestringsevner, der kommer i spil. At skifte social position fra livslang selvhjulpenhed til fysisk hjælpeløshed er en gigantisk eksistentiel udfordring. Vores måde at tackle sygdom og kriser i vores liv på, er i høj grad afhængig af vores måde, at mestre tingene på.

"Mestring" kan ifølge Richard S. Lazarus defineres således: *"Kontinuerlige skiftende kognitive og adfærdsmæssige anstrengelser for at klare specifikke ydre og indre krav, der vurderes krævende, eller som overstiger personernes ressourcer."*

Når vi bliver syge og måske afhængige af andre, kan vores integritet blive truet ligegyldigt hvilken alder vi har.

Livsformer

Når vi møder et ældre menneske, må vi ikke glemme, at se hele mennesket foran os – det hele levede liv. Vi bør se på alderdommen og den ældre, med Platons øjne, som et livsafsnit præget af livsvisdom og erfaring. For bedre at kunne forstå dette, kan det være en hjælp at have kendskab til teorien om livsformer.[1]

De selvstændiges livsform

Denne livsforms ideal handler om at være herre i eget hus. Man værdsætter frihed og selvstændighed og ønsker at være så uafhængig som mulig. Personerne fra denne livsform vil ved sygdom kunne benytte sig af sit eget netværk, da man her er vant til at samarbejde. De vil samtidig forvente et ligeværdigt teamwork med sundhedspersonalet.

Den karrierebundne livsform

Denne livsform udbyder sin arbejdskraft på et marked. Denne arbejdskraft er endividuel og i stærk konkurrence med andre på markedet. Denne livsform vil ved sygdom stille krav om højt informations niveau og medindflydelse på behandlings tilbud. Derfor vil denne livsform foretrække at møde specialister og også sammenligne tilbud fra forskellige specialister.

Lønmodtagerlivsformen

Personer fra denne livsform er karakteriseret ved at levere sin arbejdskraft. Lønnen er midlet til at realiserer sig selv. Ved sygdom forventes en solidarisk behandling og pleje, samt at de professionelle ved, hvad der er bedst.

Husmoderlivsformen

Her komplementeres lønmodtager livsformen, og man er nærmere betegnet et bagland. Det primære er at tage vare på og have omsorg for familiens trivsel som helhed. Denne livsform kan ved sygdom og behov for hjælp i hjemmet opleve at miste domæne. De kan have svært ved at acceptere andre professionelle omsorgsgivere, da de selv føler sig mere kompetente.

Baglandsformen

Denne livsform komplementerer karriere livsformen, hvor den vigtige funktion er at støtte karrierepersonen. At stå for det kreative og æstetiske. I forhold til sygdom vil denne livsform forvente at blive serviceret. Det æstetiske vil have betydning og være afgørende for, at personen kan bevare autonomien.

Investor livsformen

Denne livsform er man optaget af serviceydelser til store virksomheder, rente og udbyttebeskatning. Her vil man sympatisere med tanken om et sundhedsvæsen på markedsvilkår, med krav om effektivitet og rationaliseringer: og forventninger om medindflydelse og valgfrihed.

Sammenfattende kan man sige at der i det danske samfund eksisterer mange blandingsformer og overordnet set, kan man sige der eksisterer to grupper borgere med modsatrettede krav til sundhedsvæsenet.

De som ønsker hjælp til at bære ansvaret og oplever kvalitet ved at få indfriet professionel hjælp, og de som selv ønsker at være opsøgende og rådføre sig med de professionelle for at træffe kvalificerede valg.

Når vi har disse livsformer i tankerne, har vi mulighed for bedre kunne forstå den ældre. De mønstre og karakteristika livsformerne repræsenterer, kan supplere den individuelle livshistorie. Analyseredskabet kan således være med til at kvalificere indsatsen med henblik på at understøtte den enkeltes værdighed.

Netværk

Netværket kan også være med til at afdække den ældres ressourcer. Det kan således være med til øge indsatsen overfor den ældre og måske skabe nye netværksrelationer i form af støtte fra "Det tredje netværk". Det sociale netværk består af relationer mellem mennesker. Måden vi har kontakt til andre på. Netværksrelationer kan inddeles i følgende systemer:

>

Det uformelle Netværk (primære) det består af slægt, naboer og venskaber.

Det formelle Netværk (sekundære) består af forskellige professionelle kontakter, eksempelvis sygeplejersker, læge samt sociale og sundhedsmæssige organisationer..

"Det tredje netværk" ligger mellem det formelle og det uformelle netværk. Det består af frivillige og kommercielle ordninger.

De kommercielle ordninger er private hospitaler, rekreationshjem, forsikringssystemer og rådgivninger.

De frivillige ordninger er velgørende organisationer, hvor der tilbydes frivilligt arbejde i mange sammenhænge. De er ikke profitorienterende men bygger på bestemte moralske ansvarsideologier. Et eksempel på frivilligt arbejde kan spores tilbage til1910, hvor de to frivillige organisationer **"Studenternes sociale Sekretariat"** og **"Ensomme gamles Værn"** oprettet. De har begge rod i **"De samvirkende Menighedsplejer".**

"Studenternes sociale Sekretariat" etablerede gennem indsamling en landkoloni for gamle i Nordsjælland, samt vinterstuer, der i vinterhalvåret skulle holde åbent på hverdagsaftener. Der var her mulighed for læsestof, spil og lignende. Der blev afholdt arrangementer med oplæsning og musik, og der kunne købes kaffe til en lav pris.

"Ensomme Gamles værn" blev etableret af en udbrydergruppe under **"De samvirkende menighedsplejer"** der ønskede at forsætte arbejdet for ensomme gamle. De var også med til at etablere små alderdomshjem. I 1971 kom loven, der ophævede retten til at drive private plejehjem, hvis ikke hjemmet – eller en sammenslutning af hjem- blev drevet som selvejende institutioner.

Der bliver løst nødvendige opgaver af både det formelle og det uformelle netværk. Ifølge Ulla Habermann[2] er det ofte således, at de ikke når sammen, og derfor er det nødvendigt med "det tredje netværk".

Siden Ulla Habermann i 1987 skrev sin bog "Det tredje netværk", er der kommet øget fokus på netop dette område.

Der er ca. 300.000 danskere der yder en frivillig indsats. De får ingen løn og dækker områder indenfor det sociale og sundhedsmæssige område som f.eks. telefonrådgivning eller anden form rådgivning, samt det at være besøgsven, indsamler eller vagt på værestede og krisecentre m.v.

De frivillige har også løst opgaver i forbindelse med ensomme, alvorligt syge og døende. Der har i mange år været tilbud til ensomme i form at en besøgsven. Det har også været muligt at få en frivillig til at sidde hos en alvorligt syg eller døende i hjemmet, hvis familien har brug for et pusterum.

Frivillige er ganske almindelige mennesker

Der er foretaget en undersøgelse blandt 369 frivillige,[3] som arbejder med gruppen af uhelbredelige syge og døende i Danmark. Mere end 90 % er kvinder, og over halvdelen er over 67 år. Kun 15 % er under 50 år og kun 5 % er under 40 år.

Ifølge undersøgelsen er det kun en tredjedel, der har lønnet arbejdet ved siden af. De øvrige har afsluttet deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er desuden nogle studerende, arbejdsløse og hjemmegående blandt de frivillige. Mere end halvdelen har en sundhedsfaglig baggrund (55 %), og resten af de frivillige har forskellige uddannelser og erhverv.

Hvis man ser på Helle Timms[4] rapport om plejeorlov fra 1999, finder man også her et sammenfald. Helle Timm har evalueret brugen af plejeorlovsordningen for uhelbredeligt syge og deres nærmeste. Undersøgelsen viser, at der er 80% kvinder blandt dem, der vælger plejeorlov. Ydermere er kvinderne ansat i omsorgsfag og deres alder er i snit 46 år. Det er således fortrinsvis kvinder, der både tager plejeorlov og vælger at arbejde som frivillig.

Frivillig arbejdskraft er heller ikke et ukendt fænomen i andre lande. I England, er der eksempelvis en stor tradition for frivillig arbejdskraft på Hospices. Her bliver de frivillige brugt til alle mulige opgaver. De sidder i receptioner, henter og bringer patienter til hospice, læser aviser for patienterne og henter drikkevarer. De frivilliges arbejdskraft på de engelske hospices er uundværlig.

Herhjemme har vi set begyndelsen af denne tradition. Kræftens Bekæmpelse indledte i år 2000, i samarbejde med Odense Universitetshospital, forskningsprojektet **"Tid og Nærvær"**. Det blev indledningen til, at der nu er flere frivillige på de danske kræftafdelinger og at der også er frivillige tilknyttet de danske hospicer

Syn på døden

Mange mennesker – også ældre gør sig ikke klart, hvad deres egen aldring og død betyder for deres liv.

Ifølge den sociologiske forfatter Tony Walther (5) er der tre sideløbende dødskulturer i det moderne samfund.

Den traditionsbundne; Lokalsamfundets regler og ritualer følges Slægten og familien er centrale. Respekt er en værdi og præsten (mand) som autoritet. Sjælens frelse vægtes højest.

Den moderne; Her gælder de formelle regler. Kernefamilien er central og de generelle kendetegn er privathed, rationalitet, facade, "holde på følelserne". Værdighed og individualitet. Lægen (ofte en mand) er en autoritet. Ens eftermæle, er her det vigtigste.

Den postmoderne; Her har man selvskabte ritualer. Selvscenesættelse, italesættelse, følelser, kognition, åbenhed, relationer er gennemgående værdier. Terapeuten (ofte en kvinde) er en autoritet.

Disse forskellige opfattelser af eller syn på døden, stiller krav til sundhedpersonalet i forhold til, hvilke behov det enkelte menneske har for at tale om livets store spørgsmål.

Det, at kunne sætte egne normer til side og respekterer andres ønsker og behov ud fra det enkelte menneskes livshistorie – det levede liv, kan være med til at understøtte den enkeltes værdighed.

I det moderne samfund fra slutningen af anden verdenskrig til ca. 1965 er den, der ikke viser følelser, et stærkt menneske. De fleste ældre har rod i det moderne samfund, hvorimod sundhedspersonalet og de yngre af deres pårørende har rod i det senmorderne samfund, hvor det at tale om sine følelser er det rigtige.

Når det centrale i ens liv måske dette ikke at vise sine følelser, men at optræde med værdighed og holde på facaden, kan det være vanskeligt for den ældre at håndtere aldring og død, samt at tale med sundhedspersonalet og de pårørende om livets store spørgsmål som mening, død, angst, tro, skyld og skam.

Aldring er således en proces der stiller krav til det sundhedsfaglige personale. I fremtiden skal vi således henlede opmærksomheden på den ældres livshistorie, det levede liv, såvel som på livsformerne, den ældres netværk og den normale aldring.

Da vil vi se på alderdommen med Platons øjne, som en periode præget af livsvisdom og erfaring, og vi vil bedre kunne møde de ældre med den respekt og værdighed, som de fortjener.

Referencer:

1 Liboriussen, Dorthe og Mathiesen, Helle: Sundhedsvæsenet som markedsplads. Masteropgave i sundhedsvidenskab, Filosofisk Institut, Århus universitet, juni 2006
2 Haberman, Ulla: Det tredje netværk, Akademisk forlag 1987
3 Sygeplejersken Blad nr. 21/2002
4 Timm, Helle: Plejeorlov, UCSF & Socialministeriet, 1999
5 Walther, Tony: The revial of de4ath, Routledge 1992

Kilder:

> Ariés, Philippe: Dødens historie i Vesten
> Christensen, Lone Rahbek et al.: Strukturel livsformsanalyse 1989. Nordisk tidskrift for folkelivsforsikring. Nord nytt nr. 37
> Christensen, Tommy P et al; De Gamle Træk af alderdommens historie. Fremad 1991
> Dehlin, Ove et al.: Aldringen set i et biologisk, psykologisk og samfundsmæssigt perspektiv
> Habermann, Ulla: Det tredje netværk Akademisk forlag 1987
> Lazarus, Richard S: Mestring
> Liboriussen, Dorthe og Mathiesen, Helle: Sundhedsvæsenet som markedsplads Masteropgave i sundhedsvidenskab, Filosofisk Institut, Århus universitet, juni 2006
> Nielsen, Viggo: Ældre Sagen – Fra ensomme gamles værn til folkelig bevægelse, Ældre Fonden 1996
> Plate, Chirstin: Sociale Netværk af, 1 udgave, 1 oplag 2000
> Rørbye, Birgitte og Kirk, Henning: Alderdom- Fordom, Munksgaard 1992
> Sygeplejersken: Artikler nr.21/2002 og 25/2000
> Swane, Christine E, Blaakilde, Anne Leonora, Amstrup, Kirsten: Gerontologi, Livet som gammel
> Timm, Helle: Plejeorlov, UCSF & Socialministeriet, 1999
> Thome´, Bibbi: Living with cancer in old age, Bulletin No, 14. Department of nursing, Faculty of Medicine, Lund University, Sweden 2003
> Walther,Tony: The revival of death, Routledge 1992
> Livet er et kunstværk, Ældre Forum 2002

Er dét hvad du tænker?

Hvad ser du søster, her i min stue?
en gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket,
lidt griset og rodet, hvor hun har ligget.

Du taler lidt højt, men hun svarer ikke,
hun savler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker dig ikke, for hvad du gør,
og er så tit som hun slet ikke bør

Er det, hvad du tænker? Er det hvad du ser?
Så luk øjnene op og se, der er mer!
Nu skal jeg fortælle dig, hvem jeg er,
den gamle kone, der ligger her:

Jeg er et ban på ti i et lykkeligt hjem
med forældre og søskend`. jeg elsker dem
Jeg er en ung på 16 med håb og drømme
så let på fod og med tanker så ømme

Jeg er en brud på 20 med roser på kind
i mit eget hjem går jeg lykkelig ind.
Jeg bli´r mor og bygger et hjem så trygt
og værner mine mod kulde og frygt.

Og børnene vokser sorger og glæder
med årene veksler, vi ler og græder.
Så flyver ungerne bort fra reden,
min mand mig trøster, vi nyder freden.

Vi når de 50, og børnebørn kommer og
bringer uro og glæde hver sommer.
Men så kommer sorger og tunge dage,
min mand er død, jeg er ene tilbage.

For børnene har nu selv børn og hjem,
og der er meget, der optager dem,
Og borte er alle de gode år
de glade og gode kår.

Nu piller alderen fjerene af mig,
for min ynde og kraft bliver tager fra mig,
for ryggen er bøjet, og synet svigter,
jeg har ikke kræfterne til dagens pligter

Mit hjerte er tungt, og mit hår er gråt,
med hørelsen er det også lidt småt.
Men inden i dette gale kadaver
er endnu levende, smukke enklaver,
der lever barndom, ungdom og steder,
der lever inder, og sorger og glæder.

De gladeste minder i sindet synger,
skønt alderens byrder mit hjerte tynger.
Og smerteligt nemmes den tunge lære,
at intet kan bliver ved med at være.

Hvad ser du søster? – en gammel, besværlig
og træt lille kone? – Nej vær nu ærlig!
Se nærmere til- måske kan du finde
et barn, en brud, en mor – ja en kvinde.
Se mig, som sidder her idnerst inde,
det er mig du skal prøve at se og finde.

Da en gammel dame på et engelsk aldershjem
Var død, fandt sygeplejersken følgende digt ihendes sengebord.
Det blev trykt i et engelsk tidsskrift, " Damily Planning News"

Væske og ernæring til døende

Af Helle Mathiesen Klinisk sygeplejespecialist, Det Palliative Team ved Onkologisk Afdeling, Århus Universitetshospital Århus Sygehus og Lene Toft Møller Speciale ansvarlig sygeplejerske for palliation, onkologisk/hæmatologisk afsnit, Regionshospital Viborg.

Artiklen er skrevet i forbindelse med arbejdet i SIG Palliation.

Når døende holder op med at spise og drikke, opstår spørgsmålet altid om, hvor langt man skal gå i forsøg på at opretholde ernærings og væskestatus. Svarene er usikre, og det er vanskeligt at gøre rede for, hvad der er god klinisk praksis på området.

I hverdagen fylder denne usikkerhed forholdsvis meget. Problemstillingen er kompleks og består af fysiologiske, psykosociale og symbolske elementer.

Argumenterne for hvor langt vi skal gå i bestræbelserne på at nøde patienterne til at spise er mangeartede. Det samme er gældende, når sygdommen udvikler sig og fokus dermed kommer til at dreje sig om dilemmaet mellem parenteral væske eller ej. Derfor er det væsentligt, at vi opnår en dybere forståelse af de tanker og følelser, vi møder hos patienten og de pårørende samtidig med, at vi er opdaterede i faktuel viden om de biokemiske og medicinske processer hos døende. Kun på den måde evner vi at handle relevant i situationer, der kræver velbegrundede medicinske og etiske overvejelser.

Den forventede levetid

I første omgang er det vigtigt at få klarlagt, hvad vi mener, når vi taler om en døende patient. Ingen kan sige noget sikkert om dødstidspunktet, men erfarne læger og sygeplejersker kan ofte sige, hvor i sygdomsforløbet patienten befinder sig, og hvornår der er tale om en begrænset levetid.

I denne artikel vil vi beskæftige os med døende kræftpatienter med en forventet levetid, der afgrænser sig fra få dage op til ca. tre måneder.

Overordnede overvejelser

Har patientens appetit gennem længere tid været nedsat, på grund af sygdom og behandling, medfører det vægttab, som primært er forårsaget af mistet fedtvæv.

Tab af fedtvæv på grund af øget lipolyse, er mere udtalt ved cancerkakeksi end ved simpel fødemangel.

Lipolysen er afhængig af sygdommens udbredelse og graden af underernæring. Hos raske vil indtagelse af glucose nedsætte fedtforbrændingen, men det sker ikke hos patienter med kræft, hvor fedtforbrændingen fortsætter trods tilførsel af glukose (Hessov 1992).

Proteinomsætningen er også øget, specielt i leveren, hvor hovedparten af proteinomsætningen finder sted hos den underernærede kræftpatient. Generelt sker der en større proteinnedbrydning i forhold til proteinsyntesen. Denne accelererede proteinnedbrydning fører over tid til kakeksi.

Hvis patienten i denne fase får intervention i form af prednison og/eller marinol og ernæringstilskud, vil han kunne få det alment bedre og måske tage på i vægt igen. (Terry, 1991)

Før start på denne behandling må man udelukke at den nedsatte appetit har andre årsager som f.eks.:

- mundbetændelse
- tør mund
- tandstatus
- synkebesvær
- tarmobstruktion
- opkastning
- obstipation
- smerter
- åndenød
- depression
- angst
- kognitive forstyrrelser

Disse symptomer må lindres og behandles primært eller parallelt med prednison og eller marinolbehandling.

Hvis der er tale om en fremskreden kræftsygdom, kan konsekvensen være komplekse, irreversible metaboliske forandringer, som blandt andet resulterer i produktion af tumorproducerende toksiner. Der sker et fald i insulinproduktionen med et deraf følgende højt glukosespejl i blodet. Ligeledes ved man, at tumor producerer en øget mængde laktat. Det høje glukosespejl og den øgede laktatproduktion virker appetithæmmende, og vil i løbet af længere eller

>

kortere tid resultere i udvikling af cancerkakeksi, med fysisk forfald, psykisk sløvhed, anæmi, hypoalbumi, og ødemer (Hessov 1992).

Ernæring til den småtspisende patient

I forhold til WHO`s definition og beskrivelse af værdigrundlaget for den palliative indsats, står der blandt andet, at vi skal være med til at støtte patienten til et aktivt liv. At være aktiv som døende kan lyde paradoksalt. Når det alligevel giver mening, hænger det blandt andet sammen med, at døende ofte skal forholde sig til mange forandringer. De har ofte et ønske om, at være så mentalt klare at de kan være med til at tage beslutninger i forhold til deres egen situation og kunne føre samtaler med familie, venner, kolleger m.m. Det kræver energi og overskud, og her spiller patientens ernæringstilstand en vigtig rolle.

Underernæringens konsekvenser er:

- Koncentrationsbesvær
- Irritabilitet
- Apati
- Træthed
- Øget søvnbehov
- Kuldefornemmelse
- Nedsat muskelkraft
- Nedsat lungefunktion
- Svækket motorik og absorbtion i mave og tarm
- Svækket immunforsvar

For at minimere ovenstående symptomer, må vi gøre os klart hvad målet er. Det fordrer samtaler med patienten og de pårørende, da det ofte er dem, der står for den praktiske udførelse i forhold til indkøb, madlavning og det at skabe rammen om måltidet.

Sygeplejersken må være bevidst om, hvad målet for patienter er. Der kan f.eks. være tale om:

- At bedre almentilstanden generelt.
- At bevare og/eller genopbygge aktive cellemasser og styrke immunforsvaret, hvilket kan komme på tale efter f.eks anlæggelse af stent, operation med osteosyntese, eller efter en periode med smerter og efterfølgende obstipation.
- At skabe smagsoplevelse.
- At styrke sociale relationer.

Der vil ofte være tale om et eller flere mål på samme tid. Disse mål må gøres synlige i en dialog mellem sygeplejersken, patienten og de pårørende. Målene må have udgangspunkt i både objektive og subjektive forhold, da såvel patientens fysiske tilstand som de psykosociale forhold har afgørende betydning for, om målene er realistiske.

Kostråd ved nedsat appetit

- For at stimulere og bevare funktionen af mave/tarmkanalens tarmvillie er lidt mad bedre end ingenting.
- Mad der er let at tilberede er anbefalelsesværdigt p.g.a. den generelle træthed og manglende energi.
- Findelt, most eller flydende kost er nemt at spise. Kold flydende mad er let at gøre energi- og proteinrig. Kold mad dufter ikke i samme omfang som varm mad. Alene lugten fra den varme mad kan gøre en småtspisende patient mæt.
- Ændre på madtraditioner så måltiderne kommer til at strække sig over det meste af døgnet. 6 til 8 måltider er velegnet, da man erfaringsmæssigt ved, at mange små måltider kan være med til at øge indtaget af energi og protein betydeligt.
- Alt syrligt stimulerer appetitten f.eks. citron, ananas, appelsin o.s.v.
- Alkohol skærper appetitten, derfor kan en aperitif være en god ide.
- Frisk luft og en rar hyggelig atmosfære.
- Hjælp patienten og familien med opskrifter og ideer. Henvis til Kræftens Bekæmpelses hjemmeside: www. Cancer@.dk og bogen: Kræft, kost og energi af Lene Allingstrup, 1996. Begge steder er der mange gode forslag til kold, flydende energi rig mad og flere praktiske tips.

For og imod væsketilførsel

Når patientens sygdom udvikler sig med nedsat lyst til mad og væske på trods af støttende medicinsk behandling, opstår spørgsmålet om, hvad vi bør gøre. Et oplagt initiativ kan være væsketerapi. Dette forslag kan være på foranledning af både læger, sygeplejersker, patienter og pårørende. Vores erfaring er, at der ikke eksisterer entydige retningslinjer for, hvad der er god klinisk praksis på dette område.

Det bliver i høj grad den enkelte institutions holdning og kultur, der spiller en afgørende rolle for beslutningen om væsketerapi eller ej.

I en undersøgelse "Den palliative indsats. Kvalitet i tilbud og mulighed for valg: Viborg Sygehus og Viborg Kommune" (Rasmussen, 2000), fik 20 ud af 33 døende kræftpatienter, som blev fulgt i tre måneder, intravenøs væskebehandling i de sidste levedage. Hos 16 af patienterne blev den intravenøse adgang også brugt til blodtransfusion, smertebehandling eller antibiotisk behandling.

På traditionelle sygehusafdelinger, hvor opgaven primært er at korrigere for ubalance og sygelighed, er det normalt

For:	Imod:
» Der er ingen beviser for, at væsketilførsel forlænger dødsprocessen » Den terminale patients livskvalitet øges af væsketilførsel. » Dehydrering og tilhørende elektrolytforandringer kan give anledning til en række ubehagelige symptomer som f.eks. konfussion og faldtendens » Dehydrering kan medføre nedsat nyrefunktion og derved ophobning af lægemidler, som udskilles renalt » Væsketerapi er det minimum af behandling man kan tilbyde den terminale patient » Vi er for dårlige til at prognosticere, hvornår en patient egentlig er døende » Drop er et supplement i vores omsorg for patienternes velbefindende. Hvis man ikke tilbyder væsketerapi til terminale patienter, er der en glidende overgang til at undlade væsketerapi til andre svage patientgrupper – en udvikling man må være betænkelig ved.	» Væske forlænger dødsprocessen » Væske er en unaturlig indblanding i en naturlig proces » Mindre diurese giver anledning til reduktion af behov for toiletbesøg, bækken eller inkontinenshjælpemidler samt evt. færre skift af sengetøj. » Faste medfører øgning af endorfiner, hvorved patienten oplever mindre smerte og tørst » Luftvejssekretionen aftager, når patienten er i væskeunderskud » Gastrointestinalkanalens sekretion mindskes, hvorved evt. opkast reduceres » Perifere ødemer og ascites bliver mindre udtalt » Dehydrering terminalt er fysiologisk set noget andet end dehydrering hos den akut syge patient. Vi ved ikke, hvad der er et normalt væskebehov eller normale elektrolytværdier hos den døende patient. » Parenteral væsketilførsel giver anledning til ubehag og begrænset mobilitet » Parenteral væsketerapi flytter opmærksomheden og omsorgen fra patienten til droppet » Trods parenteral væsketilførsel, kan patienten være tørstig. Tørst kan skyldes mundtørhed, f.eks. p.g.a medicinering

at supplere patientens ringe per orale indtag med væskeinfusion til "langsomt indløb natten over". Det skyldes dels rutine, dels at der blandt sundhedspersonale er en udtalt overbevisning om, at det både forlænger patientens liv og virker symptomlindrende. At iværksætte intravenøs væskeinfusion opfattes som et mindre indgreb selvom det ikke er helt ukompliceret, og kan give patienten gener.

Der er mange argumenter både for og imod intravenøs væske til døende. Overlægerne Marianne Mørch og Tom Buur har samlet en skematisk oversigt over de hidtil fremførte argumenter for og imod væsketerapi (Mørch, 2001).

Medicinsk indikation for parenteral væske

Normalt regulerer organismen sig, så der er balance mellem indtægt og udgift. Denne reguleringsmekanisme foregår i organer som f. eks. nyrer, lever og tarmen.

Forstyrrelser i denne balance vil ofte give symptomer. Akutte opkastninger eller diarrer vil resultere i osmolaritetsforstyrrelser og påvirke tørstcentret i hypotalamus, og i disse tilfælde vil der være indikation for at give NaCl intravenøst eller subkutant (Kaasa 1998).

Hos den terminale patient sker dehydreringen eller væsketabet over lang tid, og det tyder på, at påvirkningen af tørstcenteret er ude af funktion. Tilførsel af parenteral væske kan have uheldige konsekvenser. Ofte befinder disse patienter sig i en katabol tilstand med reduceret kolloidosmotisk tryk i blodet, p.g.a. lavt protein/albuminindhold i blodbanen. Derfor kan resultatet blive, at den tilførte væske vil trækkes ud i vævet og forårsage plagsomme ødemer, f.eks. lungeødem (Ibid., kap. 36).

Hos døende er det vigtigt, at personalet forklarer de pårørende, at organismen kun har brug for ganske lidt eller slet ingen føde eller væske, og at der i stedet bør der lægges vægt på mundpleje. De pårørende, som ønsker at tage del i plejen, kan oplæres i mundpleje, og hjælpe patienten med at drikke de små mundfulde vand, der kan lindre tørstfølelsen, som er forårsaget af mundtørhed.

Når der gives parenteral væske, må man sammen med patienten og de pårørende jævnligt evaluere effekten, så behandlingen ikke foregår ureflekteret og med risiko for bivirkninger.

Ophør af igangværende behandling kan være en langvarig proces, hvor det handler om at gå i takt med familien samtidig med den faglige vurdering af situationen. Det kan være skræmmende for de pårørende, når man beslutter at afbryde den parenterale væsketilførsel. Mange har svært ved at acceptere, at døden nu er nært forestående.

>

Tørst og mundtørhed

Ved minimalt væskeindtag opstår spørgsmålet om, i hvilken udstrækning patienten føler tørst. Samtaler med døende patienter viser, at 60 - 85 pct. ikke angiver at være generet af tørst. Ud fra disse oplysninger konkluderer flere (Husebø, 1997), at patienterne drikker, så længe de er tørstige. Når deres almentilstand eller oplevelse af tørst forsvinder, holder de op med at drikke.

I en dansk retrospektiv undersøgelse af 15 døende AIDS patienter (Venborg, 2000), hvor de 13 fik intravenøs væskeinfusion, viste dokumentationsmaterialet, at der ikke blev sporet nogen gavn af infusionen. Tvært imod fremgår det, at ni af patienterne blev påført gener, der kunne være infusionsbetingede som vandladningsproblemer, øget sekretdannelse i luftvejene, overhydrering med hoste og respirationsbesvær til følge, deklive ødemer og indstiksgener.

Da subjektive symptomer som både tørst og mundtørhed forbindes med væskemangel, vil det være nærliggende at tro, at det netop er på baggrund af disse symptomer, der bliver iværksat væskeinfusion, men sådan kan man ikke konkludere i følge den omtalte retrospektive undersøgelse. De 15 AIDS patienters oplevelse af tørst og mundtørhed er hverken dokumenteret i lægejournal eller kardex.

Husebø konkluderer i sin artikel: *Væsketilførsel til døende patienter?*, at der ikke foreligger overbevisende dokumentation for at intravenøs væskeinfusion kan lindre døende patienters oplevelse af tørst, men der imod, at omhyggelig mundpleje gør en signifikant forskel. Se også SIG palliations tidligere artikel om mundpleje af A. Koblen og E. Tonnesen, 2001.

I Det Etiske Råds redegørelse "Behandling af døende – de svære beslutninger" 2002 konkluderer man i afsnittet om "Etiske overvejelser i forbindelse med sondeernæring og intravenøs væskeinfusion":

"...hos den døende, eventuelt demente patient er ophør med indgift af føde og væske ofte mere skånsom end at fortsætte. Der er andre måder at støtte patienten på end med teknologisk medicinsk hjælp: åben og nær kontakt med patienten, hyppige besøg, berøring, massage m.m." (Det etisk råd, 2002).

Subkutan væsketerapi

Fainsinger og Bruera (1997), påpeger faren ved at benytte sig af "alt eller intet" politikken. De er tilhængere af at lade begge muligheder stå åbne. På deres palliative afdelinger er det almindeligt at give subkutan væsketilførsel (hypodermoklyse) til døende patienter, som oplever uro og konfusion, da de har observeret, at væske lindrer disse symptomer.

Hypodermoklyse (HPD) var en almindelig hydreringsform indtil 1960'erne, hvor det af uklare årsager forsvandt i den kliniske hverdag. Det er stadig meget lidt anvendt som hydreringsform herhjemme, nok mest på grund af manglende kendskab til metoden. Som alternativ til intravenøs væskeinfusion hos døende patienter har det en del fordele. Det kan administreres af enhver, der behersker subkutan injektionsteknik, og det kræver minimal overvågning, hvilket vil sige, at det uden problemer kan anvendes i patientens eget hjem.

Droppet fungerer på samme måde som et intravenøst drop med infusionsvæske og dropaggregat, som tilsluttes den subkutane nål, der oftest er en "sommerfugl". Nålen placeres på abdominalvæggen, forsiden af thorax eller på siden af låret, hvor der er god blodgennemstrømning, og hvor den er let tilgængelig og nem at holde øje med. Den enkelte nål kan bruges mellem 1 og 29 dage (Mørch, 2001).

Med hensyn til infusionshastigheden kan man vælge "kamelpukkelmetoden", hvor 500 ml infunderes i løbet af ca. 20 minutter. Herefter absorberes væsken langsomt. Der er kun få eller slet ingen bivirkninger forbundet med denne metode. Fordelen er, at patienten kun er afhængig af drop og slanger i en kort tid af døgnet. Hvis patienten er sengeliggende og ugereret af at være tilkoblet drop, kan man vælge at give den isotoniske infusionsvæske kontinuerligt over timer eller natten igennem.

Komplikationerne til HPD er få og ubetydelige.

Der kan opstå lokal irritation og hævelse, og enkelte føler, det spænder lidt. Men i forhold til intravenøs behandling, hvor der ofte forekommer thromboflebitis og infektion ved indstikstedet, er komplikationerne ved denne metode minimale (Mørch, 2001).

Madens og måltidets symbolske og psykosociale betydning

Gennem maden og måltidet får vi stillet vores ernæringsmæssige behov. Samtidig er måltidet tæt forbundet med sociale, psykologiske og eksistentielle oplevelser af nærhed og kontakt, samhørighed og kærlighed.

Kostvaner og regler for, hvad man spiser, hvor, hvornår og hvordan er kulturelt bestemte og udvikles til stadighed gennem opdragelse og ind i voksenalderen.

Måltidet symboliserer familien som social enhed. Det er ofte gennem måltidet, at vi forbinder os med andre mennesker. Det er her vi mødes og taler om alt og intet. Det er her vi føler nærvær og samhørighed med hinanden. Skal vi fejre noget, har maden også en vigtig signal – og symbolværdi. Vi signalerer traditioner og kultur gennem vores valg af mad. Tilberedelsen og det, at vi byder andre på et måltid kan signalere kærlighed.

Hos døende, hvor appetitten langsomt aftager for til sidst helt at forsvinde, kan tiden omkring måltiderne blive en belastet situation for både patient og pårørende. Patienten oplever måske et velment ønske fra familien, som et pres,

han ikke kan stille noget op med. Han kan føle et stort tab i og med, at han ikke længere kan deltage i det sociale fællesskab, der er opbygget omkring måltidet gennem en menneskealder. Ved afvisning af maden, kan de pårørende opleve en følelsesmæssig afvisning samtidig med, at deres frygt for patientens snarlige død forøges.

Information og samtale

Vores litteraturgennemgang giver ingen entydige anbefalinger om, hvorvidt man skal give parenteral ernæring eller væsketilførsel de sidste dage. Fordele og ulemper må drøftes i hvert enkelt tilfælde. God kommunikation med både patient og pårørende er en vigtig forudsætning for at kunne træffe den rette beslutning. For nogle læger og sygeplejersker vil en sådan samtale være vanskelig at gennemføre. Men hvis vi ikke magter at tale åbent om den nært forestående død, kan resultatet meget nemt blive misforstået hensynsfuldhed, som er at sammenligne med omsorgssvigt både for patienten og de pårørende.

De pårørende ønsker, at vi skal gøre det, der er bedst for patienten. Men hvilke forudsætninger har de for at forstå, hvad der netop er det bedste lige i øjeblikket? De ønsker, at vi skal give ernæringsstilskud og parenteral væske, så længe det gavner patienten. Men de beder os ikke om det, når de får at vide, at nu vil det ikke længere hjælpe patienten.

I nogle tilfælde er det måske sundhedspersonalets afmagt og flugt fra de krævende samtaler, der er afgørende for, at parenteral ernæring eller væsketilførsel bliver iværksat.

Det kan for både læger og sygeplejersker være lettere at koncentrere sig om intravenøse adgange og sonder end at give patient og pårørende den hjælp og støtte, som de har allermest brug for.

De kommunikative spørgsmål

Kommunikation og samtale hænger sammen. Men der er en væsentlig forskel på det at samtale og bare tale med hinanden. Hvis vi skal leve op til "den gode samtale" må vi konstant øve vores kommunikative færdigheder.

Der kan opstå ubalance i familien og i samarbejdet mellem sygeplejersken og familien, når en samtale enten ikke har fundet sted, eller den er gået i hårdknude, hvilket det følgende er et eksempel på.

En kvinde (Lise) med fremskreden lungekræft er indlagt med omfattende sygdomskomplikationer. Hun sløjer af og sover det meste af tiden. Familien er fortørnet over, at hun intet spiser og mener, at det skyldes sygehusets mangelfulde menu. Derfor medbringer de små hjemmelavede retter, som de forsøger at få hende til at spise. Det lykkes ikke ret godt. Lise er ved at blive kvalt i maden og prøver at skubbe sønnen væk, samtidig med, at sønnen trygler hende om at spise lidt af den gode mad.

En ulykkelig situation, som ender med fortvivlelse og vrede hos de pårørende. Lise dør dagen efter, og familien forlader afdelingen med bitterhed og en oplevelse af at Lise ikke fik den rette behandling og pleje.

Spørgsmål kan stilles på mange forskellige måder og have mange forskellige hensigter. Carl Tomm har i artiklen: Er hensigten at stille lineære, circulære, strategiske eller refleksive spørgsmål, sat fokus på forskellige spørgsmålstyper. Her beskriver han hvordan spørgsmål af **lineær og undersøgende karakter** stilles for at man kan blive klogere på emnet, som i ovenstående eksempel er manglende appetit. Udspørgeren virker som detektiv og forsøger at nå sandheden. Man forsøger at afdække årsagssammenhænge med den hensigt at finde én sandhed. Et eksempel på et sådant spørgsmål kunne være: "I hvor lang tid har Lise ikke spist?", "Hvilken mad har Lise tidligere sat pris på?". Typisk vil spørgsmålene starte med hvad, hvor, hvordan eller hvorfor. Denne type spørgsmål er ofte nødvendige for at skabe kontakt. Spørgsmål med **cirkulære antagelser** stilles ud fra den forståelse, at der er komplekse sammenhænge mellem mennesker og handlinger og at der er mange årsager og virkninger. Man får sagen belyst fra flere vinkler, og der er ikke kun én sandhed. Et eksempel her kunne være: "Når I bekymrer Jer om Lises appetit, kan jeg forestille mig, at det er fordi, der er sket en forandring indenfor kort tid. Hvad tænker I om denne forandring?" **Strategiske** spørgsmål har det formål at påvirke i en bestemt retning. Det drejer sig om at stille afklarende og fremadrettede spørgsmål. Hensigten med disse spørgsmål er især at korrigere, undervise og instruere. Et eksempel kunne være: "Kan I se, at Lise har tabt sig over den sidste tid"? Har I lagt mærke til, at Lise vægrer sig mod maden?": "Når man er meget syg, som Lise er nu, kan kroppen ikke bruge maden til noget. Jeg kan se, at I har brugt meget energi på at lave mad til Lise, og at I vil give hende det bedst tænkelige. Set med mine øjne er I nødt til at give denne omsorg på en anden måde nu, for Lise kan ikke spise på grund af, at hun er så afkræftet." Tonen og tempoet i en sådan samtale har stor betydning for, hvordan den bliver modtaget og responderet. **Refleksive** spørgsmål er ofte hypotetiske: "Hvis I havde mulighed for, at Lise kunne være hjemme, hvad ville da være anderledes?" Formålet er at puffe til de pårørendes forståelse og skabe nye handlemuligheder (Tomm, 1992).

Når kommunikationen som i tilfældet med Lise, er gået i hårdknude med beskyldninger om omsorgssvigt, er der risiko for, at sygeplejersken fortsætter i samme retning og begynder at argumentere og finde årsagssammenhænge.

>

På denne måde kunne vi komme til at fastholde familien i den liniere opfattelse af situationen, og det hjælper ikke familien til nye erkendelser.

Sygeplejersken skal kunne stille spørgsmål, der virker frigørende på fastlåste situationer, og her er spørgsmål af cirkulær karakter en mulighed. Cirkulære spørgsmåls formål er at afdække mønstre og systemer. Som i eksemplet, hvor det fremgår, at anerkendelsen af familiens indsats er en vigtig faktor, og at det i sig selv kan have en gunstig virkning og være med til at fratage dem ansvar. Derudover løfter disse spørgsmål sig ud over årsagssammenhænge, og familien får mulighed for til at give sig i kast med deres vanskeligheder ud fra et nyt perspektiv.

Når samtalen er i gang og kontakten er god, vil det være muligt at stille spørgsmål af strategisk karakter og få overensstemmelse mellem det vi ser, og det familien ser. Undervisning og vejledning er her en mulig metode.

De refleksive spørgsmål vil åbne op for alternative tanker og måder at handle ud fra.

Nye erkendelser dukker ikke op lige med det samme. Samtalerne skal følges op.

Konklusion

At yde omsorg for patienter med kort forventet levetid stiller krav om konkret viden om fysiologiske og biologiske forhold, så vi kan vurdere patienten mulighed for at få gavn af aktiv tilførsel af appetitstimulerende medicin som prednison, marinol, ernæringstilskud og / eller paranteral væsketilførsel. Denne tilgang er imidlertid ikke tilstrækkelig, vi må også hele tiden sikre at de beslutninger der bliver truffet sker i tæt samarbejde med patient og familie og at tiltagene jævnligt bliver evalueret og revideret i forhold til patientens aktuelle situation.

Beslutningen om hvorvidt man skal eller ikke skal give væsketilførsel er kompleks, og skal altid træffes ud fra en velovervejet og individuel indfaldsvinkel, så vi sikrer os, at det vi gør, er det bedste for patienten. Ophør med væskeindgift er ofte skånsomt for patienten. Der ligger imidlertid en fare i at overføre denne handling til alle patienter. F.eks. kan patienter med obstruktion i mave tarm systemet have gavn af supplement i form af subkutan væske. Hovedpine eller konfusion kan reduceres eller undgås. Koncentrationen kan bedres, og patienten kan for en kortere periode være mere aktiv.

Det er vigtigt at have øje for det indtryk det gør på de pårørende, når den syge er så svækket at han ikke er i stand til at indtage selv flydende ernæring eller væske.

Her er der ikke tale om at handle mere, men mere at have fokus på hvad der rører sig i den / de pårørende. Hvad ser de? Hvad tænker de om situationen? Ud fra deres gensvar må vi spille ind med vores faglige vurdering for at støtte og give dem omsorg.

Helle Mathiesen
Klinisk sygeplejespecialist,
Det Palliative Team ved
Onkologisk Afdeling,
Århus Universitetshospital
Århus Sygehus

Lene Toft Møller
Speciale ansvarlig
sygeplejerske for palliation,
onkologisk/hæmatologisk afsnit,
Regionshospital Viborg.

Litteratur:
- Allingstrup, Lene. Kræft, kost og ernergi. 1996, Gads Forlag.
- Bruera E., Fainsinger R.: When to treat dehydration in a terminally ill patieny? Support Cancer care (1997) 5: 205-211.www.cancer.dk
- Det Etiske Råd. Behandling af døende – de svære beslutninger. 2002.
- Hessov Ib. Klinisk ernæring, 1992, Munksgaard.
- Husebø, S. Væsketilførsel til døende patienter? Omsorg. Nordisk Tidsskrift For Palliativ Medicin 3/1997. Side 28 – 30.
- Kaasa, S. Palliativ behandling og pleje. 1998, Kap 36: Væskebehandling hos patienter med langtkommet kreft. Side 477-485 og 515 – 521.
- Koblen A., Tonnesen E. Mundtørhed. Sygeplejersken 7/2001.
- Mørch,M.M. et al. Subcutan væsketerapi – hypodermoklyse. Månedsskrift for praktisk lægegerning Oktober 2001.
- Rasmussen R. Den Palliative Indsats. Kvalitet i tilbud og mulighed for valg. Viborg Sygehus og Viborg Kommune. Viborg Sygehus, medicinsk afdeling, august 2000.
- Terry, F.et al. Recent clinical experience with dronabiol. Farmacol biochemic behav. 1991. Side 695 – 700.
- Tomm, K. Tidsskriftet "Forum" 3/92. Refleksiv udspørgen som middel til at fremme selvhelbredelse.
- Tomm, K. Tidsskriftet "Forum" 4/92. Er hensigten at stille lineære, circulære, strategiske eller refleksive spørgsmål?
- Venborg, A. et al. Effekt af væskeinfusion til døende. Sygeplejersken nr. 23/2000

Forslag til reflektoriske spørgsmål:

1. Har I en defineret holdning hos Jer om, hvornår man giver eller ikke giver intravenøs væske til døende? Hvis ja, hvad går den så ud på?
2. Hvornår har du sidst været med til at vurdere forventet levetid hos en døende patient? Hvilke argumenter lå til grund for Jeres vurdering?
3. Hvilken pleje og behandling tilbyder I patienter, der har dårlig appetit og ringe væskeindtag?
4. Hvem har indflydelse på beslutningen om at iværksætte parenteral væske til en døende?
5. Hvordan vurderer og dokumenterer I effekten af den givne væske behandling?
6. Hvordan er praksis hos Jer, når en tørstig patient med tarmobstruktion ønsker at dø hjemme? Overlevelses tiden skønnes til at være ca. èn – to måneder.

Forskningsnyt

I denne udgave af Forskningsnyt er der to vidt forskellige artikler at fordybe sig i.

I den første artikel fortsætter SIG FUF diskussionen af evidensbegrebet, og i den følgende artikel skriver overlæge dr.med. Niels Abildgaard, om en nyligt opdaget bivirkning til IV-behandling med bisfosfonater. Begge artikler er yderst relevante, idet vi i kræftsygeplejen beskæftiger os med begge dele, om end de er i hver sin 'ende af skalaen'.

Evidens...

I denne tid, hvor der må siges at være krise i vores sundhedssystem, er det yderst relevant at diskutere evidensbegrebet, da selve begrebet viden er til stadig diskussion.

Hvordan løser vi denne krise?

Er det brugernes, personalets eller eksperternes viden eller erfaringer, der skal tages udgangspunkt i, og kan erfaringsbaseret viden sidestilles med evidensbaseret viden?

Og kan disse to størrelser i det hele taget samarbejde?

Et af målene med evidensbaseret praksis er, at vi med videnskabelige midler kan udvikle retningslinier, som vil forbedre praksis. I forlængelse af dette, kan man spørge sig selv, om det er muligt udelukkende at arbejde ud fra videnskabeligt udviklede retningslinier, når man, som vi gør, optimalt arbejder med det komplekse menneske og dets pårørende, som står i et af livets måske sværeste øjeblikke, nemlig dér, hvor det er nødvendigt at forholde sig til en livstruende diagnose. Omvendt kan man også sige, at når vi skal give en infusion med bisfosfonater, er det en stor tryghed for såvel patient som personale, at der er videnskabeligt udviklede retningslinier...

Evidensbegrebet er til diskussion!

Rigtig god læselyst, og som altid er nye indlæg, kommentarer eller ytringer af anden art meget velkomne!

Af Redaktionsmedlem Ditte Therkildsen
ditte.therkildsen@stofanet.dk

Næste indslag fra SIG-FUF i føljetonen om

"evidens og sygepleje"

Egerod (2007): Evidensbaseret praksis: Lost in translation. Akadmiske sygeplejersker. Elektronisk tidsskrift (53) p 5-12 (ISSN: 1901-8789)

I sidste nummer lovede SIG FUF at følge op på diskussionen om evidens. Vi vil i det følgende kort opsummere de vigtigste pointer fra Egerods artikel og med kræftsygeplejerskens perspektiv reflektere videre over elementer i artiklen. Endelig afslutter vi indslaget med nogle refleksionsspørgsmål.

Evidens, evidensbaseret medicin samt evidensbaseret praksis bruges i flæng og i mange forskellige betydninger. Egerod tydeliggør i en letlæselig og underholdende artikel i "Tidsskrift for Akademiske Sygeplejersker" en lang række af disse forskelligheder. I artiklen beskrives forskellige opfattelser af evidens. Egerod vælger at se på såvel kritikernes som fortalernes valg af ord i deres beskrivelse af evidens, samt anvendelse af begrebet, og hvorfor nogle mener, at man ikke bør bevæge sig ind i arbejdet med evidens. Egerod vælger at tematisere forfatternes brug af sproget – konkretiseret

>

ved ordene – i de nævnte tekster ved hjælp af metaforer, og bringer dermed nogle nye perspektiver ind i debatten. Disse metaforer benævnes for kritikerne som religions-, krigs-, og eventyrsmetaforen samt den politiske metafor. Fortalere for evidensbaseret praksis udtrykker sig i følge Egerod ofte i kogebogs-, oversættelses-, og magnetmetaforer. Artiklen bringer således nogle nye perspektiver ind i debatten.

Egerod er af den opfattelse at evidens, i en eller anden form, er kommet for at blive, og at en afvisning af begrebet – eller udskiftning af navn på begrebet – er mindre konstruktivt, end at deltage i debatten og arbejde indefra med eksempelvis at kvalificere evidensbegrebet i forhold til sygepleje. At arbejde hen mod en enighed frem for at debattere fra hver sin lejr og derved miste det positive og måske uafvendelige i at arbejde for et grundlag for klinisk beslutningstagning også for sygepleje.

Den beslutningstagning, der til enhver tid funderes i den bedste viden, i kombination med faglig erfaring og patientens præferencer – også i sygepleje og omsorg i forhold til mennesker med kræft og deres pårørende.

Med Egerods ord skal der indgå såvel *ekstern* evidens, som oftest forstået som forskningsbaseret viden, *intern* evidens, oftest anvendt om mere traditionel viden, som *personlig* evidens i betydningen viden om én selv.

Men uagtet denne vision, er det som Egerod pointerer, at der skal være kvalifikation og kompetence til stede for at kunne handle adækvat. Skal det være muligt i forhold til sygepleje og mennesker med kræft, er det påtrængende nødvendigt med specifik uddannelse, der rækker ud over grunduddannelsens mere generaliserede viden og kunnen inden for dette område af sygepleje.

Til refleksion:

- På hvilken måde kan du bidrage til debatten om evidens på en konstruktiv måde?
- Hvilke specialiserede kvalifikationer inden for kræftsygeplejen er der brug for, for at kunne indgå i den kliniske beslutningstagning?
- På hvilken måde kan centrale budskaber inden for evidensdebatten komme til at påvirke kræftsygeplejen i en negativ retning?
- Bør al sygeplejeforskning kunne være omsættelig til praksis og skabe grundlag for evidensbaseret sygepleje?
- Angiv eksempler på hvilke typer af sygeplejeforskning der muligvis ikke kan eller bør omsættes til praksis? Og hvilken betydning har det for diskussionen om evidensbaseret sygepleje?

SIG FUF opfordrer FSK's medlemmer til at læse artiklen... Kom til vores stand på landskurset og diskutér den med os... evidensbaseret praksis er nemlig kommet for at blive!!!!

Bente Appel Esbensen
På vegne af SIG-FUF

Bisfosfonat-associeret osteonekrose i kæberne hos patienter med cancer-induceret knoglesygdom

– en nyligt opdaget bivirkning til langtidsbehandling med bisfosfonater

V/Niels Abildgaard, overlæge dr.med.

Bisfosfonater og cancer-induceret knoglesygdom

Bisfosfonater har siden slutningen af 90´erne været rutinemæssigt anvendt som beskyttelse mod progression af cancer-induceret knoglesygdom. Det er især patienter med myelomatose og knoglemetastaserende mamma- og prostatacancer, som behandles med bisfosfonater. I Danmark er de hyppigst anvendte bisfosfonater til disse patienter enten pamidronat eller zoledronsyre, som begge gives som iv. infusion hver 3.-4. uge. Standard dosis af pamidronat er 90 mg givet over minimum 2 timer og for zoledronsyre 4 mg givet over minimum 15 minutter. Den knoglebeskyttende effekt af pamidronat og zoledronsyre er med disse doser sammenlignelige. Om end der også fra studier er dokumentation for forebyggende effekt af at give peroral clodronat ved myelomatose og metastaserende cancer, og af peroral ibandronat ved metastaserende cancer, har de intravenøse formuleringer fundet størst anvendelse ved de maligne sygdomme. Det modsatte har været tilfældet ved benign osteoporose, hvor tabletbehandling med bisfosfonat har været mest anvendt. Årsagen til denne forskel er formentlig flere. Dels tilstræbes større dosering ved malign sygdom, dels har nogle studier af peroral bisfosfonat ikke vist effekt ved malign sygdom, dels sikres større compliance ved iv. indgift (man ved patienten får medicinen), og endelig opleves iv. indgift mindre "problematisk" for kræftpatienter, som ofte i forvejen modtager infusionsbehandlinger.

Behandlingen med bisfosfonater gives for at mindske patienternes risiko for at få nye knogledestruktioner, smerter, sammenfald i ryggen og andre patologiske frakturer. Bisfosfonater virker ved at hæmme osteoklasterne, som er de naturlige knoglenedbrydende celler i knoglevævet. Ved myelomatose og cancerspredning til knoglemarven er der netop en overaktivitet af osteoklasterne pga. af en sygelig overstimulation, som udløses af de maligne celler.

Hos patienter, hvor start af behandling med bisfosfonat er fundet indiceret, har det hidtil været almindelig praksis at fortsætte behandlingen på ubestemt tid. Denne praksis har været helt i overensstemmelse med internationale guidelines og har bl.a. været baseret på en formodning om, at behandlingen kun havde få bivirkninger. Det har været kendt, at en lille procentdel af patienterne kan få påvirket nyrefunktion under behandlingen, hvorfor der rutinemæssigt anbefales kontrol af serum kreatinin før hver infusion. Ellers har der indtil for nylig ikke været mistanke om alvorlige bivirkninger til behandling med bisfosfonater.

Fra 2003 har der imidlertid været stigende rapportering af en alvorlig bivirkning til behandlingen, kaldet "bisfosfonat-associeret osteonekrose af kæben". Bivirkningen er hyppigst hos patienter med myelomatose, men ses også hos patienter med mammacancer og prostatacancer. Bisfosfonat-associeret osteonekrose af kæben, herefter kaldet BON, er observeret på de fleste hæmatologiske og onkologiske afdelinger i Danmark. Forekomsten synes især at være forbundet med iv. behandling med bisfosfonat, og ses langt sjældnere hos patienter med benign osteoporose, som får tabletbehandling.

>

Hensynet til denne alvorlige bivirkning skal vejes i forhold til den dokumenterede gavnlige effekt af bisfosfonatbehandling ved myelomatose og metastaserende knoglesygdom.

Patofysiologi

Bisfosfonaterne hæmmer osteoklasternes resorption af knoglematrix, hvilket reducerer hyppigheden af knogleskader og knoglesmerter. Bisfosfonater hæmmer knogleremodelleringen, hvilket kan medføre en nedsat fjernelse af følgerne efter mikroskader og dermed en øget risiko for ophobning af non-vital knogle. Knoglevævet i over- og underkæbe udsættes for mange mikrotraumer i forbindelse med tygning. Kæbeknoglerne har desuden en fysiologisk høj knogleomsætning og er dermed afhængig af en aktiv knogleremodellering. Herudover er kæbeknoglerne, i modsætning til andre knogler, kun adskilt fra det ydre miljø af en slimhinde, hvilket øger risikoen for indtrængning af mikroorganismer. Infektion (osteitis) er beskrevet som værende en del af det mikroskopiske billede ved BON, herunder beskrives fund af bakterien actinomyces hos ca 1/3 af patienterne. Det er muligt, at bisfosfonaternes anti-angionetiske effekt (hæmning af nydannelsen af små blodkar) også indgår i patogenesen.

Klinisk billede

BON kan opstå enten spontant eller efter et tandkirurgisk indgreb, hyppigst tandudtrækning. Nekroserne kan ses både i underkæben (omkring 2/3) og i overkæben (omkring 1/3). BON præsenterer sig hyppigst som en synlig slimhindedefekt med blotlagt knogle, med eller uden inflammation eller infektion i den omgivende slimhinde. Hos mange patienter medfører knoglenekroserne ikke symptomer, men med tiden bliver flere symptomatiske med hævelse og smerter. I sjældne tilfælde ses patologisk fraktur af underkæben. Der kan også ses hævelse under underkæben og fisteldannelse med sekretion. I enkelte tilfælde er en sådan fistel-dannelse det første symptom på BON. I andre tilfælde opstår BON efter tandfjernelse, hvor "hullet" ikke heler, men derimod består og viser sig som blottet knogle selv 1 år efter tandekstraktionen. (Normalt lukker slimhinden i løbet af 1-2 uger efter en tandekstraktion). Hos tandløse kan BON opstå efter et mindre tryksår fra protesen, som danner indgangsport for infektion i kæben. Her kan ses blottet knogle over et større stykke gumme. Især hos tandløse er der risiko for fraktur af underkæben ved progression af BON.

BON kan i udtalte stadier konstateres på røntgenbillede som opklaringer i kæben, men i nogle tilfælde ses blot en ikke helet defekt efter en udtrukken tand. I andre tilfælde opstår egentlige sekvestre (løse døde knoglestykker).

>

Referencer: 1) Pamidronat produktresume, 2) Bisfosfonat-associeret osteonekrose i kæberne hos patienter med myelomatose, tværfaglig arbejdsgruppe marts 2007, http://www.sundhed.dk/Images/alle/amt_koebenhavn/Glostrup/Kaebekirurgisk/BON_KAEBE_info_fagfolk.doc 3) Zervas K et al. BJH 2006, 134, 620-23, 4) Lacy ML et al. Mayo Clin Proc. 2006;81 (8):1047-53.

Forkortet produktinformation. De med *markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Det godkendte produktresumé kan rekvireres fra Mayne Pharma eller på www.laegemiddelstyreslsen.dk . **Pamidronatdinatrium "Mayne" koncentrat til infusionsvæske, opløsning.** 15mg//5x5ml, 30mg/10ml/, 60mg/10ml og 90mg/10ml. **Terapeutiske indikationer:** Behandling af tumorfremkaldt hypercalcæmi. Forebyggelse af skeletrelaterede hændelser (patologiske frakturer, rygradskompression, bestråling eller kirurgi på knoglevæv, hypercalcæmi) hos patienter med brystcancer med knogle-metastaser eller multipelt myelom med knogle-læsioner, som tillæg til den specifikke tumorbehandling. **Dosering og indgivelsesmåde*:** Kun til intravenøs anvendelse som infusion. Pamidronatdinatrium må aldrig gives som en bolusinjektion. Opløsningen skal fortyndes før brug og infunderes langsomt. Infusionshastigheden må aldrig overstige 60 mg/time (1 mg/min.), og koncentrationen af pamidronatdinatrium i infusionsopløsningen må ikke overstige 90 mg/250 ml. Hos patienter med påvist eller mistænkt nyreinsufficiens anbefales det, at infusionshastigheden ikke overstiger 20 mg/time. En enkelt dosis på 90 mg skal normalt indgives som en 2-timers infusion i 250 ml infusionsvæske. Tumorfremkaldt hypercalcæmi: Den samlede dosis pamidronatdinatrium, der skal anvendes til et behandlingsforløb, afhænger af patientens initiale serumniveauer af calcium. Den maksimale dosis pr. behandlingsforløb er 90 mg for både initiale forløb og gentagelsesforløb. Myelomatose stadium III: Den anbefalede dosis er 90 mg hver 4. uge. Osteolytiske læsioner med knoglemetastaser i tilknytning til brystkræft: Den anbefalede dosis er 90 mg hver 4. uge. Denne dosis kan også gives med 3 ugers intervaller for at falde sammen med kemoterapi, hvis det ønskes. Indtil der er opnået yderligere erfaring anbefales dog en maksimal infusionshastighed på 20 mg/time hos patienter med nyreinsufficiens. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for pamidronat, over for andre bisfosfonater eller et eller flere at hjælpestofferne. Amning er kontraindiceret. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Gives aldrig som en bolusinjektion, bør altid fortyndes og derefter gives som en langsom intravenøs infusion. Giv ikke pamidronat sammen med andre bisfosfonater. Hvis der anvendes andre calciumsænkende midler sammen med pamidronat, kan der fremkomme signifikant hypocalcæmi. Forsigtighed ved nedsat nyrefunktion. Regelmæssigt standardlaboratorieparametre (serum-kreatinin og blod-urea-nitrogen; BUN) og kliniske nyrefunktionsparametre bør foretages. Patienterne skal hydreres adækvat under hele behandlingen, men overhydrering skal undgås. Der er ingen kliniske erfaringer med pamidronat til den pædiatriske og unge (< 18 år) population. Osteonekrose i kæben er rapporteret hos cancerpatienter i behand-linger, som inkluderer bisfofonater. Mange af disse patienter var også i behandling med kemoterapi eller kortikosteroider. Størstedelen af de rapporterede tilfælde har været forbundet med dentale indgreb eller lokale infektioner. **Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion:** Samtidig brug af andre bisfosfonater, andre antihypercalcæmistoffer samt calcitonin kan føre til hypocalcæmi). Graviditet og amning*: Bør ikke anvendes. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner*:** Ingen mærkning. **Bivirkninger*:** Bivirkninger fra pamidronatdinatrium er i reglen milde og forbigående. De mest almindelige bivirkninger er influenzalignende symptomer og mild feber. Symptomatisk hypocalcæmi er ualmindelig. Lokal inflammation i bløde væv på infusionsstedet forekommer også, specielt med den højeste dosis. Osteonekrose, som primært involverer kæberne, er rapporteret i sjældne tilfælde. Meget almindelig (>1/10): hypocalcæmi, hypophosphatæmi, hovedpine, feber og influenzalignende symptomer undertiden ledsaget af utilpashed, kulderystelser, træthed og pludselig rødmen. Almindelig (>1/100, <1/10); lymfocytopeni, hypomagnesæmi, kvalme, opkastning, forbigående knoglesmerter, ledsmerter, muskelsmerter, generelle smerter. Sjælden (>1/10.000, <1/1.000); anæmi, leukopeni, allergisk reaktion, anafylaktiske reaktioner, bronkospasmer (dyspnø) og Quinckes ødem, hyperkaliæmi, hypokaliæmi, hypernatriæmi, symptomatisk hypocalcæmi (paræstesier, tetani), agitation, konfusion, svimmelhed, søvnløshed, træthed, sløvhed, kongestivt hjertesvigt (ødem) på grund af væskeoverfyldning, hypotension, hypertension, dyspnø, lungeødem, appetitløshed, abdominalsmerter, diarre, obstipation, dyspepsi, muskelkramper, forringelse af nyrefunktion. Meget sjælden (<1/10.000 inklusive isolerede rapporter); fornyet aktivering af herpes simplex og herpes zoster, trombocytopeni, anafylaktisk chok, krampeanfald, synshallucinationer, uveitis (iritis, iridocyclitis), scleritis, episcleritis, conjunctivitis, xanthopsia, respiratorisk distress-syndrom hos voksne, interstitiel pneumonitis, gastritis, udslæt, kløe, osteonekrose, hæmaturi, akut nyresvigt, forværring af forud eksisterende nyresygdom, tubulær nyresygdom, tubulo-interstitiel nefritis. **Overdosering*:** Der er ingen tilgængelig information om overdosering af pamidronat. **Udlevering:** A. Tilskud: Ikke tilskudsberettiget. **Priser og pakninger (Apotekets udsalgspris ekskl. gebyr, aug. 2007):** 15mg//5x5ml (Vnr. 9137); kr. 2.060,75, 30mg/10ml (Vnr. 9275); kr.851,15, 60mg/10ml (Vnr. 9286); kr. 1.751,55 og 90mg/10ml (Vnr. 9297); kr. 2.389,25. Indehaver af markedsføringstilladelsen: Mayne Pharma Plc, Queensway, Royal Leamington Spa, Warwickshire, CV31 3RW Storbritannien. **Dansk repræsentant*:** Mayne Pharma, Strandvejen 203, 2900 Hellerup – info@dk.maynepharma.dk.

Pamidronat ”Mayne”

- Forebygger skeletrelaterede hændelser hos brystcancer patienter (pt.) med knoglemetastaser eller multipelt myelom (MM) med knogle-læsioner som tillæg til den specifikke tumorbehandling[1)]

- Bivirkninger er i reglen milde og forbigående[1] - formentlig mindre risiko for udvilking af kæbenekrose hos pt med MM sammenlignet med andre intravenøse bisfosfonater[2,3,4)]

- Risikoen for at udvikle kæbenekrose er 9,5 gange mindre for Pamidronat, givet alene, sammenligned med andre intravenøse bisfosfonater (P=0,042)[3)]

www.maynepharma.com

Mayne Pharma | Strandvejen 203 | 2900 Hellerup | tlf. 3963 6004 | info@dk.maynepharma.com

Risikofaktorer for udvikling af BON

Der er beskrevet en række risikofaktorer for BON:

1. Langvarig intravenøs bisfosfonatbehandling (formentlig hos 5% efter 2 år)
2. Tidligere udvikling og formentlig større risiko for BON ved brug af zoledronsyre i forhold til pamidronate.
3. Dårlig tandstatus og dårlig tilpassede proteser.
4. Tandekstraktion og anden tandkirurgi
5. Infektioner omkring tænder
6. Høj alder
7. Diabetes
8. Thalidomid (litteraturen er modstridende)

Forebyggelse og behandling af BON

Kendskabet til denne nye komplikation til behandling med bisfosfonat har nødvendiggjort en øget fokus på hvordan BON kan forebygges og behandles. Desuden er det vigtigt, at information om bivirkningen udbredes til såvel patienter, som til alle behandlere og andet sundhedspersonale.

På denne baggrund har en tværfaglig arbejdsgruppe under Dansk Myelomatose Studie Gruppe (DMSG) bestående af hæmatologer, kæbekirurger og patologer gennemgået den foreliggende litteratur og fremtrukket nedenstående aktuelle viden omkring BON.

Arbejdsgruppens sammensætning har været:

- Niels Abildgaard, Overlæge, dr.med, Hæmatologisk Afdeling, Odense Universitetshospital.
- Henrik Gregersen, Overlæge, PhD, Hæmatologisk Afdeling, Ålborg Sygehus.
- Thomas Lund, PhD-studerende, læge, Vejle Sygehus.
- Peter Marker, Overtandlæge, Kæbekirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital.
- Birgitte Preiss, 1. reservelæge, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital.
- Morten Schiødt, Ledende Overtandlæge, dr.odont, Kæbekirurgisk Afdeling, Glostrup Hospital.
- Annette Vangsted, Overlæge, Hæmatologisk Afdeling, Herlev Hospital.

Til den oprindelige udgave af denne artikel, hører en del anbefalinger til behandling med bisfosfanater. De er på grund af pladsmangel taget ud, men kan findes i artiklens fulde længde på dette link: *www.sundhed.dk/Images/alle/amt_koebenhavn/Glostrup/Kaebekirurgisk/BON_KAEBE_info_fagfolk.doc*

Referencer:

- Berenson JR, Lichtenstein A, Porter I, Dimopoulos MA, Bordoni R et al. Efficacy of pamidronate in reducing skeletal events in patients with advanced multiple myeloma. N Engl J Med 1996; 334: 488-493.
- Zervas K, Verrou E, Teleioudis Z, Vahtsevanos K, Banti A, Mihou D, Krikelis D, Terpos E. Incidence, risk factors and management of osteonecrosis of the jaw in patients with multiple myeloma: a single-centre experience in 303 patients. Br J Haematol 2006; 134:620-623.
- Badros A, Weikel D, Salama A, Goloubeva O, Schneider A, Rapoport A et al. Osteonecrosis of the jaw in multiple myeloma patients. Clinical features and risk factors. J Clin oncol; 24: 945-952.
- Hansen T, Kunkel M, Weber A, James Kirkpatrick C. Osteonecrosis of the jaws in patients treated with bisphosphonates – histomorphologic analysis in comparison with infected osteoradionecrosis. J Oral Pathol Med 2006; 35: 155-160.
- Khamaisi M, Regev E, Yarom N, Avni B, Leitersdorf E, Raz I, Elad S. Possible Association Between Diabetes and Bisphosphonate-Related Jaw Osteonecrosis. J Clin Endocrinol Metab 2007: 92; 1172-1175.
- American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the jaws. Advisory Task Force on Bisphosphate-Related Osteonecrosis of the Jaws. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65:369-376.

Brænder du for ernæring?

Savner du opbakning/sparringspartnere?

Søg om optagelse i SIG-ernæring

SIG-ernæring arbejder for at styrke ernæringsindsatsen til alle kræftpatienter.

Kontakt: www.dsr.dk
Faglige selskaber for Kræftsygeplejersker (FSK)

Formand: Anne-Lene Rye Markussen
Onkologisk ambulatorium 5014
Rigshospitalet
Tlf. 3545 4637
E-mail Markussen@webspeed.dk

Sekretær: Birgit Løfberg
Onkologisk afdeling R3
Odense Universitetshospital
Tlf. 6541 2963
E-mail birgit.loefberg@mail.dk

Lad din føde være din medicin (Hippokrates)

Vi glæder os til at høre fra dig!

SIG-ernæring

Specielle Interessegrupper

Fagligt Selskab
for Kræftsygeplejersker, (FSK),
er en landsdækkende organisation.

En Speciel Interessegruppe under FSK består af en gruppe sygeplejersker med landsdækkende repræsentation, som arbejder med et klinisk interessefelt inden for sygeplejen til kræftpatienter.

Formål med SIG

- At højne kvaliteten af den professionelle sygepleje
- At studere, udvikle og udveksle informationer, erfaring og ideer, som kan forbedre sygeplejen til kræftpatienter
- At tage aktiv del i at udvikle sygeplejen
- At skabe en ekspertgruppe på landsplan

Tilmelding til SIG

Sygeplejersker, der er medlem af FSK, kan skriftligt søge om optagelse i en SIG.

En SIG folder med yderligere orientering kan rekvireres hos formanden for FSK Birgitte Grube.

Husk!

SIG Nyheder er tilgængelige på FSK´s hjemmeside:
www.dsr.dk/fs13

og SIG Årsberetning i Fokus på Kræft og Sygepleje findes på hjemmesiden fra januar 2007.

SIG-Formænd

SIG Emesis:
Formand: Lise Bjerrum Thisted
Bregnevej 25, 3500 Værløse
Tlf. 4448 0888, E-mail: lbt@webspeed.dk

Rigshospitalet, Finsencenteret, Onk. Afd. 5043/5044
Tlf. 3545 5043, E-mail: RH05389@rh.hosp.dk

Sekretær: Tove Brinck, Nørrebjergvej 11,
6720 Fanø, tlf.: 75162374 / 29272374
E-mail: tovebrinck@hotmail.com

Onkologisk Ambulatorie, Sydvestjysk Sygehus,
Finsensgade 35, 6700 ESbjerg, tlf.: 7918 2232

SIG Ernæring:
Formand: Anne-Lene Rye Markussen
Højgaard Allé 46, 2880 Bagsværd
Tlf. 4444 7810
Email: markussen@webspeed.dk

Onkologisk ambulatorium 5014, Rigshospitalet
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø, tlf.: 3545 4637

Sekretær: Inge Stub, Skoleparken 17, 2 th.,
6705 Esbjerg Ø, tlf. 75145262, E-mail: Ig@esenet.dk

Onkologisk Ambulatorium, afd. 531, Sydvestjysk Sygehus
Esbjerg, Haraldsgade 7A, 6700 Esbjerg,
Tlf.: 7918 2233

SIG Transplantation:
Formand: Tina Lanther
Faksingevej 6, 2700 Brønshøj
Tlf. 3879 2245, E-mail: lanther@jubiimail.dk

KMT-afsnittet 4043/4044, Rigshospitalet
Tlf. 3545 4945, E-mail: lanther@rh.dk

Sekretær: Hanne Thomsen
Stenmaglevej 9, 2700 Brønshøj
E-mail: caha@thomsen.mail.dk

Hæmatologisk Afdeling L121, KAS Herlev
E-mail: hahtho@herlevhosp.kbhamt.dk

SIG Seksualitet:
Formand: Susanne Larsen
Rådgivende sygeplejerske og kursusleder
På rehabiliteringscenteret Dallund,
Dallundvej 63, 5471 Søndersø
Tlf: 64891134/ 63891408.
Mail: sus@dallund.dk

SIG Smerte:
Formand: Anne Marie Kjærsgaard-Andersen,
Bekkasinvej 29, 8283 Hinnerup
Tlf. 8691 1683, E-mail: amka@dadlnet.dk

Palliative Team, Randers Centralsygehus
Tlf. 8910 2219, E-mail: aka@rc.aaa.dk

Sekretær: Connie Uldal Hansen
Århus Kommunehospital, onkologisk afdeling D 3:
Tlf. 8949 2569,
E-mail: connieuldal@hansen.mail.dk

SIG Palliation:
Formand: Marie-Helene Olsen
Privat: Søborghus Park 15 1.tv, 2860 Søborg
Tlf.: 4827 9003

Herlev Hospital, Onkologisk afdeling, Team MP.
E-mail: marols07@heh.regionh.dk

Sekretær: Lene Møller
Privat: Fredensgade 29, 8800 Viborg
Tlf.: 8661 183, E-mail: finnoglene@mail.dk

Arb.: Onk. hæm afd. M-13-1, Heibergs Alle 4,
Viborg Sygehus, 8800 Viborg, Tlf.: 8927 2131

SIG Træthed/Fatigue:
Formand: Helle Gyldenvang
Tværvej 58, 2830 Virum
Tlf. 4585 0717, E-mail: hellegyldenvang@yahoo.dk

Onk. Amb. 5012, Finsencenteret, Rigshospitalet
Tlf. 3545 5012

Sekretær: Karen Anna Riis-Petersen
Svanemøllevej 21, 2100 København Ø
Tlf.: 3927 1683, E-mail: karp@get2net.dk

Onkologisk amb. 5014, Finsencenteret, Rigshospitalet
Tlf. 3545 5014 / 3545 4817, E-mail: rh10206@rh.hosp.dk

SIG Projektsygeplejersker:
Formand: Fie Budtz
Agerbækvej 8B, 8240 Risskov
Tlf. 8617 420, E-mail: Budtz4@mail1.stofanet.dk

Sektor for klinisk forskning, Onkologisk Afd. D
Århus Universitetshospital, Tlf. 8949 2609, Fax 8949 2606
E-mail: fbudt@as.aaa.dk

Sekretær: Annette Rehmeier, Ellevang 26, 7100 Vejle,
tlf.: 2991 4319, E-mail: rehmeier67@hotmail.com

Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus, 7100 Vejle,
Tlf.: 7940 6042, E-mail: anreh@vgs.vejleamt.dk

Sygelejeforskning,udvikling og formidling:
Formand: Biddy Madsen
Lindevej 42, 5250 Odense SV
Tlf. 6614 3486, E-mail: biddy@madsen.mail.dk

Onk.-hæm.afdeling, Odense Universitetshospital
Tlf. 6541 1654, E-mail: biddy.madsen@ouh.fyns-amt.dk

Sekretær: Lone Jørgensen
Krogestykket 51, 2730 Herlev
Tlf.: 4494 0846, E-mail: lonejorg@joergensen.mail.dk

Hæm. afd. 121, KAS Herlev, 2730 Herlev
E-mail: LoJr@herlevhosp.kbhamt.dk

SIG Strålebehandling:
Formand: Mona Bjærre
Skelagervej 516, 8200 Århus, Tlf. 8678 3014

Strålebehandlingsafsnittet, Århus Kommunehospital
Tlf. 8949 2493, Email: monab@akh.aaa.dk

Sekretær: Mette Kirstine Jensen
Hørsholmsgade 16 4. th., 2200 København N,
tlf.: 3583 7738 / 2250 5538,
E-mail: mettekirjen@get2net.dk

Stråleterapien 50F1, Herlev Sygehus, Herlev ringvej 75,
2730 Herlev, tlf.: 4488 3108

SIG-transplantation

Aktiviteter i 2. halvdel af 2006/ 1. halvdel af 2007:

Gruppen holder tre årlige møder på i alt fem dage, og der er optaget tre nye medlemmer i gruppen i perioden. To medlemmer forlader gruppen i september d.å.

Alle afdelinger, der arbejder med stamcelletransplantation er fortsat repræ-senteret med to medlemmer:

- Tina Lanther, Formand, KMT-afsnittet 4043/44, Rigshospitalet (afgående).
- Hanne Thomsen, Næstformand og sekretær, Hæmatologisk Afdeling L121, Amtssygehuset i Herlev.
- Janet Søsborg Andersen, Web-redaktør, Intensiv Børneafdeling 5061, Rigshospitalet.
- Lene Heibing, Hæmatologisk Afdeling L121, Øst, Amtssygehuset i Herlev.
- Ann-Mari Berthelsen, KMT-afsnittet 4043/44, Rigshospitalet
- Susanne Morsø, Hæmatologisk Afdeling X1, Odense Universitetsho-spital.
- Susanne Hein Larsen, Hæmatologisk Afdeling X1, Odense Universitetshospital (afgående).
- Lone Frandsen, Hæmatologisk Afdeling 7V, Aalborg Sygehus Syd.
- Liza Kristensen, Hæmatologisk Afdeling 7V, Aalborg Sygehus Syd.
- Maja Marie Nielsen, Hæmatologisk Afdeling R70, Århus Sygehus.
- Tove Brems Sørensen, Hæmatologisk Afdeling R, Århus Sygehus.

SIG-transplantation har arbejdet på at færdiggøre pjecen "Gode råd til dig som pårørende – ved højdosis kemoterapi med stamcellestøtte".

Pjecen er udarbejdet på grundlag af fokusgruppeinterview med pårørende, foretaget af gruppens medlemmer. Interviewene blev brugt som retningsviser for, hvad pårørende kan finde svært og belastende under den længerevaren-de indlæggelse i forbindelse med højdosiskemoterapi med stamcellestøtte, og hvilke problemer der kan opstå efterfølgende. Gruppen har suppleret med viden og erfaringer i informationsdelen.

Pjecen er færdig, og vil fra ca. 1. oktober 2007 være tilgængelig i de afdelinger der behandler de pågældende patienter. Det er planen, at den senere skal være tilgængelig på SIG-transplantations hjemmeside.

Gruppens arbejde med de pårørende var på programmet ved Round Table på FSK landkurset 2006.

Desuden præsenterede gruppen fokusgruppeinterview-undersøgelsen på en poster ved European Bone Marrow Transplantation Group`s årsmøde i Lyon i foråret 2007.

Gruppen havde i november tre repræsentanter med til "11. Nordic Forum for nurses working with stam cell transplantation" I Oslo. Emnet var rehabilitering, og indholdet blev beskrevet i "Fokus på kræft & sygepleje" nr. 1, 2007.08.29.

Vi har i gruppen besluttet at udskyde arbejdet med ensretning af retningslinjerne for isolations- og kostregimer.

På næste møde i september tager vi i stedet hul på at undersøge arbejdsmiljøproblemerne vedr. arbejdet med DiMethylSulfOxid (DMSO) – et kemisk stof der anvendes ved nedfrysning af stamceller og som patienterne udskiller efter reinfusionen.

På alle møder drøfter vi indledningsvist aktuelle faglige problemstillinger og patientcases. Denne form for vidensdeling og erfaringsudveksling giver stort udbytte for gruppens medlemmer, der har nogen variation i anciennitetен i arbejdet med transplantationspatienter.

Endelig pågår vores web-redaktørs arbejde med opdatering af hjemmesiden.

SIG-palliation

Hermed en opdatering i forhold til arbejdet i SIG palliation.

Gruppen har eksisteret siden 1995 og har været ret så stabil hvad angår gruppemedlemmer. Der er aktuelt 9 medlemmer, med en bred repræsentation fra både Hospices, palliative teams, hæmatologiske samt onkologiske afdelinger. Heldigvis har vi oplevet stor opbakning til vore møder, på trods af at alle jo har travle hverdage.

Formålet med arbejdet i SIG palliation er bla. at formidle ideer til forbedring af de palliative tilbud, og at udvikle og formidle den palliative viden. Herudover er der vores erfaringsudveksling, hvor vi bliver opdateret i forhold til nye tiltag rundt omkring i landet. Vi sponsoreres af Norpharma.

Faglige fokusområder

Ældre mennesker

Vi har i 2006 afsluttet arbejdet med emnet "ældre mennesker", og vi forventer, at den udarbejdede artikel publiceres i "Fokus på kræft og sygepleje", snarest muligt. Artiklens forfatter er Rose Conrad. Gruppens arbejde med emnet har fortrinsvis været litteraturstudier og diskussioner på møder og pr. mail. I maj 2005 inviterede gruppen psykolog Karen Munk til et oplæg med udgangspunkt i hendes Ph.d. afhandling om belastninger i alderdommen. Gruppen udarbejdede i 2005 en poster med titlen "Se mennesket" med fokus på det ældre menneske. Posteren blev præsenteret på Landskurset 2005.

Væske og ernæring

Gruppen har igennem de seneste to år arbejdet på at få godkendt en artikel om væske og ernæring. Artiklen er efter en længere redigeringsproces igen sendt til "Sygeplejersken", og forventes publiceret snarest. Artiklen vil efter udgivelsen blive lagt på hjemmesiden. Forfatterne af denne artikel er Helle Mathiesen og Lene Møller.

Hospice

Gruppen har publiceret indlægget "Dør man på hospice- ja, nogle gør" i "Fokus på Kræft og Sygepleje", nr. 2, 2006 side 4. Formålet var at skabe opmærksomhed på det faktum at nogle patienter udskrives fra Hospice såfremt deres tilstand stabiliseres og opgaven kan løses andetsteds. Artiklens forfattere er Bente Clausen og Helle Jürs.

Deltagelse i arbejdsgrupper

Gruppen har hidtil modtaget mødereferater fra Sundhedsstyrelsens følgegruppe til den palliative indsats. Følgegruppen blev opløst i starten af dette år. Deres anbefalinger er med i kræftplan II.

Gruppen har en repræsentant, Lene Møller, i den nationale arbejdsgruppe vedr. NIP lungecancer. Deltagelse i konferencer

FSK's Landskursus 2006. Gruppen var repræsenteret med tre medlemmer. Gruppen deltog med planlagt "Round Table"-diskussion. Diskussionsspørgsmålene var bla.: Hvordan lever vi op til patienternes ønske om valgfrihed for deres sidste tid? Kæver palliationspatienter tilknytning til eksperter?

Fremtiden:

Palliationens diskurs og eutanasi

Vi har i både 2006 og 2007arbejdet med palliationens diskurs. Hvordan taler vi om palliation? Hvordan fortæller vi hinanden og omverdenen om, hvad palliation er? Gruppen engagerede i september 2006 psykolog Bo Snedker Boman til oplæg om emnet. Mulighederne i at anvende livsfortællinger, som arbejdsredskab både i forhold til patienter, kolleger og sig selv kan nuancere drøftelser i palliationen, altså præge diskursen.

Derudover har vi fokus på begrebet "eutanasi", og vil gerne som fagpersoner blande os i den offentlige debat. Til mødet i september skal vi mødes med filosof, Torben Andresen som er en af forfatterne i bogen "medens vi venter på døden". Han argumenterer for at eutanasi nogle gange er det rigtige valg… Det bliver uden tvivl en spændende debat, som I forhåbentlig kan læse om i "Fokus på Kræft og Sygepleje" på et senere tidspunkt.

Ernæring – fordi vi ikke kan lade være

SIG-ernæring

SIG ernæring er en gruppe af glade og engagerede sygeplejersker der gerne vil bidrage med nytænkning og debat omkring ernæring til cancerpatienter.

Et emne der jo kun til stadighed bliver mere og mere aktuelt og som vi alle i gruppen brænder for.

Vi består for nuværende af medlemmer fra Odense, Herlev & Rigshospitalet. Fra januar 2007 fik vi desuden ny sponsor i Fresenius Kabi og firmaet er repræsenteret i gruppen af Mattias Afzelius, produktchef for enteral ernæring. Et samarbejde vi er rigtigt glade for.

Men med ønsket om at kunne bibringe vores kollegaer rundt om i landet pjecer, temadage, debat etc. etc. kræves noget mere "Nurse – power" i gruppen til at løfte opgaven.

Derfor er nye medlemmer i gruppen er noget af det, der står højt på ønskelisten i det næste år for SIG ernæring.

Vi har derfor lagt en del arbejde i at udbrede kendskabet til SIG ernæring og f.eks. udarbejdet reklamepostkort.

Så hvis der sidder sygeplejersker med lyst til at dele deres erfaringer og viden om ernæring, med andre engagerede kollegaer i SIG ernæring – så ser vi frem til at møde jer!

SIG ernæring har desuden de seneste år bla. udarbejdet en pjece om fiskeolier, et emne der jo kun bliver mere og mere aktuelt i forhold til cancer patienter.

Ligeledes har vi i gruppen de seneste år arbejdet med et litteraturstudie om ernæringsmæssige problemstillinger hos patienter med synkebesvær og om problemstillinger relateret til patienter der får sondeernæring.

Det er jo dejligt og udviklende at få mulighed for at læse og søge litteratur omkring fagrelevante emner, og diskutere det med ligeså ernærings-tossede kollegaer.

Men vores arbejde skulle jo også gerne gøre en forskel og give kollegaer rundt om i landet et input omkring ernæring.

Vi har derfor store ambitioner om at udarbejde et materiale omhandlende myter & fordomme i forhold til cancerpatienter & ernæring/sondeernæring.

Hvad er myte og hvad er fakta? Hvad finder man i litteraturen eks. ESPEN guidelines?

Det bliver et af gruppens fokusområder det næste år.

Igennem det seneste år har medlemmer fra gruppen ligeledes deltaget i forskellige kurser.

Bl.a. et meget spændende workshop/netværkskursus under projekt "Grænseløs sundhed" med fokus på mellemmåltidet og på DSKE´s årsmøde i Århus i maj.

Dage, der bibringer med inspiration til gruppen og i det daglige arbejde.

Vi glæder os alle til at arbejde videre i gruppen det næste år.

På vegne af SIG-ernæring
Anne-Lene Rye Markussen

annonce

FOLFusor
til cytostatikabehandling

✓ Stort udvalg i små pumper til cytostatikabehandling
✓ UVA filter
✓ Stabilitetsdata på cytostatika

MD2007006DK
Baxter A/S Gydevang 43 • 3450 Allerød
Tlf.: 4816 6400 • www.baxter.dk
Baxter

SIG-strålebehandling

Sig strålebehandling er en gruppe af sygeplejersker, der arbejder i de afsnit på de onkologiske afdelinger, der giver strålebehandling. Vi er i øjeblikket repræsenteret fra 3 af landets 6 strålebehandlings afdelinger; Vejle, Herlev og Århus.

Karin Kryger, Vejle
Mette Jensen, Herlev
Eva Kjærsgaard, Århus
Mona Bjærre, Århus

Vores mål er, at alle landets stråleterapier bliver repræsenteret. Men pga. økonomien har vi nu kun råd til at eksistere med 5 medlemmer. Vi arbejder for tiden på at få et 5. medlem, så hvis du er interesseret så send en ansøgning til FSK

Gruppen arbejder med at udbrede kendskabet til strålebehandling og har i perioden 2006 – 2007 haft fokus på plejepersonalet i primærsektoren, da de for en del af vores patienter er en vigtig samarbejdspartner. Vi har udarbejdet en pjece til uddeling til ovennævnte faggruppe: "Hvad er stråler"?, og vi har haft en artikel i FOA's fagblad, Fag og Arbejde i februar 2007: Sådan foregår strålebehandling.

Pjecen er udgivet via vores hjemmeside, som kan ses ved at gå ind på www.dsr.dk , og derfra kan man gå på FSK hjemmeside og så videre til vores. Her er der også et link til artiklen i FOA´s fagblad.

Der er i øjeblikket stort fokus på ventelister og effektivitet i forhold til strålebehandling. Vi har valgt fremover at arbejde med at beskrive sygeplejen i en strålebehandlingsafdeling. Hvorfor skal det være sygeplejersker, der giver strålebehandling, og hvor kan vi gøre en forskel?

SIG-træthed

Pjece

Vore pjece "Træthed hos patienter med kræft" er nu trykt i 10.000 eksemplarer i denne udgave. Der er stor efterspørgsel på pjecen fra både medicinske og kirurgiske afdelinger, patientforeninger og Kræftens Bekæmpelse. Også fra Sverige og Norge kommer der forespørgsler, og vi er selvfølgelig meget glade for, at så mange finder pjecen anvendelig.

Undervisning

Interessen for at øge sin viden om træthed/fatigue er stadig stor. Vi har mange undervisningeopgaver af sygeplejersker på grundniveau og efteruddannelse, og tiltagende efterspørgsel blandt patienter og pårørende. Dette er et krævende, men også utrolig spændende arbejde, der muligør dialog med mange forskellige mennesker, og vedvarende udvider vores egen horisont. Samlet er flere tusind sygeplejersker rundt om i landet nu undervist i træthed/fatigue,– og vi håber, at det er at mærke ude blandt patienterne!

Revision og opdatering af vores fælles undervisningsmateriale, er en af de næste opgaver, som gruppen skal igang med.

Litteratur

Der kommer vedvarende nye artikler om fatigue fra udlandet. I gruppen har vi det sidste års tid intensiveret vores viden om kritisk litteraturlæsning i håb om at blive bedre til at validere artiklerne. Til alle artikler bliver der lavet et såkaldt "forklæde", der giver en hurtig oversigt over artiklens emne, resultater m.m.

Nordisk samarbejde

Det var gruppens intension at få lavet en Nordisk interessegruppe for Træthed/Fatigue, da så megen litteratur er udarbejdet uden for Norden. Vi har også skabt nogle kontakter, men indtil videre bliver fællesskabet på korrespondence niveau. Vi håber at have ressourcer i gruppen, til engang i fremtiden at få etableret et egentlig møde.

Hvad laver I andre?

Vi synes selvfølgelig altid, at det er spændende at høre hvad I andre laver vedrørende træthed. Har I interessegrupper på arbejdspladsen, skriver du projekt eller lign. så kom meget gerne og fortæl os om det, så vi kan inspirerer hinanden.

Hvordan er det at arbejde i SIG Træthed?

Det er selvfølgelig både sjovt, udfordrende og spændende!

Vi er nu 7 medlemmer fra hele landet, der mødes 3 gange om året, (den ene gang er til et 2 dags møde). Vi er en blanding af erfarne og nyere medlemmer. Vi får tjenestefri på vores mødedage, men andet arbejde er i fritiden, medmindre andet aftales lokalt. Dette bevirker, at vi i alle årene har tilstræbt at have et godt socialt fællesskab, så alle har lyst til at yde denne ekstra arbejdsindsats. Udgifter dækkes af en sponsor, som for os, resten af året, er Roche a/s.

Forventningerne er, at man selvsagt har en interesse i at forøge sin viden om træthed/fatigue og i at dele denne viden med sine kollegaere nær eller fjern. For at kunne dette er læsning af engelske artikler en forudsætning, men vi tilstræber at dele denne opgave med hinanden.

Kontakt

Har du spørgsmål til ovenstående, vil rekvirere vores pjece eller har arbejdet i SIG Træthed din interesse, er du velkommen til at kontakte gruppens formand:
Helle Gyldenvang, E-mail: hellegyldenvang@yahoo.dk

SIG-emesis

Baggrund

Vi er en Speciel Interesse Gruppe som består af 10 medlemmer, som er repræsenteret fra onkologisk- og hæmatologiske afdelinger (Roskilde, Herlev, Rigshospitalet, Esbjerg, Vejle, Århus og Aalborg).

Formål

SIG-Emesis fokuserer på sygeplejen til kræftpatienter, som har kvalme og opkastning relateret til deres sygdom og kræftbehandling. Vores fokus er på den forebyggende, lindrende og behandlende del af sygeplejen.

Igangværende aktiviteter 2007

Vi har også i år fokus på antiemetika guidelines, og anbefaler de internationale MASCC – Antiemetic – Guidelines. Implementering og undervisning i de nye guidelines som opdateres hvert ½ år forsøger vi at gøre på vores arbejdspladser, til FSK medlemmer via indlæg på landskursus, FSK bladet og på vores website (www.dsr.dk/fs13 - faglig sammenslut-ning - SIG Emesis).

Du kan læse mere om de aktuelle guidelines på vores website, på www.mascc.org og under punktet kemo- eller stråleinduceret behandling af k/o på www.skaccd.org

Som følge af nye behandlinger udvikles nye antiemetika og hertil har vi lavet patientin-formationer hvilket i år er med de nyeste præparater Emend (Aprepitant) og Aloxi (Palonosetron). Alle vores patientinformationer er lavet på dansk og engelsk og kan hentes fra vores website og må meget gerne anvendes af afdelinger.

EONS har udarbejdet to pjecer vedr. kvalme og opkastning med pleje og informationsråd til sygeplejersker og handlingsanvisninger til patienterne. Pjecerne har inspireret os, og vi forsøger aktuelt at få pjecen til patienter oversat og tilpasset danske forhold og dermed kunne give en opdateret og mere generel information om kvalme og opkastning til patienter i kemoterapi, som i indhold og opbygning ligner træthedspjecen som SIG Fatigue har lavet til kræftpatienter. Vi vil ligeledes udarbejde en pjece til hjemmesygeplejersker som i dag skal støtte mange kræftpatienter i at håndtere kvalme og opkastning i hjemmet.

SIG Emesis har i år været repræsenteret med en betalt deltager til hhv. MASCC kongres, St. Gallen i Schweiz. (repr. ved poster) og ECCO kongres i Barcelona, Spanien.

Vores formål med deltagelsen er, at holde os ajour, udbrede den nyeste viden og blive in-spireret til at udvikle sygeplejen yderligere indenfor k/o, og vi har i den forbindelse fået skabt flere brugbare kontaker, vi håber at få glæde af.

Vi vil igen som altid deltage i landskurset og medbringer i år posteren fra MASCC kon-gressen, samt stand med patientinformationer og guidelines fra MASCC og eksempler på hvordan kvalmeinstrukser fra forskellige onkologiske centre med hver deres eget design ser ud. SIG-Emesis medlemmer vil være til stede og vil gerne i dialog og besvare spørgs-mål, og evt. nye medlemmer er meget velkommen.

I 2008 håber vi at lave en audit på vores implementering af de anbefalede antiemetika guidelines, og vi drøfter aktuelt om vi skal lave et e-learnings program til vores website om sygepleje til patienter med kvalme og opkastning (ikke-behandlingsinduceret).

SIG – Emesis sponseret af hhv. Glaxo Smith-Kline og Merck Sharp & Dohme.

Nyt fra SIG-FUF 2007

Formålet med SIG – FUF er, at styrke forskning og udvikling inden for sygepleje til mennesker med kræft samt at styrke formidling af viden om forskning, udvikling og implementering inden for området.

De sidste gange har gruppen holdt arbejdsmøder af 8 timeres varighed. Dette giver mulighed for fordybelse samt mulighed for at lave forskellige oplæg sammen. Den nye struktur har fungeret godt og vi har derfor besluttet at fortsætte med denne arbejdsform.

Nogle af de centrale spørgsmål vi har arbejdet med er: Hvordan kan vi styrke formidlingen af sygepleje? Hvordan deler vi viden med hinanden? Hvordan kommer ny viden ud til patienterne?

Formidlingen af sygepleje kan foregå på forskellige niveauer. Blandt andet vil gruppen fortsætte med at skrive resumeer af forskningsartikler til Fokus på sygepleje og kræft. Desuden vil gruppen afholde 2 temadage om formidling af sygepleje. Vær opmærksom på annoncering i Fokus på kræft og sygepleje.
Opmærksomheden på ny viden inden for kræftfeltet kan endvidere styrkes ved at sætte fokus på ph.d.-projekter der er lavet inden for området. For fortsat at følge forskning og udvikling indenfor sygepleje til mennesker med kræft har gruppen derfor besluttet at synliggøre igangværende og afsluttede phd-projekter på SIG – FUF´s hjemmeside.

Et andet nyt tiltag er, at FSK's medlemmer får mulighed for rådgivning i konkrete spørgsmål om forsknings- og udviklingsprojekter. Dette kan bl.a. ske på Landskurset 6.-7. november 2007 på SIG-FUF's stand.

Udviklingen sker generelt hurtigt og SIG – FUF må tage konsekvenser af tidens trend. På denne baggrund arbejder gruppen fortsat med at styrke egne kompetencer inden for forskning, udvikling og formidling. Kommissorium for SIG-FUF bliver løbende revideret. Senest er det revideret marts 2007.

Gruppen fortsætter endvidere med at diskutere artikler inden for henholdsvis kvalitativ og kvantitativ forskning, eller artikler der problematiserer og forholder sig kritisk til aktuelle emner inden for (kræft) sygepleje. Senest har vi diskuteret evidensbegrebet ud fra bl.a. Regner Birkelunds artikel "Debat om evidensbaseret sygepleje". Se resumé i Fokus på kræft og sygepleje nr. 2, 2007.

I gruppen har vi måtte erkende, at ikke alt kan lade sig gøre. Siden 1999 har gruppen arbejdet på at få registreret igangværende og afsluttede sygeplejefaglige forsknings- og udviklingsprojekter inden for kræftområdet i en database på SIG-FUF's hjemmeside. Der er lagt megen energi i arbejdet med databasen uden at det er lykkedes at få registreret ret mange projekter.

Der kan være mange forklaringer på den manglende registrering og gruppen har bedt DSR om support og økonomisk bistand til at optimere databasen, hvilket de ikke har mulighed for at imødekomme. Da databasen således ikke giver et reelt billede af hvad der foregår inden for kræftsygepleje, har vi besluttet at lukke databasen for registrering og har kontaktet Dansk Dataarkiv mhp. overtagelse af data. Desværre falder databasens data ikke ind under Dansk Dataarkiv formål.

Ansvaret for den fortsatte udvikling og opdatering af hjemmesiden er nu overgivet til FSK's bestyrelse.

På vegne af SIG – FUF Lone Jørgensen,
udviklingssygeplejerske,
hæmatologisk afd. L, Herlev Hospital.

Sig-smerte

Kræft forbindes ofte med smerter og smerte vil ofte påvirke kræftpatienten i hverdagen. Det oplever vi i vores kliniske praksis indenfor kræftsygeplejen.

I SIG- smerte har vi været særligt optaget af, hvordan vi kan "formidle viden og erfaring til kollegaer og andre relevante faggrupper", og hvordan vi kan "medvirke til aktivt at udvikle sygeplejen til kræftpatienter med smerter", som det er beskrevet i gruppens formål. Dette jo med henblik på at optimere indsatsen overfor kræftpatienter med smerter – også for de patienter som ikke er i et onkologisk forløb.

SIG gruppens medlemmer har gennem længere tid formidlet viden om smerter og pleje/behandling til kræftpatienter med smerter i form af undervisning til kollegaer, studerende og i andre sammenhænge. For at brede undervisningen mere ud, besluttede vi, at fokusere vores arbejde hen imod et "Train the Trainer" kursus. Vi har måttet erkende, at det er et tidskrævende arbejde og har revurderet vores målsætning.

I første omgang fokuserer vi således på at udarbejde et fælles undervisningsmateriale, med udgangspunkt i den nyeste litteratur og i videst mulig udstrækning evidensbaserede viden, samt naturligvis i den viden og erfaring gruppens medlemmer har erhvervet gennem flere års arbejde indenfor feltet.

At hjælpe kræftpatienten til lindring af smerterne er en tværfaglig indsats, der bygger på en helhedsforståelse af det enkelte menneske og en forståelse af smerte som totaloplevelse for den enkelte. Hjælpen består således af andet og mere end medicinsk behandling. Sygeplejersken spiller en aktiv rolle i alle dimensioner af hjælpen og har nogle selvstændige handlemuligheder i den direkte kontakt med patienten. Det er dog i litteraturen den medicinske behandling, der er mest fokus på. Derfor har vi i undervisningsmaterialet vægtet, at sygeplejen og sygeplejerskens rolle og handlekompetencer, skal have særligt fokus.

Undervisningsmaterialet er tænkt som anvendelig for sygeplejersker, som arbejder som nøglepersoner inden for smerteområdet eller kunne tænke sig at blive det. Undervisningsmaterialet er opbygget i afsnit med forklaringer og baggrundsoplysninger om de enkelte temaer og dias, der anvendes til temaet. Undervisningsmaterialet kan anvendes i sin helhed, men også som inspiration til at tilrettelægge undervisning, med udgangspunkt i målgruppen og tidsramme.

I SIG gruppen har vi i flere år til vores møder præsenteret en patientcase, som vi har drøftet for at dele vores erfaringer og viden med hinanden. I undervisningsmaterialet gives eksempler på cases for at eksemplificere de situationer, vi møder i vores kliniske praksis.

Endelig har vi besluttet, at invitere nøglepersoner fra vores respektive arbejdssteder til at deltage i et møde, hvor vi vil afvikle undervisningen for, at afklare om undervisningsmaterialet skal yderligere bearbejdes. Når undervisningsmaterialet er færdigt vil vi tage stilling til, om der skal arbejdes videre med et "Train the Trainer" kursus.

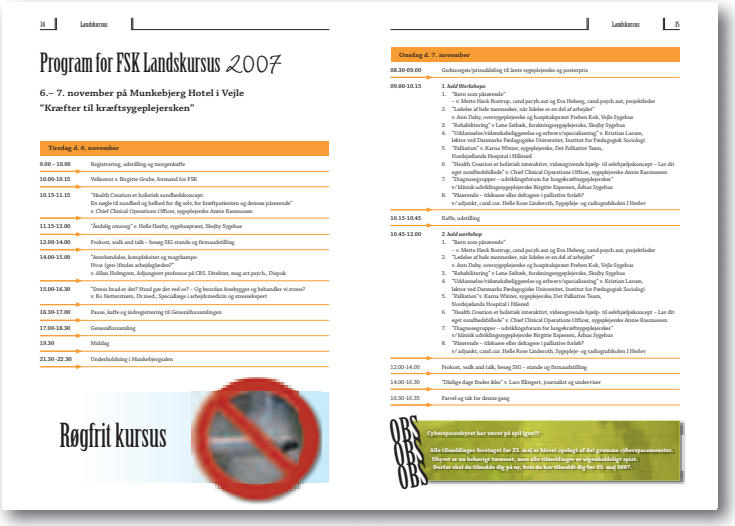
Der har været en del ændringer i gruppen sammensætning de sidste år, der er kommet nye medlemmer og flere overvejer at træde ud af gruppen. Arbejdsvilkårene for gruppens medlemmer er gennem de sidst 3-4 år ændret og flere har problemer med at få fri til at deltage i SIG gruppens møder.

SIG gruppen har hvert år deltaget i landskurset med indlæg eller aktiviteter for SIG grupperne.

Ved Anne Marie Kjærsgaard-Andersen
og Dorte Bennike

Landskursus 6. & 7. november 2007 på Munkebjerg i Vejle

For tilmelding og program:
Se sidste nummer af Fokus på Kræft og Sygepleje



34 Landskursus

Program for FSK Landskursus 2007

6.– 7. november på Munkebjerg Hotel i Vejle
"Kræfter til kræftsygeplejersken"

Tirsdag d. 6. november

9.00 – 10.00	Registrering, udrelling og morgenkaffe
10.00-10.15	Velkomst v. Birgitte Grube, formand for FSK
10.15-11.15	"Health Creation et holistisk sundhedskoncept: En nøgle til sundhed og balhed for dig selv, for kræftpatienten og dennes pårørende" v. Chief Clinical Operations Officer, sygeplejerske Annie Rasmussen
11.15-12.00	"Ærlelig omsorg" v. Helle Hørby, sygehuspræst, Skejby Sygehus
12.00-14.00	Frokost, walk and talk – besøg SIG stande og firmaudstilling
14.00-15.00	"Anerkendelse, kompleksitet og magtkampe: Hvor (gør) Hvides arbejdsglædest?" v. Allan Holmgren, Adjunguæret professor på CBS. Direktør, mag.art.psych., Dispuk
15.00-16.30	"Stress hvad er det? Hvad gør det ved os? – Og hvordan forebygge og behandler vi stress? v. Bo Netterstrøm, Dr.med., Speciallæge i arbejdsmedicin og stressskæret
16.30-17.00	Pause, kaffe og indregistrering til Generalforsamlingen
17.00-18.30	Generalforsamling
19.30	Middag
21.30 -22.30	Underholdning i Munkebjergsalen

Røgfrit kursus

Landskursus 35

Onsdag d. 7. november

08.30-09.00	Godmorgen/prisuddeling til årets sygeplejerske og posterpris
09.00-10.15	*2. halvf Workshops:* 1. "Børn som pårørende" – v. Metta Hack Rostrup, cand.psych.ast og Eva Heborg, cand.psych.ast, projektleder 2. "Ledelse af hele mennesker, når ikkeke er en del af arbejdet" v. Ann Dahy, oversygeplejerske og hospitalspræst Preben Kok, Vejle Sygehus 3. "Rehabilitering" v Lene Selbæk, fordrningssygeplejerske, Skejby Sygehus 4. "Uddannelse/videreuddeelsesgeeslse og erhvervs/specialisering" v. Kristian Larsen, lektor ved Danmarks Pædagogiske Universitet, Institut for Pædagogisk Sociologi 5. "Palliation" v. Karna Winter, sygeplejerske, Det Palliative Team, Nordsjællands Hospital i Hillerød 6. "Health Creation et holistisk interaktivt, videregivende hjælp- til selvhjælpskoncept – Lav dit eget sundhedsbilede" v. Chief Clinical Operations Officer, sygeplejerske Annie Rasmussen 7. "Diagnosegrupper – udviklingsforum for kæøgskræftsygeplejerske" v/ klinisk udviklingssygeplejerske Birgitte Espersen, Århus Sygehus 8. "Pårørende – tilskuere eller deltagere i palliative forløb? v/ adjunkt, cand.cur. Helle Rose Linderoth, Sygeplejr- og radiografskolen I Herlev
10.15-10.45	Kaffe, udrelling
10.45-12.00	*2. halvf workshop* 1. "Børn som pårørende" – v. Metta Hack Rostrup, cand.psych.ast og Eva Heborg, cand.psych.ast, projektleder 2. "Ledelse af hele mennesker, når ikkeke er en del af arbejdet" v. Ann Dahy, oversygeplejerske og hospitalspræst Preben Kok, Vejle Sygehus 3. "Rehabilitering" v Lene Selbæk, fordrningssygeplejerske, Skejby Sygehus 4. "Uddannelse/videreuddeelsesgeeslse og erhvervs/specialisering" v. Kristian Larsen, lektor ved Danmarks Pædagogiske Universitet, Institut for Pædagogisk Sociologi 5. "Palliation" v. Karna Winter, sygeplejerske, Det Palliative Team, Nordsjællands Hospital i Hillerød 6. "Health Creation et holistisk interaktivt, videregivende hjælp- til selvhjælpskoncept – Lav dit eget sundhedsbilede" v. Chief Clinical Operations Officer, sygeplejerske Annie Rasmussen 7. "Diagnosegrupper – udviklingsforum for kæøgskræftsygeplejerske" v/ klinisk udviklingssygeplejerske Birgitte Espersen, Århus Sygehus 8. "Pårørende – tilskuere eller deltagere i palliative forløb? v/ adjunkt, cand.cur. Helle Rose Linderoth, Sygeplejr- og radiografskolen I Herlev
12.00-14.00	Frokost, walk and talk, besøg SIG – stande og firmaudstilling
14.00-16.30	"Dårlige dage findes ikke" v. Lars Klingert, journalist og underviser
16.30-16.35	Farvel og tak for denne gang

OBS OBS OBS

Cyberspaceabyrret har været på spil igen!!!

Alle tilmeldinger foretaget før 23. maj er blevet opslugt af det grumme cyberspacemæster. Ubyrret er nu beherige tømmet, men alle tilmeldinger er øjeblikkeligt sprut. Derfor skal de tilmelde dig på ny, hvis du har tilmeldt dig før 23. maj 2007.

Vi glæder os til vi ses....

Har du lyst til at gå i gang med et projekt eller er du allerede i gang?

Så besøg SIG-FUF's stand på Landskurset 6.-7. november 2007.

Her har du mulighed for at diskutere dine tanker om et projekt/projektet og måske komme et skridt videre!

Præsentation af profilundersøgelsen på Landskursus for kræftsygeplejersker

Projektsygeplejerske i onkologien

SIG for projektsygeplejersker præsenterer en undersøgelse, der sætter fokus på onkologiske projektsygeplejerskers faglige profil.

På baggrund af en spørgeskemaundersøgelse udsendt til alle projektsygeplejersker samt et fokusgruppeinterview med 5 projektsygeplejersker belyses:

- Hvem udgør nutidens projektsygeplejerske
- Hvordan oplever projektsygeplejersker deres arbejde og hvilke fremtidige arbejdsopgaver ser de
- Ønsker til fremtidige kurser og uddannelsesmuligheder

Opstilling til FSK bestyrelsen

Birgitte Grube

Jeg har været medlem af FSK i 4 år, de 3 af dem som formand, og tro mig det er meget svært at slippe. Når man først har oplevet at der bliver lyttet til én, at man kan være med til at sætte dagsordenen for sygeplejerskerne der arbejder indenfor kræftområdet og selvfølgelig de mennesker der lever med en kræftsygdom, ja, så føler man at man gør en forskel!

Jeg mener det er meget vigtigt at de faglige selskaber markerer sig i den politiske debat, og i øjeblikket er der meget fokus på kræftområdet. Her tænker jeg på at kræft nu skal behandles akut, hvilket betyder at patienterne skal tilbydes behandling 48 timer efter at de har fået stillet diagnosen. Jeg tror at det vil betyde store forandringer i sygeplejen, vi vil få arbejdsopgaver fra lægerne og vi vil skulle afgive opgaver til SOSU assistenterne. Jeg vil stadig gerne bruge min mulighed og stemme til at markere vores felt i det politiske spil, derfor genopstiller jeg til FSK bestyrelse.

Nina Wendelboe

Jeg hedder Nina Wendelboe, er 49 år gammel og er sygeplejerske fra 1981. Siden 1998 har jeg været ansat på gynækologisk/ onkologisk afdeling, Skejby sygehus. Jeg har den onkologiske efteruddannelse. Jeg har været med i FSKs bestyrelse som suppleant siden sidste landskursus. Som bestyrelsesmedlem har jeg været nordisk repræsentant. Jeg synes arbejdet i bestyrelsen er meget spændende og lærerigt. Jeg nyder at mødes med de andre, fordi jeg kan mærke at de er engagerede og brænder for deres fag. Vi ønsker alle at arbejde for, at de onkologiske sygeplejersker får den bedste viden og arbejdsbetingelser, hvilket i sidste ende kommer kræftpatienten til gode. Derfor vil jeg gerne fortsætte endnu et år i FSKs bestyrelse.

Dorte Hemmingsen

Efter 2 år som bestyrelsesmedlem har jeg valgt at genopstille til bestyrelsen. Det har været 2 spændende år med gode faglige diskussioner, lange dage og møder samt masser af mails. Da jeg blev valgt ind i bestyrelsen, var vi en ret ny bestyrelse og der har været en del udfordringer undervejs. Alligevel har det været sjovt og lærerigt at være med til at arrangere landskurser, at have kontakt med medlemmer i hele landet og at have mulighed for at bringe kræftsygeplejen på dagsordnen i forskellige sammenhænge. Dette har jeg lyst til at fortsætte med, og ser frem til en spændende periode bl.a. med implementering af vores længe ventede specialuddannelse og et tilsyneladende uforandret fokus på kræftbehandling og ventetider.

Som medlemssekretær er jeg i gang med at ændre vores interne arbejdsgange i forhold til vores samarbejde med DSR. Dette kan forhåbentlig frigive tid fra de administrative opgaver, således at jeg også får mulighed for at deltage i flere og andre typer opgaver i bestyrelsen i fremtiden.

Karen Marie Abildskov

Mit første år i bestyrelsen er snart ovre, og det har bestemt været en god oplevelse for mig. Jeg har fungeret som SIG-koordinator, en mindre post, og har bl.a været bindeled mellem bestyrelsen og SIG-grupperne. Det har været spændende og lærerigt at møde og høre fra sygeplejersker fra det meste af landet, som gør en stor indsats inden for deres interesse-område, hvad angår indsamling, bearbejdning og formidling af viden. Det kan man kun have stor respekt for, især når arbejdet oftest er i fritiden.

Bestyrelsesarbejdet har været et nyt arbejdsområde for mig, og der har været en del nye ting at sætte sig ind i. Jeg synes det organisatoriske arbejde er interessant, og det er derfor en tiltalende måde at yde noget for kræftsygeplejen ud over i det daglige arbejde.

Da jeg har et handicappet barn er min "faglige" fritid begrænset, og jeg stiller derfor op med henblik på en mindre post i bestyrelsen.

Sidse Hertz Larsen

Jeg genopstiller til FSK´s bestyrelse, fordi arbejdet i det faglige selskab tilføjer min interesse for kræftsygepleje en særlig dimension. En aktiv involvering i FSK skaber et overblik over, hvad der sker på kræftområdet i hele landet og er således med til at holde mig ajour og ikke mindst til at inspirere mig til faglig udvikling.

Vi har kontinuerligt i bestyrelsen, på vores arbejdspladser og i vores fagforening diskussioner om hvor vidt det arbejde vi lægger i vores faglige selskab fortsat skal være frivilligt og foregå i vores fritid. Dette er ikke tidspunktet at gå langt ind i den diskussion og mange er også vidende om min mening i den sag. Men under alle omstændigheder vil jeg sige, at arbejdet i FSK´s bestyrelse er yderst inspirerende og åbner døre til muligheder, som gør det værd at være med.

Jeg har under min tid i bestyrelsen skiftet arbejdsplads og er nu ansat i Rigshospitalets onkologiske klinik afsnit 5111, hvor jeg primært yder sygepleje og behandling til lungekræftpatienter i et integreret afsnit med både senge- og ambulatoriefunktion. Jeg vil benytte lejligheden til at takke min afdelingssygeplejerske, fordi hun i den grad bakker mit arbejde i FSK´s bestyrelse op og altid stiller sig positivt overfor de muligheder det medfører for faglig udvikling.

Jeg har fungeret mine to år i bestyrelsen på kassererposten og ser frem til at prøve kræfter med andre opgaver. Jeg brænder for at få mere holistisk og alternativ tankegang ind i sundhedssystemet og ikke mindst på kræftområdet. Jeg ønsker mere æstetik, kvalitet og kreativitet ind i vores pleje og behandling. Patienterne har for længst overhalet os i evnen til at tænke i nye og livgivende baner og det er en falliterklæring, hvis vi ikke tager dette alvorligt og sætter fokus på højden i lige så høj grad som længden i livet.

Med disse ord, håber jeg på endnu en periode i FSK´s bestyrelse, hvor jeg (måske sammen med DIG) kan fortsætte det inciterende arbejde i kræftsygeplejens felt.

KOGNITIV COACHING

Er skrevet af cand.psych., ph.d. og specialist i kognitiv psykoterapi Irene Henriette Oestrich og Frank Johansen, kognitiv coach, civiløkonom og erhvervspsykologisk rådgiver. Bogen er udgivet af Psykologisk Forlag A/S.

Bogen henvender sig til coaches, der ønsker at få indblik i den kognitive coaching og til kognitive terapeuter, der kan bruge bogens opbyggende og livsændrende psykologiske metoder. Alle metoder med solid baggrund i evidensbaseret viden, i kraft af forfatternes mangeårige praktiske og teoretiske viden og erfaringer.

Bogen kan desuden læses af 'almindelige' mennesker, som os sygeplejersker (☺), der ikke har en baggrund indenfor coaching eller kognitiv terapi.

Kognitiv Coaching er en særdeles spændende bog, der, på en meget overskuelig måde, formår at give et stort indblik i denne verden, som vi nok alle har et forhold til, hvad enten det er i form af, "at det er vel nok spændende", eller, at "det må være et modefænomen".

Bogen er veldokumenteret og kommer med mange gode eksempler, som vi alle kan relatere til, hvad enten det er på dagligdags eller mere eksistentielt plan. Du kan med fordel læse bogen for dig selv, og få en personlig gevinst, eller du kan læse bogen til fordel for patienter og pårørende i vanskelige livssituationer, idet den giver mange eksempler på, hvorledes man kommunikerer med mennesker, der kan have brug for guidelines i tilværelsen.

Bogen har fokus på sammenhængen mellem krop og psyke, og giver blandt andet en grundig gennemgang af kroppens stressreaktioner. Der lægges vægt på, at det er vores egen adfærd, der giver anledning til, at stress bliver uhensigtsmæssig.

At der i kognitiv coaching arbejdes med forbindelsen mellem tanker og følelser, krop og adfærd, beskrives i følgende citat:
"Når vi har tiltro til os selv, vil troen flytte bjerge."
"Når vi tror på, at vi tør, får vi mere mod."
"Når vi har mere mod, gør vi med større sandsynlighed det, vi skal gøre."
"Når vi har lyst, så er det vores lyst, der styrer værket."
"Når vi ikke giver op, når vi vores mål."
"Når vi nægter at tabe, vil vi vinde."
"Vi vil vinde, når vi tror på, at vi kan!""

Kognitiv terapi kan endvidere med fordel bruges til at analysere og forbedre arbejdsmiljø, og indtager en holistisk indgangsvinkel til dette. Som optakt til landskurset og appetitvækker til følgende artikler her i bladet, opfordrer vi derfor til at læse artiklen 'Psykisk arbejdsmiljø' i denne udgave af bladet.

"Når vi tænker over det, vi tænker, i stedet for bare at tænke automatisk og bevidstløst, så er vi i stand til at udrette det, vi sætter os som mål, og vi bliver i stand til at regulere vores tanker og følelser" - dette kaldes at arbejde på det metakognitive niveau.

Bogen giver alt i alt et velment og behageligt spark, til at tage sig selv og sit liv alvorligt, og ikke mindst, at tage ansvaret for sig selv og sin egen følelse af glæde ved livet, hvad enten det er på det personlige eller arbejdsmæssige plan.

Da bogen er så velskrevet, let at forstå og alligevel er så tankevækkende, må den simpelthen have

- 166 sider • Kr. 248,00
- Omslagsdesign: Nete Banke/Imperiet

DANSK PSYKOLOGISK FORLAG • WWW.DPF.DK

Af redaktionsmedlem Ditte Therkildsen
Mail : ditte.therkildsen@stofanet.dk

Europæisk transplantationskonference i Lyon 2007

Oplevelser og indtryk fra europæiske knoglmarvstransplantationskongres i Lyon 2007. Med specielt focus på ambulant behandling, rehabilitering, undervisning samt tværfaglige problemstillinger.

Det var en spændende og lærerig oplevelse med mange interessante indlæg og posters, og vi vil hermed formidle nogle af vores indtryk derfra.

En solskinsmorgen i marts var vi 9 fra SIG-transplantation, der rejste til den årlige EBMT – kongres, der i år var planlagt til at blive afholdt i Lyon. EBMT er en årlig tilbagevendende begivenhed. Læger og sygeplejersker fra transplantationscentre i hele Europa mødes, til en kongres, hvor der udveksles ny viden, erfaring samt behandlingsresultater.

Pårørende pjece

I Sig- transplantation har vi i det forløbne år haft focus på de pårørende til de autolog transplanterede patienter. Vi har afholdt focus gruppe interview af pårørende på 3 transplantationscentre i Danmark, og vores data er blevet til en pårørende pjece der udelukkende henvender sig til pårørende. Pjecen hedder ” Gode råd til dig som pårørende ” – ved højdosis kemoterapi med stamcellestøtte. Denne pjece udkommer i løbet af sommeren 2007.

I forbindelse med dette arbejde udformede vi en abstract, der i nov. 2006 blev sendt til EBMT- planlægningsgruppe m.h.p. at præsenterer en poster til EBMT 2007. Posteren fortæller om vores proces, metode og resultater fra vores interview. Den giver udtryk for de pårørendes behov og problemer ved hjælp af citater fra de pårørende.

Vi præsenterede vores poster ved EBMT og alle vores ” handouts ” som lå ved posteren blev taget.

Vores budskab er dermed bredt ud i europa.

Sygeplejedag:

For første gang var der i år 2007 arrangeret en patientdag, som indledte kongressen lørdag 24/3.

Den var kun for arrangørende og bestyrelsen af EBMT, men vi fik fortalt at indlæggene var rigtig spændende og at der vil blive afholdt en lignende dag næste år, så håber vi at det bliver muligt for alle at deltage.

Selve kongressen startede søndag 25/3 med for os sygeplejersker en sygeplejedag. Den var arrangeret af EBMT – nurses group, og omhandlede malignt lymfom og myelomatose behandling og pleje.

Dagen var delt op i sygdomslære, symptomer og behandling, der omhandlede at leve med sygdommen malignt lymfom eller myelomatose samt at forstå den. Generelt var der ikke meget ny information. Mest nyt var der indefor myelomatose området, med mange nye behandlingskombinationer og smerteaflastende tiltag , så som ballon kyphloplastik, hvor man kan stabiliserer en spinal fraktur, en anden behandling var vertebroplastik, hvor man med cement går ind i vertebra og stabiliserer en fraktur, som er opstået pga. sygdommen. Sidstnævnte behandling udføres på Odense Universitetshospital som smertebehandling med stor succes.

Dagen afsluttede med forskellige workshops og vi deltog ved en der omhandlede rehabilitering. Ved workshoppen blev der diskuteret hvilke tiltag, der bliver gjort i de enkelte lande med hensyn til rehabilitering, at vende tilbage til livet efter lang tids sygdom.

Vores oplevelse var generel den under kongressen, at vi i Danmark har mange gode tiltag og vi er godt med i vores sygepleje og behandling i forhold til resten af Europa.

Selve undervisningsmaterialet var godt og hensigten med materialet var, at det kan anvendes overalt i Europa efter oversættelse til de forskellige sprog.

I øjeblikket er der en gruppe sygeplejersker, der arbejder med materialet om myelomatose, med henblik på at bruge det til undervisning her i landet.

Rehabilitering:

Et andet meget spændende indlæg blev præsenteret af en meget entusiastisk fysioterapeut fra England, som arbejdede med rehabilitering af stamcelletransplanterede patienter. De fleste patienter ønsker at opnå deres rehabiliteringsniveau igen, men ca. 70 % af hæmatologiske patienter har efter et sygdomsforløb en forringelse af deres fysiske formåen. Rehabilitering bør starte før eller ved behandlingsstart bl.a. bør der arbejdes med patientens evne til at presse sig til alm. daglige opgaver som (personlig hygiejne, mobilise-

>

ring osv.). Det kræver støtte fra plejepersonalet og patientens netværk og ikke mindst for patienten glæde ved fysisk aktivitet. Hvis man er sengeliggende mister man dgl. 0,9 % af sin fysiske formåen- tankevækkende.

For at et rehabiliteringsforløb bliver en succes, er det vigtig med støtte og opbakning fra afdelingens læger. Den, der udøver fysisk aktivitet under et transplantationsforløb, øger efter udskrivelsen hurtigere sin fysiske formåen. Patienterne tilbydes 6-8 uger efter udskrivelsen yderligere et træningsprogram.

Outpatient:

Generelt var der under hele kongressen mange indlæg der omhandlede "outpatient", hvor der flere og flere steder i Europa transplanteres patienter, der primært er hjemme under forløbet, enten på hotel nær sygehuset eller i deres eget hjem. Hensigten er, at mindske infektionsrisikoen og bedre almentilstanden ved at patienten er mest mulig hjemme, samtidig opnå at rehabiliteringsperioden bliver lettere for patienterne bagefter.

I England, Frankrig og Spanien har de flere" homecare units", hvor patienter der bliver autolog transplanterede og er hjemme under forløbet.

Et ambulant forløb enten i hjemmet eller på et patienthotel giver den enkelte patient en følelse af mindre sygeliggørelse og større uafhængighed og frihed til at være sammen med sin familie. Det vil altid være en individuel vurdering om en patient er kandidat/ egnet til ambulant behandling eller ej. For at gennemgå et sådant forløb er der en række kriterier patienter og pårørende skal opfylde, bl.a. skal der være en pårørende til stede hele døgnet og det er vigtigt, at de pårørende deler interessen for et sådant forløb. For at et forløb bliver vellykket og sikkert for patienten, er det vigtigt med hyppige kontroller på stamafdelingen og det kræver undervisning af både patienter, pårørende og personale.

En unit i Barcelona bestod af 3 sygeplejersker, 1 hæmatolog og 1 bil. 7 dage om ugen havde afdelingen åben fra 8 – 20, hvor sygeplejersker kører ud til patienter, tager blodprøver, giver medicin oral/iv, sætter væske op, giver blodtransfusioner m.m.

Patienterne får forebyggende antibiotika hjemme.

Der er en seng ledig på sygehuset 24 timer hvis det skulle blive nødvendigt.

Symptomer der medfører at patienterne bliver indlagt er feber, blødning, ukontollerbar kvalme, diarre, hjertelungeproblemer, mucositis eller skal ses af en læge.

12 % bliver genindlagt under forløbet. 100 % giver udtryk for de føler sig sikre hjemme, 95 % vil anbefale det for med patienter. Fordelene ved at have patienterne hjemme er øget privatliv, det sociale liv bedres og de kan selv vælge deres mad m.m.

Ulemperne er at patienterne er meget trætte og føler en øget angst, samt at de pårørende føler et stort ansvar.

Sygeplejerskens rolle er at være et led imellem hospital og hjem, at koordinerer og informerer om pleje og behandling. Sygeplejersken er med til at etablere et godt fællesskab imellem hjem og hospital.

En anden fordel ved at patienterne er mere hjemme er, at de økonomiske omkostninger nedsættes da udgifterne til indlæggelses dage og medicin mindskes.

Vi deltog en meget spændende workshop om autolog transplantationspatienter, der er hjemme under hele forløbet. Vi blev præsenteret for en case, hvor en patient får højdosis kemoterapi og bliver transplanteret efterfølgende. Denne patient boede på en sejlbåd, og eneste forholdsregel var en vandtank som skulle ekstra rengøres. Alt forløb uproblematisk.

Dette sætter tingene i relief hvordan vi transplanterer her i landet, og de restriktioner vi har.

Tværfaglig session:

Generelt var det et bredt og varieret program for både læger og sygeplejersker, som gav mulighed for at vælge efter interesse.

"Relaps – whats next? ", var en tværfaglig session hvor der blev lagt op til diskussion af problemstillingerne om behandlingsstop. Det var interessant og tankevækkende at opleve, at de mono- og tværfaglige diskussioner, der er mange steder, har international karakter, og at de forekommer alle steder hvor hæmatologiske patienter behandles.

Der blev diskuteret behandling – palliation. Hvornår skal vi behandle og hvornår starter palliationsperoden, en altid meget svær diskussion og balance, hvor kommunikationen imellem læger og sygeplejersker er af stor betydning. Der var flere gode og meget fortællende citater fra dagen:

"To well to die – To sick to live"
"To treat or not to treat a mater of dicision."
"The doctors prescribe but we (the nurses) have to do it."

Konference programmet var meget tæt, men sidst på dagen var der mulighed for byvandring i Lyon.

Lyon er en smuk by med mange flotte gamle bygninger. Byen gennemløbes af floderne Rhone og Sohne, det var tydeligt at foråret var kommet til Lyon.

Kongrescenteret var meget stort og var smukt placeret tæt på en dejlig park midt i byen. Vi havde efter en lang dag med et meget tæt program, tid til hyggeligt samvær med kollegaer, og dejlige vandrer turer i en pragtfuld by.

Alt i alt en udbytterig kongres med meget stof til eftertanke og god inspiration i vores arbejde.

Sygeplejerske Lene Heibing og
sygeplejerske Hanne Thomsen

Hæmatologisk afdeling L Herlev.
E-mail : caha@thomsen.mail.dk

CVU ØRESUND

Videreuddannelse inden for rehabilitering
Lær at udforske din faglige praksis

Til efteråret har fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker mulighed for at udforske og formidle deres egen praksis i en rehabiliterings- og forløbsramme. Det sker på modulet **Rehabilitering over for en udvalgt brugergruppe**, som er en kompetencegivende deltidsuddannelse på diplomniveau. Uddannelsen retter sig mod professionelle, som er beskæftiget med rehabilitering af mennesker med kroniske eller længerevarende sygdomme.

Uddannelsen udbydes til halv pris
- 5000 kr for 12 ugers halvtidsuddannelse – der er stadig pladser!

Case rapport
Uddannelsesforløbet gennemføres efter case rapport-metoden. Case rapport-metoden har været anvendt på Fysioterapeutuddannelsen, CVU Øresund, i nogle år, og de har også bidraget til den første danske lærebog om case rapport. Metoden anvendes også af ergoterapeuter og sygeplejersker i ind- og udland til udforskning og formidling af praksis. Case rapport metoden udmærker sig ved at give redskaber til at analysere en konkret klinisk problemstilling eller et forløb og bearbejde dette forløb, under anvendelse af teori og forskning. Case rapporten bliver herved også en mulighed for at se kritisk på sin egen praksis. Metoden er afprøvet på diplomuddannelse i børnerehabilitering foråret 2006 med godt resultat.

Faglig vejledning
På modulet er der metodevejledning ved en erfaren underviser i case rapport, og faglig vejledning ved sygeplejefaglig, fysioterapifaglig og ergoterapifaglig vejleder,. Vejledningen er en væsentlig del af uddannelsen, både vejledning i tutorgrupper og individuel vejledning til udarbejdelse af den individuelle case rapport. Uddannelsens tilrettelæggelse sikrer faglige udfordringer for såvel generalister som specialister.

Praktiske oplysninger
Uddannelsen starter 27. september og varer 12 uger med 10 tilstedeværelsesdage fordelt over hele perioden og selvstændigt studiearbejde ved siden af. Forløbet vægter som et halvtidsstudie. Forløbet er kompetencegivende og udløser 9 ECTS-points. Det kan tages som led i diplomuddannelse eller som enkeltstående kursus.

Halv pris – kort tilmeldingsfrist
Uddannelsen udbydes til 5000 kr, som er næsten halv pris, da den gennemføres som pilotprojekt med efterfølgende evaluering for at dokumentere erfaringerne med anvendelse af case rapport-metoden på diplomuddannelsesniveau. Tilmelding senest 3.9.07. Tilmelding på www.evu-cvuoeresund.dk

Hvis du vil vide mere.....
Læs nærmere på www.evu.cvuoeresund.dk under sundhedsfaglig diplomuddannelse, eller kontakt uddannelses- og udviklingskonsulent Jette Thuesen: jt@cvuoeresund.dk eller tlf 3524 5332/6177 7280

Venlig hilsen
Birgitte Grube
Kst. leder for Efter- og Videreuddannelsen, CVU Øresund

Formand, SIG-ansvarlig og legater:
Birgitte Grube
Sandparken 15, Vindinge
4000 Roskilde
Tlf: 46363217 / 21251709
Mail: grube.fsk@mail.dk

Videncenter for kræft
Sygepleje- og radiografskolen
Turkisvej 14
2730 Herlev
Tlf: 44884174

Næstformand og kursussekretær
Karina Wittrup
Rampen 8, lejl. 17
4700 Næstved
Tlf: 55721718 / 51547635
Mail: karina.wittrup@stofanet.dk

Stråleterapiuddannelsen EVO
Turkis vej 14
2730 Herlev
Tlf: 4488 4174
Mail: karinawi3@m1.stud.ku.dk

Kasserer:
Sidse Hertz Larsen
Søndre Fasanvej 31 st.th.
2000 Frederiksberg
Tlf: 38105071 / 26281468
Mail: sidsehertzlarsen@wanadoo.dk

Onkologisk afdeling 5111
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø
Tlf: 35455111
Mail: sidse.hertz.larsen@rh.hosp.dk

Medlemssekretær:
Dorte Hemmingsen
Bøgholmen 23
2840 Holte
Tlf: 45422191 / 22350900
Mail: dortefsk@mail.dk

Onkologisk amb. 5011/5012
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9, 2100 Kbh Ø
Tlf: 35434817
Mail: dorte.hemmingsen@rh.hosp.dk

Redaktør
Karen Buur Andersson
Nejedevej 38, Nejede
3400 Hillerød
Tlf: 48286202 / 51559362
Mail: karen.buur@mail.dk

Det Palliative Team
Nordsjællands Hospital, Medicinsk Enhed I
Helsevej 2, 3400 Hillerød
Tlf: 20489969
Mail: kaban@noh.regionh.dk

Kursuskoordinator og EONS-repræsentant:
Charlotte Belli
Emdrup Banke 110
2100 Kbh Ø
Tlf: 39279526 / 26360321
Mail: charlottefsk@hotmail.com

Onkologisk afdeling R117
Amtsygehuset I Herlev
2730 Herlev
Tlf: 44883007 / 44883013
Mail: chabel01@herlevhosp.kbhamt.dk

SIG-koordinator og legatansvarlig
Birgitte Andersen

Ledende oversygeplejerske
Brystkirurgisk afd. F118
Amtssygehuset Herlev
Tlf: 44883159/44880000-82699
Mail: birand@heh.regionh.dk

SIG-koordinator og suppleant:
Karen Marie Abildskov
Ferskenvej 16
8900 Randers
Tlf: 8640 9600 / 2129 5814
Mail: kma-hh@mail.tele.dk

Hæmatologisk afd. R170
Århus Sygehus-THG
Tage Hansensgade 2
8000 Århus C
Tlf.: 8949 7595

Nordisk repræsentant og suppleant:
Nina Wendelboe Rasmussen
Rosenkrantsvej 7
8900 Randers
Tlf: 3512 4671 / 3026 4671

Gynækologisk/onkologisk afsnit Y5
Skejby Sygehus
Brendstrupgårdsvej
8200 Århus
Tlf.: 8949 6551

HYCAMTIN® (TOPOTECAN) – DEN ENESTE GODKENDTE ENKELTSTOFBEHANDLING TIL RECIDIVERENDE SCLC

Få mere luft[1)]

- Mindre dyspnø for patienter med recidiverende SCLC[1)]
- Næsten en fordobling af medianoverlevelsen versus Best Supportive Care[2,3)]

Ny til recidiverende SCLC

HYCAMTIN® TOPOTECAN

Med tanke på livskvalitet[4)]

GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Pharma A/S
Nykær 68, DK-2605 Brøndby
Tlf. +45 36 35 91 00. Fax +45 36 35 91 01

Hycamtin® (topotecan)
Indikation: Topotecan-monoterapi er indiceret til behandling af patienter med metastaserende ovariecarcinom, hvor førstebehandling eller efterfølgende behandling er slået fejl, samt til patienter med recidiverende småcellet lungecancer [SCLC] for hvem gentagelse af førstebehandling ikke anses for hensigtsmæssig. Topotecan i kombination med cisplatin er indiceret til behandling af patienter med cervixcancer, som recidiverer efter strålebehandling eller til patienter i sygdomsstadie IVB. Patienter, der tidligere har fået cisplatin, skal have et vedvarende behandlingsfrit interval, for at kombinationsbehandlingen er berettiget. **Dosering:** Ovariecarcinom og småcellet lungecancer: 1,5 mg/m² legemsoverflade/dag som i.v. infusion over 30 minutter, 1 gang dagligt i 5 dage. Dosis gentages hver 3. uge. Hvis behandlingen er veltolereret, kan den fortsættes, indtil sygdommen progrediere. Cervixcancer: 0,75 mg/m² legemsoverflade/dag som i.v. infusion over 30 minutter, 1 gang dagligt i 3 dage. På dag 1. administreres cisplatin 50 mg/m² legemsoverflade. Behandlingsmønstret gentages hver 21. dag 6 gange eller indtil progression. Behandlingen gives under nøje kontrol af neutrofil- og trombocyttal med dosisreduktion ved neutro- og trombocytopeni og nedsat nyrefunktion. Behandlingen bør kun administreres under overvågning af en læge, der har erfaring i brugen af kemoterapi. **Kontraindikationer:** Tidligere alvorlige hypersensitivitetsreaktioner over for topotecan eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Graviditet og amning. Knoglemarvssuppression, defineret som et baseline-neutrofiltal på < 1,5 x 10^9/l og/eller et trombocyttal på ≤100 x 10^9/l. **Forsigtighedsregler:** Den hæmatologiske toksicitet er dosisafhængig, og det samlede blodbillede, herunder trombocytter, bør monitoreres jævnligt. Som for andre cytostatika kan behandling undertrykke knoglemarvceller og dermed medføre sepsis. Risikoen for tumorblødning skal overvejes. Omhyggelig vurdering af performancestatus bør foretages ved behandlingsstart. På grund af manglende erfaring i brugen af topotecan til patienter med alvorlig nedsat nyre- eller leverfunktion anbefales præparatet ikke til anvendelse hos disse patientgrupper. **Interaktioner:** Der er ikke udført "*in vivo*" humane farmakokinetiske interaktionsundersøgelser. I kombination med andre kemoterapeutika skal doseringen af hvert af de enkelte lægemidler reduceres for at forbedre tolerance. **Graviditet og amning:** Kontraindiceret. **Bivirkninger:** Meget almindelige: Anoreksi, febril neutropeni, trombocytopeni, anæmi, leukopeni, kvalme, opkastning, diarré, konstipation, abdominalsmerter og mucositis, træthed, asteni, pyreksi, alopecia. Almindelige: Overfølsomhedsreaktioner, udslæt, utilpashed, pruritus, hyperbilirubinæmi. Sjældne: Anafylaktisk reaktion, angioødem, urticaria. Meget sjældne: Extravasation. **Overdosering:** De primære komplikationer forbundet med overdosering forventes at være knoglemarvssuppression og mucositis. Der er ingen kendt antidot. **Udlevering:** A.
Pakninger og priser (dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk):

Vnr 45 48 50	Pulver til infusionsvæske, opløsning	4 mg	1 hætteglas à 4 mg:	2.420,- kr.

Forkortet udgave af det af EU-kommissionen godkendte produktresumé, der fås hos GlaxoSmithKline. (Juni 2007)

Referencer:
1) Pawel Jv et al. J Clin Oncol 1999; 17: 658-667. 2) Godkendt produktresumé.
3) Scientic discussion Hycamtin, EMEA, 6. januar 2006. 4) Gralla RJ. The Oncologist 2004; 9 (suppl 6): 14-24.

POST B
PP DANMARK

Returneres ved varig adresseændring

Afsender: **FSK**, Bøgholmen 23, 2840 Holte

Sparer patienten for hospitalsbesøg

Bondronat – en daglig tablet forebygger knoglerelaterede hændelser

- Tabletter sparer patienten for hospitalsbesøg
- Gives til patienter med brystkræft og knoglemetastaser

Ref. 1. Forkortet produktresumé: *Indikationer:* Bondronat® (ibandronsyre) er indiceret til forebyggelse af knoglerelaterede hændelser (patologiske frakturer, knoglekomplikationer, som kræver strålebehandling eller operation) hos patienter med brystcancer og knoglemetastaser. Behandling af tumorindiceret hypercalcæmi med eller uden metastaser. *Dosering:* Forebyggelse af knoglerelaterede hændelser hos patienter med brystcancer og knoglemetastaser: *Peroral administration:* 50 mg daglig (en tablet). Tabletten indtages om morgenen efter mindst 6 timers natlig faste. Fasten skal fortsættes indtil 30 minutter efter tabletindtagelsen. Tabletterne skal synkes hele med et glas postevand (ikke mineralvand) og patienten skal sidde ned eller være i oprejst stilling. Patienten må ikke ligge ned i op til 60 minutter efter tabletindtagelsen. Anbefalet dosis ved alvorlig nedsat nyrefunktion, hvor kreatininclearance er under 30 ml/min er 2 mg i.v. hver 3-4 uge. Tumorindiceret hypercalcæmi: *I.v. administration:* Patienterne bør være velhydrerede forud for behandlingen. Ved svær hypercalcæmi anbefales 4 mg som enkeltdosis. Ved moderat hypercalcæmi anbefales 2 mg som enkeltdosis. Bivirkninger og risici: Meget almindelige (> 10 %): Pyrexi (ved IV administration). Almindelige (≥ 1 % og < 10 %): Hypocalcæmi, dyspepsi, asteni, hovedpine, myalgi, influenzalignende sygdom, diarré, kvalme, opkastning, svimmelhed, gastrointestinale smerter, forhøjet gamma GT, abdominalsmerter, oesophagitis, perifere ødemer, ondt i halsen, tandforstyrrelser, forhøjet kreatinin, knoglesmerter, infektion, forstyrrelser i parathyroidea, smagsforstyrrelser, kataract, grenblok, hudirritation, arthralgi, forstyrrelser i leddene, arthrose, ecchymose, stor tørst. Usædvanlige (≥ 0,1 % og < 1 %): Rigor, anæmi, paræstesi, mundtørhed, duodenalblødning, dysfagi, gastritis, pruritus, uræmi, brystsmerte, utilpashed, smerter. *Kontraindikationer:* Kendt overfølsomhed overfor ibandronsyre samt indholdsstofferne. Forsigtighed ved overfølsomhed overfor andre bisphosphonater. Bør ikke anvendes til børn på grund af manglende klinisk erfaring. *Særlige advarsler og forsigtighedsregler:* I modsætning til andre bisphosphonater, har kliniske undersøgelser ikke vist tegn på forringelse af nyrefunktionen efter længerevarende behandling med Bondronat®. I overensstemmelse med god klinisk praksis anbefales det at kontrollere nyrefunktionen, serum calcium, phosphat og magnesium. Dosis rekommandation for patienter med svær lever insufficiens kan ikke gives p.g.a. manglende klinisk erfaring. Overhydrering skal undgås hos patienter med risiko for hjerteinsufficiens. Alle patienter skal have et tilstrækkeligt indtag af calcium og D-vitamin evt. i form af tilskud. *Peroral administration:* Perorale bisphosphonater har været forbundet med dysfagi, oesophagitis og oesophageale eller gastriske ulcerationer. Patienterne bør instrueres i at standse behandlingen med Bondronat®og søge læge, hvis de udvikler symptomer på ovenstående. Ved samtidig behandling med NSAID præparater bør der udvises forsigtighed. Tabletterne bør ikke anvendes ved overfølsomhed overfor laktose. *Interaktion med andre lægemidler:* Forsigtighed tilrådes, når bisphosphonater indgives sammen med aminoglykosider. Ved peroral administration reduceres biotilgængeligheden med 75 % på grund af fødevareinteraktion. Tabletten skal derfor indtages om morgenen efter mindst 6 timers natlig faste og fasten skal fortsættes indtil 30 minutter efter tabletindtagelsen. *Graviditet og amning:* Bondronat® bør ikke anvendes ved graviditet eller til kvinder der ammer. *Trafikfarlighed:* Der er ikke foretaget undersøgelser af indflydelsen på evnen til at køre bil eller betjene maskiner. *Overdosering:* Erfaring savnes vedrørende overdosering. Patienter, der har fået højere doser end anført bør overvåges nøje. *Opbevaring:* Koncentrat til infusionsvæske: 5 år. Efter rekonstituering 24 timer. Tabletter: 12 måneder opbevares under 30°C. *Pris og pakningsstørrelser pr. 13. februar 2006:* Bondronat® (ibandronsyre) 5x2mg hætteglas koncentrat til infusionsvæske: kr. 3.784,00 (AIP), Bondronat® (ibandronsyre) 6mg/6ml hætteglas koncentrat til infusionsvæske: kr. 1.730,00 (AIP), Bondronat® (ibandronsyre) 50 mg filmovertrukne tabletter. 28 stk.: kr. 2.055,- (AIP), 84 stk.: kr. 6.165,00 (AIP). *Produktresuméet er forkortet i forhold til Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé. Det komplette produktresumé kan rekvireres fra Roche a/s, Industriholmen 59, 2650 Hvidovre, tlf. 36 39 99 99.*

Bondronat® ibandronate