

Indholdsfortegnelse

Redaktionsgruppen har ordet	2
Leder	3
Tema: patientforløb, koordination, kontinuitet og kommunikation	
Accelererede operationsforløb for patienter med cancer ovarii	4
Hvad har kompetenceudvikling med patientforløb og kontinuitet at gøre?	8
Boganmeldelse: »Klinik, kommunikation, information«	11
Speciel interessegruppe	
Nyt fra SIG palliation	13
Nyhedsbrev fra SIG Kvalme og opkastning	15
SIG standard for pleje og behandling af kvalme og opkastning	17
SIG Ernæring: Rejsebrev fra konferencen: »Underernæring blandt syge og plejekrævende«	19
SIG Fatigue – efterlysning	26
Nyt fra Klinikken	
Sundhedsstyrelsens second opinion ordning	30
Fortællinger fra hverdagen	
Det vanskelige, det gode, det umulige, det smukke og dét, der er værd at stræbe efter	34
Landskursus 2005	
Program for det 25. landskursus for kræftsygeplejersker	37
Oversigt over SIG kliniske fora	38
Nyt fra bestyrelsen	
Generalforsamling 2005 – dagsorden	39
Bestyrelsens forslag til ændring af selskabets vedtægter	39
Forslag om at FSK træder ud af DASYS	42
Opstilling til bestyrelsen for FSK	43
Nyt fra ONS – rejsebrev	44
FSK hjemmeside	46
Inspiration til udarbejdelse af abstracts, posters og mundtlig præsentation – ny udgave	46
Information	
Information om hjemmesider	46
Læsetips – resuméer af forskningsartikler	47
Nyt fra SKA	51
Konferencer	
Højdepunkter fra EBMT konference i Prag – rejsebrev	52
EONS Spring Convention – Innsbruck 2006	54
Nordisk aften – ECCO 2005 i Paris	55
Bestyrelsens årsberetning.....	indstik

FSK Landskursus
Den 30. sept. – 2. okt. 2005
Munkebjerg Hotel, Vejle

Redaktionsgruppen



Ansvarshavende redaktør
Anne Hansen
Charlottavej 2
3660 Stenløse
Tlf.: 47 17 19 06
e-mail: anha@privat.tele.dk

Onkologisk/hæmatologisk amb. BA 81
Roskilde Amts Sygehus Roskilde
Køgevej 7-9
4000 Roskilde
Tlf.: 47 32 23 70



Joan Lindholm
Georgsgade 42, 1
5000 Odense C
Tlf.: 66 11 12 50
e-mail: joan.lindholm@adr.dk

Hæmatologisk Afdeling X1
Odense Universitetshospital
Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C
Tlf.: 65 41 29 61/65 41 17 28
e-mail: joan.lindholm@ouh.fynsamt.dk



Lis Hartmann
Løjenkærvej 7
Løjenkær
8300 Odder
Tlf.: 86 92 62 62
E-mail: lhart@as.aaa.dk

D ambulatoriet / D6
Bygning 19 z
Nørrebrogade 44
Århus Kommunehospital
Tlf.: 89 49 25 65 / 89 49 24 61



Stina Kjartansdottir
Storeholm 9
2670 Greve
Tlf.: 43 90 91 81
E-mail: stina@tv.dk

Onkologisk afsnit 5111
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf.: 35 45 51 11

Fokus på Kræft og Sygepleje

udgives af FSK, "Fagligt Selskab for Kræftsyeplejersker", og udkommer 4 gange årligt i et oplag på 1200.
Årsabonnement: 200 kr
Tryk: Werks Offset A/S, Århus

Information til annoncører

Har du spørgsmål, så kontakt Solveig Olafsdottir.

har ordet...

Næste nummer af Fokus på Kræft og Sygepleje har hårtab som tema. Det er en belastende bivirkning for mange kræftpatienter, som får strålebehandling eller kemoterapi. Hårtab er meget synligt for omgivelserne og kan være en voldsom stigmatisering for den syge. Du er meget velkommen til at skrive om dine oplevelser vedr. hårtab. Hvordan oplever dine patienter det? Kender du en patient, der vil skrive om det at tabe håret? Er der nogle tiltag i gang for at forhindre hårtab?

Vi håber du har lyst til at melde dig som skribent. Det er ikke svært at skrive om noget, man brænder for og der er hjælp at hente såvel på vores hjemmeside som ved henvendelse til et af medlemmerne i redaktionsgruppen.

Lad os høre fra dig – vi glæder os.

Husk at du altid kan hente flere informationer om Fagligt Selskab for Kræftsyeplejersker på vores hjemmeside: www.dsr.dk/fsk

Rigtig god skrivelyst

*Anne Hansen
redaktør*

Deadlines og Temaer

Nr. 4: December 2005

Tema: Hårtab

Tidsfrist: 15.10.2005

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.

Kære alle

Så nærmer vores Landskursus sig med hastige skridt og vi fylder 25 år. Ret flot! Vi er et af de største og mest toneangivende faglige selskaber. Jeg har oplevet, at de andre FS formænd lytter, når vi taler; vi har erfaring, vi har været med længe, vi har 11 aktive SIG, som flere af de andre selskaber misunder os og ønsker at gøre os kunsten efter, når de skal igang med noget lignende. Vi er med i mange nationale og internationale sammenhænge og med til at sætte kræftstyggepleje på dagsordenen. Vi har grund til at være stolte og give hinanden et klap på skulderen og sige godt gået, søster eller fister, for nu at være mk-korrekt!!!

Jeg deltog i ONS kongres i USA i april, og flere gange måtte jeg tage mig selv i at sige HØJT (der var alligevel ingen der forstod mig), at det har vi allerede udarbejdet, diskuteret, forsøgt eller er igang med at etablere i Danmark.

Vi kan sagtens være med og jeg kunne og ville gerne have set flere danskere, stå på talerstolen og fortælle om deres projekter. Men der er langt derover og det virker også som om amerikanerne til tider har nok i sig selv!!! Læs et lille udpluk fra min tur inde i bladet !

Jeg vil samtidig sige, at skal vi fortsætte vores gode arbejde, så har vi brug for at flere ruller ærmerne op og giver en hånd med i Bestyrelsen!!! Det er for det første dejligt at arbejde sammen med andre meget engagerede og arbejdsomme mennesker og så for det andet, får man en kæmpe indsigt i kræftstyggeplejens område! Så kom til Generalforsamlingen den 30. september og meld dig!

Så kom kræftplan II, Sundhedsstyrelsen anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet juni 2005.

Den kan findes på deres hjemmeside: <http://www.sst.dk/publ/publ2005/plan/kraeftplan2/kraeftplan2.pdf>

Øget fokus på tobaksforebyggelse, en bedre organisering af patientforløbet og styrkelse af kræftkirurgien er tre af hovedanbefalingerne i Kræftplan II. Planen fokuserer på hele patientens forløb fra forebyggelse over diagnostik, behandling og sygepleje til rehabilitering og eventuel palliation. DSR formand, Connie Kruchow hilste også den nye kræftplan velkommen i en pressemeddelelse med overskriften »På vej mod bedre indsats over for kræft«, hvor hun bl.a. fremhæver det nye initiativ, hvor sygehusene og kommunerne skal samarbejde om forløbsbeskrivelser for patienterne, som et væsentligt skridt i retning af bedre patientforløb.

Som formand for FSK, ønsker jeg specielt at fremhæve Kræftplan 2's understregning af, at der er behov for yderligere efter- og videreuddannelse til sygeplejerskerne. Connie Kruchow er enig i denne anbefaling og at DSR har opfordret Folketingets partier til at afsætte 25 mio. kr til de igangværende økonomiforhandlinger.

Fagligt Selskab for Kræftstyggeplejersker er repræsenteret med 4 personer udpeget af FSK¹ i en arbejdsgruppe under SST, vedr. forslag til en uddannelsesordning til Specialuddannelse i kræftstyggepleje. Forslaget skal være færdigt ultimo 2005. Herefter skal forslaget med bekendtgørelse og uddannel-



Birgitte Grube

sesordning godkendes politisk og i følge Kræftplan II fastslår man, at den skal etableres allerede fra efteråret 2006.

Dette nummer af "Fokus på kræft og sygepleje" har temaet: Patientforløb, koordinering, kommunikation og kontinuitet". Temaet er tænkt som en optakt til vores Landskursus, men det falder også i virkelig god tråd med anbefalingerne i Kræftplan II. Så kom ikke og sig, at vi ikke er fantastisk *aktuelle*!!!

Rigtig god læselyst !

Birgitte Grube

¹ Bidy Madsen fra OUH, SIG FUF formand og repræsentant for den medicinske del af kræftstyggeplejen, Lene Seibæk fra Skejby, repræsentant for den kirurgiske del af sygeplejen, Susan Rydahl fra BBH, repræsentant for det palliative område og formand Birgitte Grube fra RH, repræsentant for den nuværende Efteruddannelse i kræftstyggepleje i Østdanmark.

Accelererede operationsforløb har medført ændret praksis for patienter med ovarie cancer på Rigshospitalet

Af

Charlotte Strømberg
afd. sygeplejerske og

Tina M. Rasmussen sygeplejerske,
Charlotte Marx læge,
Ph.d-studerende.,
Gynækologisk afdeling 5031,
Juliane Marie Centret,
Rigshospitalet.

Baggrund og formål

Gynækologisk afdeling Y 5031 indførte i oktober 2003 et nyt behandlingsregime til patienter med ovarie cancer eller

på mistanke herom. Projektet benævnes »COVA«, hvilket er en forkortelse for Cancer OVarii Accelereret.

Det ændrede pleje og behandlingsforløb tager sit afsæt i de resultater, der er opnået på Hvidovre Hospital med indførelsen af accelererede patientforløb. Bl.a. har Gastroenterologisk kirurgisk afdeling opnået resultater der viser, at deres patienter hurtigere genvinder normalt fysisk funktions-niveau, har færre postoperative komplikationer og markant kortere rekonvalescens tid, hvilket medfører færre indlæggelsesdage.(1,2,6)

Formålet med indførelsen af det nye regime det *accelererede patientforløb*

på gynækologisk afdeling var bl.a. et ønske om, at øge kvaliteten af patienternes indlæggelses forløb i afdelingen. Dette gøres med optimering af pleje, behandling og den givne information, hvilket også har betydning for, at patienterne bliver bedre rustet til efterfølgende behandling med kemoterapi.

Behandlingsprincipperne er ikke tidligere beskrevet hos patienter med ovarie cancer.

Patientgruppen er ofte præget af deres maligne sygdom, med stort vægttab, dårlig ernæringstilstand og store mængder ascites. Dette førte til langvarige og komplicerede postoperative plejeforløb.

Foto: Hartmann Schmidt Fotografi

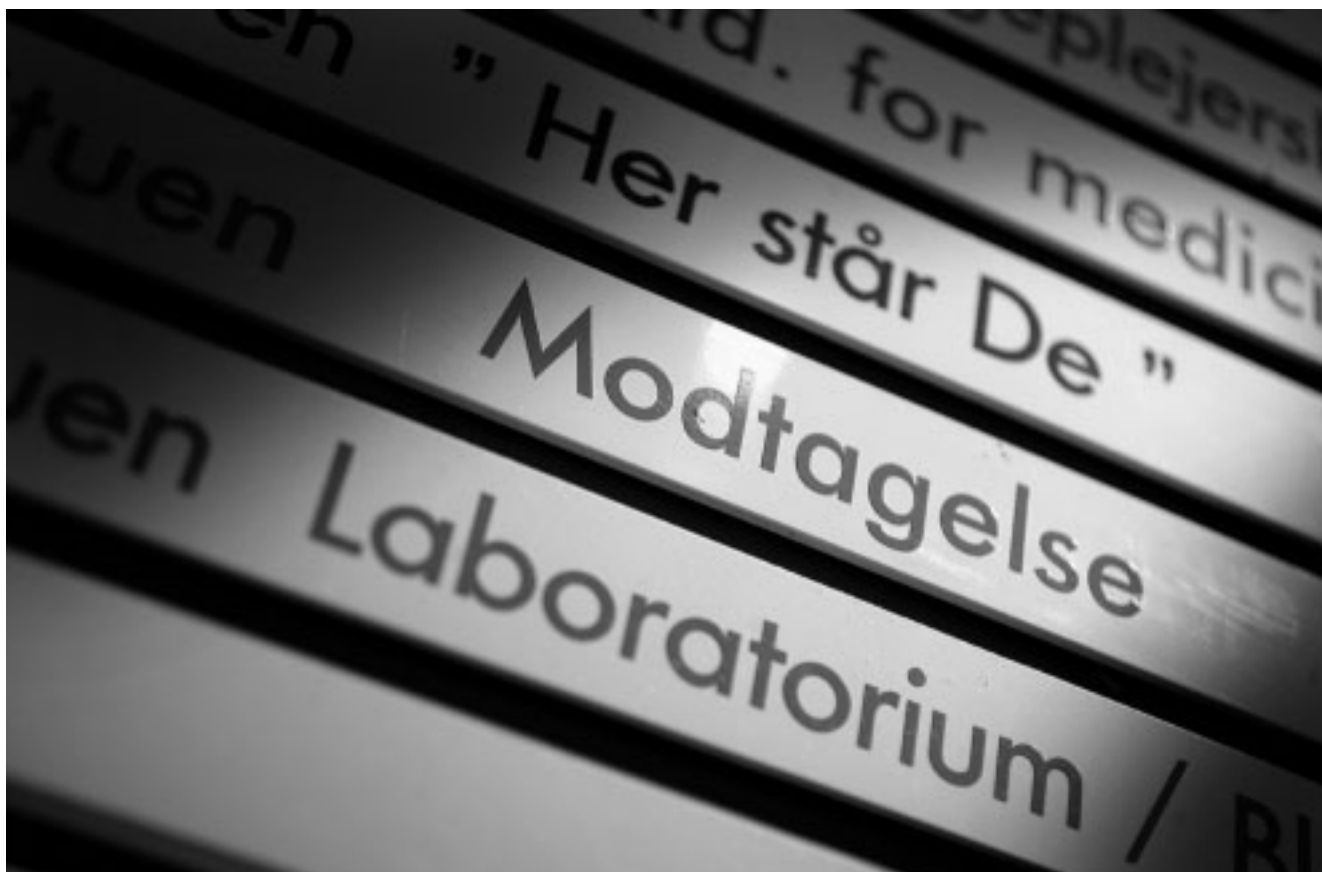




Foto: Hartmann Schmidt Fotografi

Principperne i det accelererede operationsforløb

Accelererede operationsforløb opnås ved et tæt multidisciplinært samarbejde mellem patient/pårørende, anæstesiolog, kirurg, sygeplejerske og sekretær.

Det er dokumenteret at smerter, kirurgisk stress, immobilisering og manglende postoperativ ernæring præger patientens forløb og den multimodale intervention er rettet mod optimering af disse områder (1,2,6)

Præoperativt vurderes og informeres patienten grundigt om operation og det forventede indlæggelsesforløb.

Smertebehandlingen optimeres med brug af epidural kateter suppleret med paracetamol peroperativt samt Paracetamol og NSAID præparater postoperativt.

Det kirurgiske stress respons reduceres bl.a. ved, at undgå hypotermi peroperativt.

Ved restriktiv intravenøs væskeindgift nedsættes bl.a. risikoen for ileus.

Nerveimpulser til hypofysen hæmmes ved den epidurale blokering. For at hæmme katabolisme og infektionsrisiko optimeres ernæringen præ og post operativt med bl.a. proteindrikke og tidlig fødeindtagelse.

Tidlig og øget mobilisering optimeres med daglige mål for at nedsætte tab af muskelmasse, forbygge morbiditet og patientens oplevelse af træthed.(3,4)

Implementering og konsekvenser for praksis

Flere arbejdsgange er omlagt for at muliggøre *det accelererede operationsforløb*. Juliane Marie Centrets og Gynækologisk kliniks ledelse udstak fra begyndelsen rammer, der muliggjorde en god proces. De har vist interesse og deltagelse i projektet og bevilgede bl.a. via fondsmidler, 18 sygeplejersketimer i 6 måneder, hvis funktion udelukkende bestod i varetagelse af implementering og arbejdsopgaver vedrørende COVA projektet.

Det tværfaglige personale har været åbent, motiveret og deltagende i klinikkens ændrede pleje- og behandlingstiltag.

Med henblik på, at skabe forståelse og motivation for *det accelererede operationsforløb*, blev personalet undervist i den patofysiologiske baggrund og opnåede resultater fra andre specialer. Undervisningen blev forestået af Professor Henrik Kehlet og Overspl. Dorthe Hjort Jacobsen, der ligeledes har fungeret som konsulenter på projektet.

Strukturen i afdelingen er ændret således at den nu er opdelt i et onkologisk og et gynækologisk tværfagligt team.

Patienterne møder direkte i det stationære sengeafsnit til en forundersøgelse 1-2 uger før operationen og efterfølgende indlæggelse foregår ligeledes i sengeafsnittet, hvorved de nu udelukkende har kontakt med personalet i sengeafsnittet og tildeles personlig læge, i hele forløbet. Dette medfører at den enkelte patient og personalet oplever øget grad af kontinuitet.

Ved projektets begyndelse indførtes standardplejeplaner til patienterne med fortrykte beskrivelser af de daglige undersøgelser, observationer, handlinger og mål for patienten. Standardplejeplanen er et godt arbejdsredskab bl.a. for, at sikre målrettet sygepleje og systematisk dokumentation af den udførte pleje ud fra VIPS-systematikken.

Kort skitsering af COVA forløb

Foreløbige resultater

Inden starten af det *accelererede operationsforløb* var plejepersonalet bekymret for, hvordan det ville gå patienterne under indlæggelsen. Der var en skepsis mod den ændrede praksis og dermed de traditioner hvormed vi mødte patienten; ville det blive muligt at yde patienterne den samme omsorg? Var det til patientens bedste eller blot en økonomisk besparelse pga. færre indlæggelsesdage?

Personalet oplever imidlertid, at det *accelererede operationsforløb* har givet mulighed for et øget tværfagligt samarbejde, fokus på alle facetterne i sygeplejen samt et velkoordineret patientforløb.

Patienterne giver spontant udtryk for, at opleve tryk ved indlæggelsen og den omfattende og grundige information der gives. De tilkendegiver en positiv holdning over, at indlæggelsesforløbet er så velkoordineret, at de på forhånd kender det planlagte forløb og får konkret viden om, hvad de må og kan efter en omfattende operation.

Under *accelererede operationsforløb* er patienten en mere aktiv medspiller, og vi oplever at patienterne bl.a. føler ansvarlighed for den hurtige genoptagelse af bl.a. normal kost og mobilisering. Som en af patienterne udtrykte det i en efterfølgende telefonsamtale » det var faktisk rart at komme i gang«.

Forundersøgelse

- Pt. modtages af læge og spl. fra onkologisk team.
- Information og udlevering af pjecer om indlæggelsesforløb og dgl. opstillede mål. Sædvanlige præoperative undersøgelser og forberedelser.
- Information om og planlægning af udskrivelse.
- Hvis patientens almentilstand er kontraindikation i forhold til en operation, kan præoperativ kemoterapi komme på tale.

Indlæggelsesdagen

- Dagen før operationen, modtages pt. af spl. fra onkologisk team.
- Opfølgning af information fra forundersøgelsesdagen. Indlæggessamtale ud fra VIPS-systematikken og samtale med personlig læge/operatør.
- Forberedelse til operation; bl.a. gives fire proteindrikke.

Operationsdøgnet

- Postoperative observationer, iv-væske efter vurdering.
- Mobiliseres ca. 2 timer.
- Fuldkost og peroral væske ca. 1/2 l. inklusiv to proteindrikke.
- Smertebehandling med epidural smertepumpe suppl. med konventionel tbl. behandling. Opstart af laksantia.

1. Postoperative døgn

- Postoperative observationer.
- Blærekateter sep. efter vurdering. Laksantia til effekt.
- Patienten mobiliseres 6 timer fordelt over dag- og aften.
- Fuldkost, fri peroral væske og fire proteindrikke.

2. postoperative døgn

- Patienten mobiliseres 8 timer fordelt over dag- og aften.
- Fuldkost, frit væske indtag og fire proteindrikke.

3. postoperative døgn

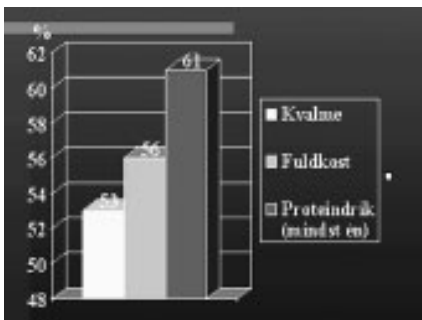
- Epidural kateter seponeres mane.
- Konventionel smertebehandling til 8. postoperative døgn.
- Fuldkost, frit væskeindtag og fire proteindrikke.
- Mobiliseres 8 timer fordelt over dag- og aften.
- Planlægge udskrivelse.
- Sikre at patienten er informeret om Kræftens Bekæmpelse, »sum ved kritisk sygdom«, Cancer legat og KIU (patientforeningen »kvinder med kræft i underlivet«).

4. postoperative døgn

- Fuldkost og 2 proteindrikke.
- Udskrivelse.

Ambulante kontakter

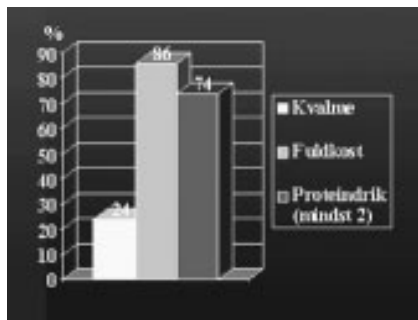
- Mikroskopisvar og agraf fj. 8. dag ved operatør og sygeplejerske.
- Patienten ringes op 14. dag efter udskrivelse af afdelings/projekt spl.
- Patienten ringes op på 30. dagen postoperativt af projektlæge.

Figur 1: Operationsdagen

Af figur 1 ses det, at kun 53 % af patienterne på operationsdagen har været plaget af kvalme.

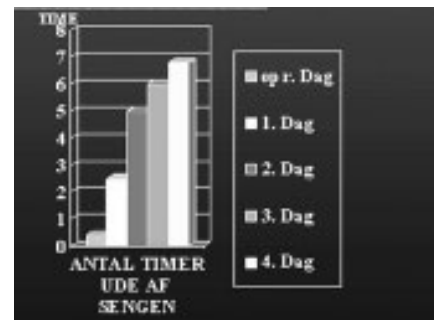
56 % af patienterne har på operationsdagen indtaget almindelig kost, mens 61 % har indtaget proteindrik mindst 1 gang.

Sammenlignet med erfaringer før indførelsen af accelereret operationsforløb er disse resultater en væsentlig forbedring, idet de fleste patienter var svært plaget af kvalme og ikke fik almindelig kost eller proteindrikke.

Figur 2: 1. Postoperative døgn

Af figur 2 ses at 1. postoperative dag er kvalmen reduceret hos 50 % i f.t. operations-dagen. Herudover får 86 % af patienterne fuldkost og 74 % får 2 proteindrikke. Dette lever ikke helt op til målet for denne dag, men er en forbedring sammenlignet med operationsdagen.

Resultaterne skal sammenlignes med tiden før det accelererede operationsforløb hvor ganske få eller ingen fik proteindrikke.

Figur 3: Mobilisering

Af figur 3 ses det i hvilken grad patienterne mobiliseres.

Antallet af timer pt. er ude af sengen ligger lidt under de opstillede mål for de første 2 døgn, mens mobiliseringsgraden øges væsentligt fra døgn 3.

Dette kan bl.a. skyldes at patienterne er sent retur fra operationsgangen. Hvorfor målene ikke er mulige at opnå.

Tidligere var der ikke mål for mobiliseringen af patienten.

Sygeplejerskens rolle efter indførelsen af det accelererede operationsforløb er under forandring. Der ses en tendens til at sygeplejen indeholder mindre grad af somatisk pleje og i højere grad information, vejledning, undervisning og motivation af patient og pårørende. Det er afdelingens intention fremadrettet og målrettet, at arbejde med kvalitetsudvikling af ovenstående forløb og implementering af lignende forløb for afdelingens øvrige patientgrupper.

Den korte projektperiode taget i betragtning viser de foreløbige resultater,

at udviklingen og omstruktureringen har betydet et mere sammenhængende, struktureret samt reduceret pleje- og behandlingsforløb for patienterne. Nye tal for COVA projektet er under udarbejdelse men kan desværre ikke medtages i denne artikel.

For yderligere spørgsmål – kontakt sygeplejerske Tina Rasmussen tlf. 35 45 50 31

eller

afd. sygeplejerske Charlotte Berner Strømberg 35 45 84 76
charlotterh04436stroemberg@rh.dk

Litteratur

1. Accelererede operationsforløb – hvorfor og hvordan?
H. Kehlet. Ugeskrift for læger 27.okt.1997.
2. Kirurgisk patofysiologi.
J. Rosenberg & H. Kehlet. Ugeskrift for læger 12.feb.2001.
3. Patofysiologi ved kolonkirurgi
D. Hjort Jacobsen & H. Kehlet, Sygeplejersken nr. 6
4. Nye plejebegreber efter kolonkirurgi
D. Hjort Jacobsen, M. Hallin, H. Kehlet. Sygeplejersken 1999 nr.46.
5. Kvinder og korttidsindlæggelser
L. Wagner & A. M. Carlslund UCSF 2002.
6. Accelererede operationsforløb...
H. Kehlet. Ugeskrift for læger 22. Jan.2001.

Hvad har kompetenceudvikling med patientforløb og kontinuitet at gøre?



I artiklen gives et eksempel på, hvordan indførelse af teamlederfunktion og teamsygepleje i en sygehusafdeling har fremmet muligheden for at tilrettelægge og forbedre patientforløb og arbejdsmiljø. Det har også betydet synliggørelse af »tavs viden« og erfarne sygeplejer-skers indforståede kompetencer.

*Af udviklingssygepl. Sussi Egelund Schmidt,
Hæmatologisk Afdeling R, Århus Sygehus*

Baggrund

Vores afdeling blev i 1999 en hæmatologisk specialafdeling på det daværende Århus Amtssygehus¹ og overtog samtidig 600 nye hæmatologiske patienter fra Onkologisk Afdeling, Århus Kommunehospital. Afdelingen havde ikke på forhånd stor erfaring med denne patientgruppe og de organisatoriske rammer var heller ikke på plads til at planlægge hensigtsmæssige forløb for alle nyankomne patienter.

Alle disse omstændigheder bidrog til, at 22 sygeplejersker rejste fra afdelingen i løbet af få måneder. Faglig erfaring og kompetence forsvandt og der var ikke tilstrækkeligt med erfarent personale tilbage til at løfte de faglige opgaver og samtidig introducere nyanstattede. Resten af personalet oplevede således faldende plejekvalitet og egen inkompetence voldsomt.

Indtil 2000 var Hæmatologisk Afdelings plejeform som mange andre steder baseret på principper fra primary nursing (1). Plejeformen indebærer stort selvstændigt sygeplejefagligt ansvar i forhold til at planlægge, udføre og evaluere sygepleje og sygeplejersken står ofte alene med beslutninger om komplekse plejeproblemer hos den enkelte

patient. Plejeformen fordrer høje faglige og menneskelige kompetencer hos sygeplejersken og kræver, at kollegaer har kompetence og erfaring til at vejlede nye kollegaer uden specialekendskab i det daglige. I vores afdeling resulterede dette bl.a. i at nyanstattede sygeplejersker uden specialekendskab, oplevede og måtte tage stort ansvar for kritisk syge mennesker.

Personalet manglede forståeligt nok overskud til at påtage sig funktioner, der ikke var direkte patientrelaterede. Feks. var nødvendig sparring i hverdagen ikke mulig, fordi mange sygeplejersker var lige uerfarne og det påvirkede det psykiske arbejdsmiljø i form af sygdomsmeldinger, frustrationer, lav arbejdsglæde og stolthed.

Denne oplevelse afspejledes også i Århus Amts patienttilfredshedsundersøgelse fra 1999, hvor mange patienter påpegede et fortravlet og frustreret personale (2).

Ny organisering af sygeplejen

I marts 2000 besluttede de sygeplejefaglige ledere at ændre plejeformen fra primary nursing til teamsygepleje som led i en samlet handlingsplan for udvikling af sygeplejen i afdelingen. Teamsygepleje forstås som: en daglig gennem-

gående teamleder med ansvar for ca. 12 patienter og 3-5 teammedlemmer, der er kontaktsygeplejersker for de indlagte patienter.

Teamsygepleje – hvorfor?

Århus Amts Virksomhedsmodel (3) anvender 3 forskellige og ligeværdige vinkler på kvalitet; den faglige, den organisatoriske og patientoplevede kvalitet.

Teamsygepleje kan give mulighed for at arbejde med kvalitetsforbedringer indenfor alle 3 vinkler:

- Hensigtsmæssig koordinering og organisering af teamets arbejde.
- Hensigtsmæssig anvendelse af personaleressourcer og organisatoriske rammer.
- Patientoplevelset kontinuitet i pleje – og behandlingsforløb.
- Måltrettet introduktion af nye sygeplejersker mhp planlægning af hensigtsmæssige plejeforløb.

Teamsygepleje – hvordan?

Der vælges en teamleder for 4-5 måneder ad gangen – 2 i hvert sengeafsnit. Teamlederrollen kræver overblik over patientens faglige og organisatoriske pleje- og behandlingsforløb, teammed-

lemmers kompetencer og arbejdsopgaver. En længerevarende periode som teamleder er derfor en forudsætning for, at man kan opleve sig kompetent og lykkes med opgaven. Teamleder går stuegang på alle patienter og har et tæt samarbejde med afsnittets anden teamleder, teammedlemmer og afdelingssygeplejersken mhp. koordinering af eksisterende og akutte opgaver. Som kontaktplejerson kan man sagtens varetage stuegangen – teamlederen sørger så blot for de administrative opgaver, så kontaktplejersonen kan forblive hos patienten.

Hvad har vi vundet?

Erfaringer fra 2000 – 2004 med plejeformen har været overvejende positive. Funktionen har medført:

- Bedre organisering af det daglige arbejde, fordi ansvaret er placeret på få hænder.
- Sikring af bedre muligheder for overholdelse af aftaler med patienter og pårørende.
- Ro fordi ikke alle har travlt med at udføre samme type arbejdsopgaver.
- Flere muligheder for sparring blandt teammedlemmer, når de kan arbejde to og to hos udvalgte patienter.

Muligheder for at inddrage kollegaers erfaringer og viden er således forbedret. Introduktion af nyansatte kollegaer er væsentligt optimeret, fordi man kan følges med en kollega, hvor man tidligere var ene ansvarlig og gik alene hos patienten.

Organiseringens effekt kan også spores i betydeligt forbedrede patienttilfredsundersøgelser (4) og at personalet ønsker at bevare den ændrede plejeform – trods modstand mod teamlederfunktionen ved indførelsen, fordi man var ked af at give slip på stuegangsfunktionen.

Konkluderende kan det siges, at vi har fået bedre, synlige og mere entydige rammer for at diskutere og udføre både sygepleje og opgavefordeling.

Fremtiden

I afdelingen har vi indtil nu haft funktionsbeskrivelser for teamleder og tilbud om supervision fra udviklingssygeplejerske. I 2005 har vi valgt at afprøve et konkret kompetenceafklarings- og udviklingsprogram, der gør det muligt for afdelings-sygeplejersken og teamleder sammen at afdække, hvor den enkelte teamleder har udviklingspotentialer og finde metoder til at kvalificere dem i den periode hun er teamleder.

Vi har derfor valgt at beskrive metoder til kompetenceudvikling for den enkelte teamleder i Hæmatologisk Afdelings 2 sengeafsnit i 2005. Det sker ud fra en antagelse om, at systematisk udvikling af teamlederkompetencer har betydning for kvalitet i patientforløb samt sikkerhed, faglighed og det psykiske arbejdsmiljø.

Antagelser bag kompetenceudvikling for teamledere

Vores kompetenceudvikling for teamledere bygger på følgende grundlag:

- Hæmatologisk Afdeling R's værdigrundlag og målsætning².
- Vor nuværende viden og erfaringer med teamlederfunktionen.
- Tidligere funktionsbeskrivelser for teamledere.
- Kompetencer består af viden, holdninger og færdigheder. Metoder til kompetenceudvikling omfatter derfor såvel teori, refleksion, afprøvning i praksis og erfaring (Jf. Den nationale kompetencemodel for kræftsygeplejersker – se fodnote).
- *Individuel læring sker* (5), når der skabes mening og sammenhæng mellem ny og kendt praksis.
- *Organisatorisk læring sker* (5) via:
 - Etablering og fastholdelse af fælles og kendte målsætninger og aftaler.
 - En anerkendende kommunikation.
 - Feedback på faglig og personlig adfærd og opnåede resultater.

Beskrivelse af kompetenceudviklingsprogram for teamledere

Rammer for teamlederfunktion

Man er teamleder min. 5-6 måneder ad gangen – primært med dagvagter og weekendfri. Teamlederfunktion kan deles af to sygeplejersker efter aftale med afdelingssygeplejersken.

Ved teamlederskift vurderes ansøgere af teamet og afdelingssygeplejersken, hvem der er bedst kvalificeret til at overtage funktionen (se næste afsnit). 3-4 uger før ny teamleder skal tiltræde, vælges en sygeplejerske ud fra indkomne ønsker. Den nye teamleder skal være fundet, så introduktion af ny teamleder sikres sammen med erfaren teamleder. Den endelige afgørelse ligger hos afdelingssygeplejersken efter samråd med teamet, da hun har overblik og kompetence til at vurdere teamets og afsnittets samlede tarv.

Forudsætninger for

at varetage teamlederfunktion

Sygeplejersken er på kompetenceniveau 2³ og har derfor viden om hæmatologisk sygepleje og behandlinger ud fra afdelingens standarder, cheklister og procedurer.

Hun kan udføre sygepleje i forudsigelige og komplicerede pleje- og behandlingsforløb hos hæmatologiske patienter og har indgående organisatorisk kendskab til patientovergang internt og eksternt i Hæmatologisk Afdeling. Da en teamleder har mange samarbejdspartnere skal hun også have vist ledelses- og samarbejdsevner i andre sammenhænge og evne til at kommunikere konstruktivt.

Det lyder af meget på skrift – men virkeligheden er, at mange af de mere erfarne sygeplejersker på denne måde får beskrevet kompetencer, de allerede er i gang med at udvikle, men ikke selv er bevidste herom. Skriftlighed er altså også en måde at få synliggjort »tavs viden og jamen det gør vi da allerede« på.

Teamlederfunktionen omfatter

- Overblik til at medvirke i tilrettelæggelse af hensigtsmæssige patientforløb i Hæmatologisk Afdeling.
- Inddrage og bruge teammedlemmers aktuelle kompetenceniveau – vurderet ud fra pt's aktuelle behov.
- Deltage i koordinering af tværfaglige opgaver relateret til patienter og organisationen.
- Kommunikation med mange faggrupper – kunne i talesætte og nedtrappe konflikter, når de opstår.
- At bevare overblik i pressede situationer og søge hjælp "i tide" hos sine samarbejdspartnere.
- Fastholde rammer for og lede mono- og tværfaglige konferencer.
- Introduktion af nye teammedlemmer til samarbejdsaftaler i teamet og teamlederfunktion.
- Sammen med kontaktplejersonerne at sikre, at der er iværksat ugestatus, plejeplaner, netværksvurdering og udskrivelsesplan hos den enkelte patient

- Dagligt focus på egen og andres faglighed, respekt, åbenhed og ansvarlighed (afdelingens værdigrundlag).
- Bidrage til at fastholde aftaler om kollegasparring blandt teammedlemmer.

Kompetenceudviklingen er opdelt i læreprocesser i praksis og uddannelsesaktiviteter.

Før start som teamleder afklares nuværende kompetenceprofil ud fra spørgeskema.

Spørgeskemaet indeholder åbne spørgsmål, der afklarer sygeplejerskens eget syn på gennemslagskraft, synlighed, faglige og kommunikative styrker mhp. hvad og hvordan netop hun kan udvikle disse kompetencer målrettet som teamleder.

I hverdagen er der følgende muligheder for at udvikle sig:

- Der ydes supervision x 2-3 på aftalte områder af udviklings- sygeplejersken.
- Bede om og selv give feedback fra læge/afd./spl./teammedlemmer på egne focus områder.
- Mulighed for sparring med teamleder fra modsat team samt faglig vejledning.

- Vejledning og undervisning af nyansatte og erfarne kollegaer – fordi det at undervise kræver faglig merviden, evne til at strukturere og at kunne afdække andres forudsætninger for undervisningen.

Uddannelsesaktiviteter retter sig primært mod undervisning/kurser om hæmatologi, kommunikation og samarbejde i afdelingen. Konkrete aftaler laves med afdelings- sygeplejersken efter afklarende samtale ud fra spørgeskemaet.

Der følges op på skemaet undervejs i perioden, så metoder til videre kompetenceudvikling målrettes behovet. Efter endt teamlederperiode får sygeplejersken dokumentation for sin indsats som teamleder med en beskrivelse af hovedfunktionerne som kan bruges i et CV ved jobsøgning. Teamlederkompetencer som koordinering, samarbejdsevner og overblik er nemlig en efterspurgt vare i en kompleks arbejds- hverdag mange steder!

En udløber af dette projekt har været, at et af vore sengeafsnit har sat focus på kollegasparring i hverdagen – men det er en anden historie.

Referencer

1. Kerstin Segesten, "The Dream Team" -Bemanning och arbetsmodeller på vårdafdeling, SoS-rapport 1997:1, Socialstyrelsen, Sverige
2. Århus Amts patienttilfredshedsundersøgelse, Service- og Kvalitetskontoret, Århus Amt 1999
3. Århus Amts Virksomhedsmodel, Århus Amt – revideret 2004
4. Århus Amts patient-tilfredshedsundersøgelse, Kvalitetskontoret, Århus Amt 2002/04
5. Haslebo, Gitte, Nielsen, Kit Sanne "Konsultation i organisationer", Dansk Psykologisk Forlag, 2.udg. 2. oplag. 2004

Fodnoter

- ¹ Århus Kommunehospital og Århus Amtssygehus er i 2004 fusioneret til Århus Sygehus .
- ² Se www.sundhed.dk – Århus Sygehus – Hæmatologisk Afdeling R
- ³ Defineret ud fra »Den nationale kompetencemodel for kræftsygeplejersker i DK – 2004« www.dsr.dk/fsk

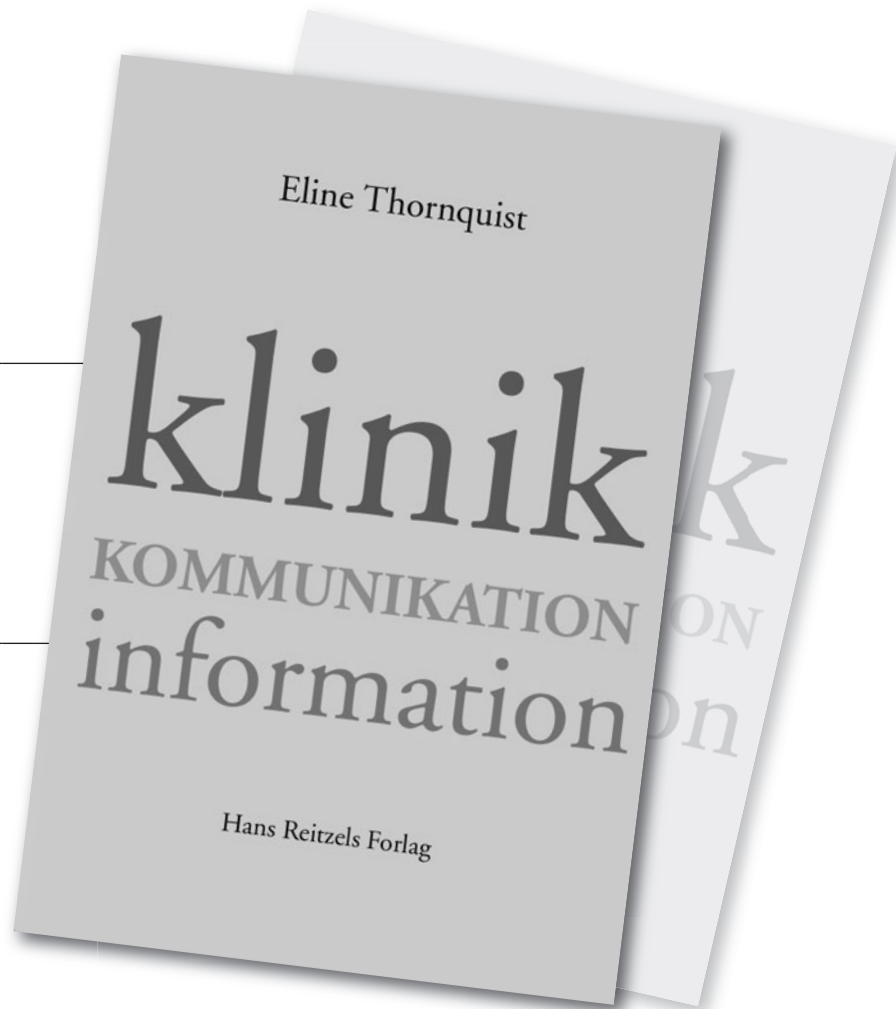
*Udviklings- sygeplejerske
Sussi Egelund Schmidt
Hæmatologisk Afdeling R
Århus Sygehus,
Tage-Hansens gade 2
8000 Århus C.*

*Arbejde: tlf.nr 8949 7592
mail: spl05ses@as.aaa.dk
Privat: tlf.nr 8625 2727
mail: sussi.Schmidt@mail1stofanet.dk*

Bog anmeldelse

Klinik * kommunikation * information

af Eline Thornquist
 – oversat fra norsk af Makal Arboe
 1. udgave, 2. oplag 2004
 Hans Reitzels Forlag
 277 sider, 325 kr



Bogen henvender sig til alle grupper indenfor sundhedsvæsenet, og det er efter min mening en fremragende bog. Forfatteren (f. 1947) er fysioterapeut og dr. philos ved det medicinske fakultet, universitetet i Oslo. Hun ser på kommunikation som en grundlæggende social aktivitet, hvor sociale og kulturelle forhold er bestemmende for, hvordan deltagerne i kommunikationen forstår og fortolker deres egne og andre handlinger. Hun ser på begrebet kommunikation i et større perspektiv og trækker på viden indenfor sprogvidenskab, fænomnologi samt sociologiske discipliner og retninger.

Der lægges vægt på mødet mellem patient/klient og fagperson, og kommunikationens vilkår i sundhedsvæ-

senet drøftes. Kropssyn og kropslig kommunikation har fået en stor plads i bogen. Bogen behandler emner som asymmetriske relationer, kontekst, sprogets funktion, samtaler i kliniske sammenhænge, skriftlig formidling, kønsperspektiver, samarbejde, konflikter med meget mere.

Det er temamæssigt en meget omfangsrig bog, men den virker ikke overfladisk, fordi den beskriver de forskellige emner grundigt, så man sidder tilbage med følelsen af, at emnerne er uddybet tilstrækkeligt. Den kunne måske lyde til at være en diffus bog – det er den ikke. Den er nem at finde rundt i, bruge som opslagsbog og få overblik i. Noter står anført i venstre margin, hvor der også er plads til egne notater – en

god idé. Eksempler krydrer læsningen på bedste vis gennem hele bogen. Der er rigtig mange gode referencer i bogen, og forfatteren forklarer alt på en let forståelig og læsevenlig måde. Det er en både fagligt og personligt udviklende bog.

Det eneste lille minus er måske begrebet information i titlen. Det er ikke et af de mest uddybede emner i bogen.

Man føler sig meget klogere efter at have læst bogen, og den vil berige læsere med større akademisk fundament såvel som de, der næsten ingen har. Det er en bog, jeg nu næsten ikke føler, jeg kan leve foruden, og jeg vil derfor anbefale den på det varmeste.

*Af redaktionsmedlem
Joan Lindholm*

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 2005.

SIG-Formænd

SIG Kvalme/opkastning:

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: Anne Grethe Kjærbøl
Kilden 4, 5500 Middelfart, Tlf. 64415100

Onkologisk afd., Vejle Sygehus, Kabbeltoft 25, 7100 Vejle
Tlf. 7940 6040, E-mail: agk@vs.vejleamt.dk

SIG Ernæring:

Formand: Trude Bang
Skt. Kjelsgade 29 st., 2100 København Ø
Tlf. 3535 1828 / mobil 4095 7530
Email: trudebang@tiscali.dk

Stråleterapiklinikken afd. 3981, Rigshospitalet,
Blegdamsvej 9, 2100 Kbh. Ø, Tlf. 3545 3981

Sekretær: Inge Stub
Skoleparken 17, 2 th., 6705 Esbjerg Ø,
Tlf. 75145262, E-mail: lg@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@jubiiimail.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 Etik og medicinsk kræftbehandling:

Formand: Ulla Sørensen
Østerbrogade 101, 2, 2100 København Ø
Tlf. 3929 2074, E-mail: uls@rh.hosp.dk

KFE 5072, Finsencenteret, Rigshospitalet,
2100 Køb. Ø., Tlf. 3545 4389

Sekretær: Annette Hallum Klausen
Odinsvej 7, 6400 Sønderborg
Tlf. 7442 7863, E-mail: aklausen@mail1.stofanet.dk

Onk. Amb. Sønderborg Sygehus
6400 Sønderborg,
Tlf. 7418 2866

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: Søborgpark 15 1.tv, 2860 Søborg
Tlf.: 4827 9003

Palliativ Team, Frederiksberg Amt
Frederikssund sygehus,
Frederikssundsvej 33, 3600 Frederikssund.
E-mail: marho@fa.dk



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

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

SIG Træthed/Fatigue:

Formand: Helle Gyldenvang
Tværvæg 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: Britt Langballe Sandgren
Privat: Fjordtoften 3, 7120 Vejle Ø, Tlf. 7571 2383

Arb: Onkologisk afd., Vejle Sygehus, 7100 Vejle
Tlf.: 7940 6039, fax. 7940 6907,
E-mail: BRLASA@vs.vejleamt.dk

Sygelejeforskning, udvikling og formidling:

Formand: Biddy Madsen
Lindevvej 42, 5250 Odense SV
Tlf. 6614 3486, E-mail: biddy@madsen.mail.dk

Onk. -hæg 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

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

SIG Seksualitet:

Formand: Birtha Rytter
Aprilvej 23, 9270 Klarup
Tlf. 5180 8881, E-mail: brytter@klarupnet.dk

Hæg. Afd. Ålborg Sygehus, Ålborg Sygehus,
Hobrovej 18-22, Tlf.: 9932 2348
E-mail: aas.u27103@nja.dk

Sekretær: Annette Ulrich
Mobil: 4084 5455
E-mail: annette-ulrich@mail.tele.dk

Arb. Gynækologisk afd. 5031,
Rigshospitalet, 2100 København Ø,
Tlf.: 35 45 50 31

SIG Strålebehandling:

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

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

Sekretær: Lisbeth Prenter
Vognborgvej 7, 2400 København NV
Tlf.: 3545 3981 / 3833 2215, E-mail: Prenter@oncable.dk

Stråleterapifafsnit 3981, Rigshospitalet
2100 Kbh. Ø.
Tlf.: 3545 3981, E-mail: lisbeth.prenter@rh.dk



>> Nyhed <<

Palliativ indsats

– en valgmulighed i sundhedsfaglig diplomuddannelse, både i CVU Øresund og Jysk CVU.

Hvad er der sket indtil nu?

Omsorg for og pleje af det alvorligt syge og døende menneske er ikke noget nyt.

Imidlertid har organiseringen af den professionelle sygepleje til det døende menneske været under forandring.

Hvad enten den palliative sygepleje foregår i hospice, palliative enheder eller i den syges hjem, kræver det sygeplejersker med en særlig kompetence.

Sammenslutningen af ledere på hospice og palliative teams har siden 2000 haft ansvar for den palliative efteruddannelse for sygeplejersker. Det første år i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd. I 2002 blev der etableret samarbejde med Efter-videreuddannelsen Silkeborg – Århus ved Sygeplejeskolen i Århus, da der på sigt ønskes efter- og videreuddannelses tilbud både på efteruddannelses- og diplomniveau.

Den palliative efteruddannelse har undergået en udvikling

Fra at være en efteruddannelse er det nu et studie. Uddannelsen, Palliativ indsats, forgår på CVU (center for videregående uddannelse), som et modul af 7 ugers varighed, svarende til 9 ECTS point.

Dette modul kan indgå i et ud af seks moduler i forhold til at erhverve en diplomuddannelse.

Modulet henvender sig til sundhedspersonale med en mellemlang videregående uddannelse med Minimum to års klinisk erfaring fra arbejdet med uhelbredeligt syge og døende.

Formålet med modulet er at medvirke til at udvikle den kliniske praksis indenfor den palliative indsats. Der arbejdes

med centrale problemstillinger indenfor det palliative område, disse belyses ud fra en human-, natur- og samfundsvidenskabelig vinkel.

Det konkrete indhold vil være:

- Internationale og nationale perspektiver på palliation
- Mødet mellem klient/pårørende og sundhedsprofessionelle
- Lidelse og død, herunder dødsprocessen
- Kliniske problemstillinger – som f.eks.: smerter, dyspnoe, træthed, depression og angst
- Den tværfaglig indsats
- Ethiske dilemmaer

For yderligere oplysninger se under Jysk Center For Videregående Uddannelser: www.jcvu.dk eller Center for Videregående Uddannelse Øresund: www.cvuoeresund.dk

I forhold til det økonomiske er der mulighed for at søge statens voksenuddannelsesstøtte (SVU).

*Jytte Husted og
Helle Nordestgaard Mathiesen
SIG Palliation*

Uddannelse af nøglepersoner i den palliative indsats i primær og sekundær sektor i Århus Amt

Uddannelsen af nøglepersoner er etableret i et samarbejde mellem videnscenter ved Hospice Søholm og Det Palliative Team, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus.

Målgruppen er sygeplejersker, der i deres hverdag møder uhelbredeligt syge, døende og deres pårørende enten på hospital, på lokalcentre eller i eget hjem.

Uddannelsesforløbet har til formål:

- At uddanne en nøgleperson fra hvert lokalcenter, hjemmepleje, ældrecentre og lignende i kommunerne i Århus Amt, samt en sygeplejerske fra relevante sygehusafdelinger i Århus Amt, med henblik på at styrke den palliative indsats i sekundær og primærsektoren.
- At nøglepersonerne kan arbejde ud fra de værdier og holdninger, der i Århus Amt og Århus Kommune er grundlæggende i forhold til plejen og omsorgen til de uhelbredelig syge mennesker og deres pårørende.
- At nøglepersonerne via et teoretisk og klinisk kursusforløb får en større viden om og erfaring med den tværfaglige indsats for denne målgruppe.
- At nøglepersonerne bliver i stand til at videreformidle, fastholde og deltage i udviklingen indenfor den palliative indsats.

Indhold i uddannelsen:

Uddannelsen er bygget op af tre moduler.

1. Modul.

Mål:

- At nøglepersonen får styrket sine handlemuligheder i forhold til patienten og dennes familie i eget hjem og på sygehus.
- At nøglepersonen opnår viden og indsigt i de komplekse problemstillinger som patienten og dennes familie kan have.
- At nøglepersonen opnår viden om symptomlindring i forhold til f.eks. åndenød, angst, depression, smerter, tørst, ernæring, immobilisation, lejrning og obstipation.
- At nøglepersonen forstår betydningen af den tværfaglig indsats og kan vurdere patienten og familiens behov.

2. Modul.

Mål:

- At nøglepersonen får indsigt i og viden om eksistentielle problemstillinger.
- At nøglepersonen får indsigt i hvilke sociale ydelser der kan lette patientens forbliven i eget hjem.
- At nøglepersonen får indsigt i, og viden om, hvilken støtte de pårørende, voksne og børn har behov for under sygdomsforløbet og i tiden efter

3. Modul.

Mål:

- At nøglepersonen får indsigt i betydningen af samarbejde på tværs af sektorerne.

- At nøglepersonen får erfaring i at anvende praksisbeskrivelse som metode til at beskrive og reflektere over egen praksis. Endvidere erfaring i at inddrage teori i refleksionen og træne den skriftlige arbejds- og erkendelsesproces.
- At nøglepersonen bliver klar til at påtage sig opgaven som nøgleperson i primær og sekundær sektor.
- At nøglepersonen kan medvirke til fortsat udvikling af den palliative indsats i alle kommuner i Århus Amt.

Imellem hvert modul vil der være én supervisorsdag, med det formål:

- at gå konstruktivt ind i og bearbejde vanskelige situationer fra egen praksis
- at øge opmærksomheden og bevidstheden om egen adfærd og reaktioner
- at opdage nye løsningsmuligheder
- at mobilisere lysten til at afprøve nye løsninger i praksis
- at gøre diffuse oplevelser til bevidste erfaringer
- at lære af egen praksis
- følelsesmæssig lettelse og frigørelse af energi
- kollegial støtte

På denne måde er det hensigten at nøglepersonen skal fungere som resourceperson på sin arbejdsplads, holde sig ajour med nye tiltag indenfor palliationen, og deltage i opfølgende temadag og videreuddanne sig indenfor

for området. Nøglepersonen har mulighed for løbende kontakt til både videnscenter ved Hospice og Det Palliative Team.

Yderligere oplysninger kan fås på:
www.uddannelsesafdelingen.dk,

ved personlig henvendelse hos
Kursusleder Lil Olesen Hospice Søholm
tlf.: 87333147

eller
hos Kursusleder
Helle Nordestgaard Mathiesen,
Det Palliative Team tlf.: 89494670

*PS: Tilsvarende uddannelser
forløber i andre amter.*

Nyhedsbrev nr. 14

Audit af kvalme og opkastninger hos kræftpatienter, der får kemoterapi

*v/ Lissen Ingvartsen
R117 Amtssygehuset i Herlev*

Baggrund

SIG kvalme og opkastning (SIG K&O) har gennem de seneste år arbejdet med patientinformationsmateriale, og har i denne forbindelse udarbejdet en standard for »pleje og behandling af kvalme og opkastning hos patienter, der får kemoterapi« (se bilag). Standardens formål er, at give sygeplejersker et redskab til at kvalitetssikre kvalmebehandlingen, således at kvalme og opkastning forebygges og behandles optimalt hos disse patienter.

Gruppen har ud fra litteratur fastsat resultatkriterier, og har inden implementering af standarden til landets kræftafdelinger, ved hjælp af en kvalitativ sygeplejeaudit gennemført i 2002, undersøgt om disse kriterier er realistiske i forhold til de eksisterende forhold. Med en kvalitativ sygeplejeaudit forstås det, at kvalitetsvurderer en sygeplejefaglig problemstilling på baggrund af eksplicite kriterier (red. Kjærgaard et al. »Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet).

De eksplicite kriterier var følgende:

- at undersøge hyppighed af kvalme og opkastning hos kræftpatienter i kemoterapi i perioden 2 dage før til 5 dage efter kemoterapi
- at undersøge om der gives mundtlig og skriftlig information om forebyggelse og behandling af kvalme og opkastninger, samt om antiemetisk behandling,
- at undersøge om det udarbejdede patientinformationsmateriale fra SIG K/O er tilgængeligt og om det anvendes
- at undersøge rammerne for kvalmeinstruks, undervisning og dokumentation af den antiemetiske pleje og behandling.

Metode

Audit bestod dels af en patientundersøgelse og dels en registreringsundersøgelse af rammerne for at udføre optimal antiemetisk behandling og pleje. Patientundersøgelsen var en prospek-

tiv struktureret spørgeskemaundersøgelse, hvor 144 kræftpatienter skulle svare på 9 spørgsmål med enten ja, nej eller ved ikke ud fra standardens resultatkriterier.

Registreringsundersøgelsen bestod af et registreringsskema med 9 spørgsmål som omhandler rammer for undervisning, kvalmeinstruks, skriftligt patientinformationsmateriale, dokumentation af kvalmeanamnese og den antiemetiske sygepleje.

Undersøgelsen af dokumentationen bestod af en gennemgang af 68 tilfældige læge- og sygeplejejournaler.

Materialet

Patientundersøgelsen: 141 patienter deltog fra 6 hospitaler – Rigshospitalet, Århus Kommunehospital, Esbjerg Centralsygehus, Vejle Sygehus, Ålborg Sygehus, Amtssygehuset i Herlev (6 onkologiske og 5 hæmatologiske afdelinger). Hospitalerne var udvalgt hvor SIG K/O-repræsentanter arbejdede, og hvor

der kunne formodes, at der var en vis fokus på behandling og pleje til kvalme og opkastning. Gruppen havde vurderet, at der var 3 gange så mange onkologiske patienter som hæmatologiske, og havde derfor lavet en fordelingsnøg- le iht. dette. Faktisk oplevede gruppen under patientundersøgelsen, at det var svært at få tilstrækkeligt med hæmatologiske patienter indenfor den fastsatte tidsramme.

Resultat

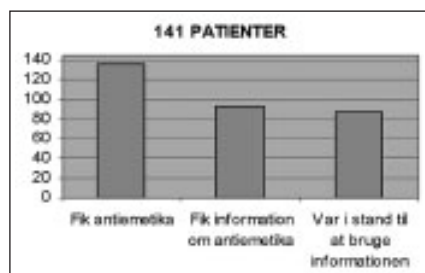
113 onkologiske patienter og 28 hæmatologiske deltog. Heraf 59% kvinder og 41% mænd.

- 50% af patienterne havde kvalme
- 28% af patienterne havde opkastning
- 96% af patienterne fik udleveret antiemetika

Det, at gruppen registrerede 50% havde kvalme og 28% havde opkastning, stemte godt med litteraturen («Incidence of Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting after Modern Antiemetics: Perception vs. Reality» By Grunberg, Steven et al.)

Information

- 51% af patienterne modtog skriftlig information om antiemetika
- 75% af patienterne modtog mundtlig information om antiemetika
- 70% af patienterne fik skriftlig og mundtlig information
- 66% af patienterne kunne bruge den mundtlige og den skriftlige information som tryghed til selv at håndtere kvalme og opkastning



Registreringsundersøgelsen

Der var kvalmeinstruks og undervisning i behandling og pleje af kvalme og opkastning på alle de deltagende hospitaler og 17% anvendte kvalmedagbøger. Kvalmedagbøger, blev de fleste steder ikke udleveret rutinemæssigt, men udleveret til de patienter, som havde kvalme- og opkastningsproblemer.

Dokumentation:

- Ingen læge- og sygeplejerejournaler havde dokumenteret kvalmeanamnese
- I 24% af sygeplejerejournalerne var der dokumenteret antiemetisk sygepleje.
- Den antiemetiske behandling er dokumenteret flere steder; så som lægejournal, flowsheet, kvalmeskema og sygeplejerejournal.

Diskussion

Gruppen har undersøgt om patienterne havde kvalme eller ikke. Der blev ikke skelnet mellem de forskellige kvalmesfaser, da det var vurderet at patienterne ville have svært ved at svare på dette.

Det var overraskende for gruppen, at der ikke var dokumenteret nogen form for kvalmeanamnese, så som emesis – erfaring ved tidligere kemoterapi, alder og kemoterapi-stoffets emesiske potentiale. Man kunne her diskutere om det er manglende viden eller relevans set fra læge/sygeplejerskeperspektiv – patienten får jo bare det der står i henhold til kvalmeinstruksen, eller om man mangler et sted at dokumentere kvalmeanamnesen.

Det skal dog bemærkes at på alle de steder som deltog i undersøgelsen var der undervisning i kvalme og opkastning, hvori kvalmeanamnese er et obligatorisk emne.

Det at den antiemetiske behandling og pleje blev dokumenteret på forskellige steder, kunne også ses som et behov for en anden og måske fælles dokumentationsform.

Det at 70% får mundtlig og skriftlig information om den antiemetiske behandling, er ikke godt nok, da alle patienter som skal modtage kemoterapi også skal informeres om den understøttende behandling – nemlig antiemetika.

Kvalmedagbog kunne også være et dokumentationsredskab til at afhjælpe patientens registrering af kvalme og opkastning for den aktuelle periode og kunne bidrage til at evaluere den antiemetiske behandling. Samtidig er det et redskab hvor patienter kan gøre noget selv for at forbedre deres tilstand.

24% dokumentation af den antiemetiske pleje og behandling må siges at være for lavt og der skal gøres en indsats for at synliggøre sygeplejen samt skabe kontinuitet i den antiemetiske behandling og sygepleje til patienter som modtager kemoterapi i form af dokumentation. Her kunne det være en hjælp med en standard til at skabe rammerne og de ønskede mål.

Konklusion

Auditten giver SIG K/O værdifulde oplysninger til at justere den udarbejdede standard, og der er behov for at standarden bliver implementeret evt. tilpasset den specifikke afdelings behov og krav. SIG K/O kan ikke ændre afdelingens praksis eller struktur, men håber at dette nyhedsbrev kunne være med til at starte en diskussion. Gruppen må erkende at det udarbejdede patientinformationsmateriale ikke er implementeret, og at vi kan kun opfordre læsere til at se på vores hjemmeside www.dsr.dk klik faglige selskaber for kræftsygeplejersker – SIG emesis. Sekundært har auditten givet SIG emesis en ide om, hvor man i fremtiden kan forbedre sygeplejen f.eks. udvikle et egnet dokumentationsredskab til kvalmeanamnese.

Standard for pleje og behandling af kvalme og opkastninger hos patienter der får kemoterapi

Strukturkriterier – rammer = ressourcer

Der forefindes ajourført kvalmeinstruks i alle afsnit. Kvalmeinstruksen indeholder:

- Teoretisk afsnit om kvalme / opkastningens anatomi og fysiologi.
- Kvalmeanamnese
- Antiemetika
- Definition af kvalme og opkastninger

Instruksen er kendt og anvendes af alle faggrupper, der er involveret i patientens behandling. Kvalmeinstruksen indgår som en del af introduktionen til nyt personale.

Der er struktureret undervisning om kvalme og opkastning for alle nyansatte sygeplejersker på kemoterapikurset og løbende undervisning for erfarne sygeplejersker om kvalme og opkastning.

Der forefindes skriftligt materiale omhandlende kvalme og opkastninger til selvstudie for afdelingens personale

Der er afsat 15 minutter til samtale om kvalme og opkastning i forbindelse med den første kemobehandling. Grundig kvalmeanamnese foretages ved denne samtale.

Samtalen foregår i rolige omgivelser i uforstyrret.

Pårørende opfordres til at deltage i samtalen via indkaldelsesbrevet.

Der forefindes dokumentationsmateriale til beskrivelse af kvalmeanamnese, pleje og behandling af kvalme og opkastning. Dette materiale indeholder medicinregistrering af antiemetika, sygeplejelog og forebyggelse af kvalme og opkastning, og om kvalme og opkastning når dette er en realitet. Al dokumentationsmateriale opbevares i sygeplejeloggen. Dokumentationsmateriale er kendt og anvendes af alle sygeplejersker.

Der forefindes i alle afsnit ajourført skriftligt informationsmateriale til udlevering til patienten:

- Patientinformation om kvalme og opkastning ved kemoterapi
- Patientinformation om appetitløshed
- Patientinformation om kost ved kvalme og opkastninger
- Patientinformationer om de forskellige anvendte antiemetika

På sygeplejeloggen findes afkrydsningsmuligheder, når pjece er udleveret.

Alle sygeplejersker kender indholdet af pjecerne, og er uddannet til at varetage informationen.

Der er senge / stole som patienten kan hvile i.

Der forefindes adspredelsesmuligheder for patienten, f.eks. video, walkman/fjernsyn, ugeblade m.m.

Der er kosttilbud til patienten.

Der er kontinuitet for den enkelte patient i behandlingsforløbet

Proceskriterier = handlinger

Kvalmeinstruksen ajourføres af et tværfagligt forum (kvalmegruppe) mindst hver andet år eller når ny viden haves, således at patienten altid modtager den nationalt og internationalt bedst dokumenterede kvalmebehandling.

Sygeplejersken administrerer og udleverer antiemetica-behandlingen (tabletter /recepter) efter lægeordination.

Sygeplejersken forbereder sig på samtalen med patient og pårørende, ved at indhente tilgængelige oplysninger f.eks. fra sygepleje- eller lægejournal.

Sygeplejersken fortæller patienten om formålet med samtalen og varigheden heraf.

Sygeplejersken anvender sin teoretiske og praktiske viden og erfaring om kvalme og opkastning når hun foretager kvalmeanamnese. Ud fra patientens kvalmeanamnese planlægger sygeplejersken i samarbejde med patienten og eventuelt den pårørende, patientens pleje og behandling i forhold til kvalme og opkastning.

Sygeplejersken dokumenterer kvalmeanamnesen på den fortrykte kliniske plejeplan om forebyggelse af kvalme og opkastning. Sygeplejersken udfylder plejeplanen, herunder årsager, kendetegn, mål og handlinger. Ved næstfølgende kemobehandling, evaluerer sygeplejersken sammen med patienten, effekten af den givne pleje og behandling i forhold til kvalme og opkastning.

Sygeplejersken nedskriver den givne antiemetiske behandling på medicinskemaet.

Sygeplejersken der varetager patientens kemoterapi, har ansvaret for information vedrørende kvalme og opkastning. Sygeplejersken udleverer relevante informationspjecer. Sygeplejersken afkrydser på den kliniske plejeplan hvilke pjecer, der er udleveret.

Sygeplejersken udleverer kort til patienten med navn og telefonnummer på læge og sygeplejerske. Sygeplejersken informerer patienten om vigtigheden i at kontakte afdelingen hvis der er problemer med kvalme og opkastning samt dokumenterer dette.

Sygeplejersken tilbyder patienten en seng / stol og det mad, drikke og adspredelse som patienten ønsker.

Max. to sygeplejersker og en ansvarlig kontaktlæge varetager patientens kvalme pleje og behandling, og følger patienten i hele kemobehandlingsforløb.

Standard for pleje og behandling af kvalme og opkastninger hos patienter der får kemoterapi

Resultatkriterier (hvad ønsker vi at opnå?)	Standard (hvad kan vi realistisk opnå?)
Patienten oplever at kvalme og opkastning forsøges forebygget via relevant antiemetisk behandling.	Gælder for alle patienter
Patienten får <i>ikke</i> kvalme efter kemoterapi	Gælder for 60% af patienterne
Patienten får <i>ikke</i> opkastning efter kemoterapi	Gælder for 80% af patienterne
Via samtalen oplever patienten tryghed og tillid i kontakten med plejepersonalet. Patienten føler sig forstået og oplever at have indflydelse på og medansvar for de beslutninger, der træffes om antiemetisk behandling.	Gælder for alle patienter
Patienten oplever ensartethed og enighed blandt personalet om forhold der vedrører patientens behandling og pleje i forhold til kvalme og opkastning.	Gælder for alle patienter
Patienten og pårørende føler sig trygge og velinformerede om alle forhold, der vedrører kvalme og opkastninger.	Gælder for alle patienter
Patienten er både på hospitalet og hjemme i stand til at forebygge og behandle kvalme og opkastning, ved at handle efter de anvisninger patienten har modtaget mundtligt som skriftligt.	Gælder for 90% patienter
Patienten og den pårørende oplever kontinuitet og hermed tryghed i det samlede patient- og behandlingforløb i forhold til kvalme og opkastninger.	Gælder for alle patienter

Underernæring blandt syge og plejekrævende

Af



Trude Bang



og Marian Svendsen

Nogle vælger at tage til udenlandske konferencer, men da vi i SIG-ernæring spottede en dansk to-dages ernæringskonference med ovenstående tema, var valget oplagt.

To medlemmer fra SIG- ernæring drog til København for at deltage i konferencen, afholdt i København d. 8. og 9. juni 2004 af Institut for Kompetenceudvikling.

Det viste sig at være en faglig meget inspirerende konference, hvis indhold vi med følgende indlæg har stor lyst til at give videre til andre interesserede.

Ved hjælp af en række førende eksperter og praktikere var målet for konferencen, at komme omkring følgende væsentlige aspekter:

- *de ernæringsfysiologiske aspekter*
- *ansvarsfordeling og ledelsesopbakning*
- *samarbejde og koordinering af ernæringsindsatsen mellem sygehus og kommune*
- *tværfagligt samarbejde mellem køkken- og plejepersonale*
- *patientinvolvering*
- *måltidets sociale aspekter*
- *madkultur, holdninger, værdier, grænser og blufærdighed*

Uden mad og drikke duer patienten ikke

Ud fra denne overskrift indledte overlæge Jan Eriksen (JE), Herning Sygehus sit indlæg – med et historisk tilbageblik til 1761 på St. Thomas hospital, hvor han havde fundet dels oversigten over indholdet i en fuldkost og dels at ernæring blev set på som en nødvendig del af fysisk rehabiliteringen. Han undrede sig over denne historiske fokus på ernæring i forhold til, at fokus i dag tilsyneladende ikke er særlig iøjnefaldende: »Hospitalet er det eneste sted, hvor

man legalt kan sulte ihjel under omhyggeligt kontrollerede forhold.

JE henviste til to undersøgelser, der omtalte konsekvenser af underernæring, idet der hos patienter med svær underernæring og i forbindelse med større abdominale operationer oplevedes komplikationer hos ca. 70%.

Han omtalte dernæst en stor amerikansk undersøgelse fra 50'erne af militærnægtere, der over 24 uger kun måtte indtage 1500 kcal/dag, hvor der – udover vægttab, nedsat muskelstyrke og kondition – også oplevedes

depression, melankoli, inaktivitet og glemsomhed. En vigtig ting der også registreredes var, at der efterfølgende gik over et halvt år før normalisering. Den næste undersøgelse JE refererede til, var en undersøgelse af tolv raske kvinder, 66-79 år, som over seks uger fik en kost med normalt kalorieindhold, men med et proteinindhold på 0,45 eller 0,92 g/kg/dag. Hos de kvinder, der kun fik 0,45 g/kg/dag faldt muskelmassen med 11%, muskelfunktionen med 63% og immunforsvaret svækkedes med 50%.

Efter disse referencer redegjorde JE for kroppens reaktion på sygdom, hvor den akutte fase, shockfasen varer ca. et døgn, den katabole fase ca. to uger og den anabole fase ca. tre – seks måneder.

Når man bliver syg øges stofskiftet og ligeledes tabet af kvælstof, førende til et hurtigt vægttab. Den energi der bruges til omsætning ved sygdom fås fra 80% fedt og 20% protein. Der ses en nedsat insulin effekt, men en øget glukagon, cortisol og adrenalineffekt. Ved sygdom øges blodsukkeret, men samtidig opstår der en nedsat påvirkning af insulin = insulinresistens. Denne insulinresistens kan hæmmes ved præoperativ indgift af kulhydrat viser en undersøgelse fra 2002. Tillige ses en nedsat hepatisk glukoseafgift og et reduceret kvælstofstab, som uden tiltag falder med 15% svarende til 400 g muskel/uge. Der blev også nævnt at der kræver en del mere energi at opbygge kropsvæv end at nedbryde det og dermed er energibehovet i genopbygningsfasen efter sygdom 130% af vedligeholdelsesbehovet.

JE omtalte en dansk undersøgelse fra 1996 der viste stor effekt af indgift af tidlig postoperativ, enteral ernæring ved elektive, gastrointestinale operationer idet 14 patienter, som ikke fik tilskud, fik infektioner, hvor tallet kun var 2 i gruppen med tilskud. Bivirkninger som lækager, sårinfektioner og AMI var ikke markant forskellige i de to grupper. Der indgik 60 patienter i undersøgelsen.

JE var inde på problemerne med underernæring i disse tider, hvor der arbejdes med accelererede patientforløb, hvor patienterne ikke følges over tid og refererede her til en schweizisk undersøgelse fra 1990 af 59 patienter med collum femorisfraktur og en gennemsnitsalder på 81 som var indlagt på et rekonvalescenshjem. Patienterne blev inddelt til +/- peroralt ernæringstilskud, hvor gruppen der fik ernæringstilskudet var klar til udskrivning efter 24 dage mod 40 dage for den anden gruppe Jan Eriksen sluttede sit indlæg med en

kort redegørelse for, hvordan man finder frem til de ernæringstruede ved hjælp af screeningsmodeller, vigtigheden af at få lagt en behandlingsplan for disse ernæringstruede og ikke mindst at evaluere på resultatet.

Vi har vidst det i 1000 år – hvorfor sker der ikke noget?

Dagens andet indlæg blev holdt af Klinisk diætist, Ph.d. Anne Marie Beck, Danmarks Fødevarer- og Veterinærforskning og Cand. Brom, Ph.d. Tatjana Heigaard Vasilaras, Sundhedsstyrelsen.

Dette foredrag omhandlede de barrierer der er i forhold til at sikre patienterne og de ældre en tilstrækkelig ernæring.

AMB startede med at fortælle om sit arbejde i Europa Rådet. I Europa Rådet arbejder man bl.a. med at lave guider for nutrition på sygehuse.

Der blev nedsat en arbejdsgruppe hvis formål var, at:

- få et overblik over den ernæringsmæssige behandling af patienterne og identificere eventuelle problemer.
- udarbejde anbefalinger for den ernæringsmæssige behandling af patienterne, med henblik på at sikre at ernæringen bliver betragtet som en væsentlig del af den samlede behandling.
- overveje hvordan politikere, sundheds- og kostforplejningspersonale samt sygehusledelse kan samarbejde med henblik på at forbedre den ernæringsmæssige behandling af patienterne.

Der blev udarbejdet et spørgeskema, som blev sendt ud til forskellige sygehuse i Europa. Man fandt at der var 5 områder hvor der var en enighed i besvarelsene:

1. manglende ansvarsfordeling i relation til den ernæringsmæssige behandling af patienterne.
2. manglende/utilstrækkelig

udannelse i ernæring blandt sundheds- og forplejningspersonalet.

3. manglende patientindflydelse.
4. manglende samarbejde mellem de forskellige personalegrupper.
5. manglende interesse og opbakning fra sygehusledelsen.

Ad 1). Der bør ligge en klar ansvarsfordeling med hensyn til den ernæringsmæssige behandling af patienterne, omfattende sundheds- og forplejningspersonalet samt sygehusledelsen. Ansvar for den ernæringsmæssige behandling stopper ikke ved patienternes udskrivelse fra sygehuset.

Ad 2). Der er behov for en generel forbedring af den ernæringsmæssige uddannelse af alle faggrupper der er involveret i den ernæringsmæssige behandling af patienterne. Det gælder specielt det ufaglærte personale, der oftest har den tætteste kontakt med patienterne i relation til maden.

Ad 3). Alle patienter bør have mulighed for at vælge, hvad de vil spise og hvornår. Informationerne om de forskellige patientkategoriers præferencer i forhold til mad og drikke, bør udnyttes til at fremstille menuer, der er målrettet de forskellige patienters behov og ønsker.

Ad 4). Sygehusledelse, læger, sygeplejersker, kliniske diætister og økonomaer bør samarbejde om det fælles mål, at sikre den ernæringsmæssige behandling af patienterne. Sygehusledelsen bør derfor sikre at mulighederne for samarbejde gives høj prioritet i dagligdagen. Desuden bør der iværksættes et organiseret samarbejde med primærsektoren i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af patienter med ernæringsmæssige problemer.

Ad 5). Sygehusledelsen bør betragte ernæring som en væsentlig del af den samlede behandling af patienterne. Ved tildeling af ressourcer bør kostforplejning derfor rangere på linie med andre former for behandling. Ved vurdering af kost-

forplejningsbudgetterne bør sygehusledelsen være opmærksom på udgifterne til behandling af komplikationerne ved en sygdomsbetinget underernæring.

THV fortalte om Sundhedsstyrelsens indsats i forhold til at sikre patienterne en god ernæringstilstand. De har udgivet en bog »Bedre mad til syge«. Dette er en vejledning til sundhedspersonalet. Den indeholder retningslinier for kostforplejningen til de svage og underernærende på sygehuse. Formålet med bogen er at sikre en god fælles praksis i hele landet for mad til risikopatienter på sygehuse, – baseret på »Anbefalinger for dansk institutionskost«.

Derudover har Sundhedsstyrelsen lavet et idékatalog med inspiration til god måltidsservice. Det kan findes på www.bedremadttilsyge.sst.dk. Formålet med idékataloget er at inspirere amterne til, som led i sundhedsplanlægningen, at vedtage overordnede retningslinier for sygehuskosten, samt inspirere sygehusledelserne og de enkelte afdelinger til at udarbejde en lokal kostpolitik, der passer til det aktuelle patientgrundlag.

THV fortalte om den pulje på 5 millioner kroner, som blev stillet til rådighed til projekter omhandlende arbejdet med ernæring. Der var 55 ansøgninger, hvoraf man valgte at støtte 14. Prioriteringen var at støtte projekter med fokus på patientinddragelse, kvalitetssvurdering og samarbejde med primærsektoren.

AMB sluttede indlægget af med at fortælle om ældres ernæringstilstand. Den ældre befolkning har tendens til at blive underernæret, dels pga. nedsat appetit, og dels pga. nedsat evne til at lave mad. Det drejer sig både om fysiske, psykiske og sociale begrænsninger.

Ældre må gerne have en BMI over 24, hvis de ligger under 18,5, som er den grænse man regner med i resten af befolkningen, har de en langt højere dødelighed.

Når appetitten mangler

Tredje indlæg »Når appetitten mangler« var overskriften på et meget tankevækkende indlæg af Lise Munk Plum, klinisk udviklingspsygeplejerske, Rigshospitalet:

Vore syge patienter er ikke sultne og spiser alt for lidt. Det er en stor opgave at stimulere appetitten og madlysten hos disse patienter. Det handler ikke kun om det ernæringsmæssige perspektiv, idet det at spise rummer mange forskellige aspekter. Hvordan gør vi det bedst muligt?

Lise Munk Plum (LMP) startede med at belyse ordet appetit, et værdiladet begreb som kan anskues på flere måder:

Appetit i forhold til sult: Sult signalerer mangel på næringsstoffer, sulten stilles og mæthed indtræder og sult kan forklares fysiologisk.

Appetit signalerer mad og måltider, appetitten stilles ikke nødvendigvis, fordi man er mæt og appetit kan ikke forklares naturvidenskabeligt.

Appetit i forhold til underernæring: Taler vi om den appetitløse, småtspisende patient eller om den ikke-sultne, småtspisende patient? Gør det en forskel med hvilke øjne vi ser på dette?

LMP taler om *appetitens fire niveauer*: Fysiologisk, individuelt, socialt og politisk, belyst såvel antropologisk som ved hjælp af patientudsagn.

Fysiologisk: Søger årsagsforklaringer i ernæringsfysiologiens rationelle begrebsverden.

Patienten siger herom at han godt ved, at for at få muskler og kræfter tilbage, skal han jo spise.

Individuelt: Beskriver sanseindtryk, som har betydning for oplevelsen af måltidet – indtryk som hæmmer eller fremmer appetitten.

Patienten siger herom, at maden blev serveret på en for ham uappetitlig måde (»det hele svømmede rundt i sovs«) således at han slet ikke kunne spise.

Socialt: Betydning for appetitten på det sociale niveau under indlæggelsen,

hjemme og i forhold til relationer til et andet menneske

Patienten siger herom, at det var svært at spise sammen med mennesker i alle stadier af ubehjælpssomhed, at det var rart at få »bevilliget« at spise inde på stuen, at det var rart at have nogle at spise med derhjemme. Under indlæggelsen havde det betydet noget at en plejepersonale havde fulgt patienten over længere tid og dermed kunne motivere bedre.

Politisk: Udmeldinger om hvad der er sundt og rigtigt at spise. Patientens siger herom, at han har god samvittighed når han spiser »det rigtige«.

Det vi kan lære af patienterne er ifølge LMP:

- at underernæring ikke kun er spørgsmål om tilstrækkelig tilførsel af næringsstoffer
- at patienterne er eksperter på, hvad der stimulerer appetitten for dem
- at mad og måltider er en del af livet og tolket ind i en kulturel sammenhæng og derfor er det yderst vigtigt at tilrettelægge måltidet individuelt ud fra den enkeltes behov og sørge for mest optimale forhold. De fysiske rammer er her vigtige i forhold til at have muligheden for at spise sammen eller for sig selv, at serveringen er indbydende og at kunne spise uforstyrret.

LMP henviste til en hollandsk undersøgelse fra 1991, hvor forhold omkring spisesituationen blev undersøgt. Undersøgelsen konkluderede bl.a. at især forstyrrelser under spisning medførte mindre kostindtagelse og at det ikke betød det store om medpatienter havde drops, katheter eller lignende. Netop med hensyn til forstyrrelser mente LMP at der er et stort behov for en ændret organisation set i forhold til praksis i dag, hvor patienter ofte oplever både blodprøvetagning, stuegang og indlæggelsessamtaler midt i maden, hvilket som nævnt er meget uhensigts-

mæssig, hvis patienternes appetit skal stimuleres.

Samarbejde og koordinering af ernæringsindsatsen mellem sygehus og kommune

Dagens fjerde indlæg blev holdt af spl. Kathe Torp Jensen, Storstrømmens Sygehus, Nykøbing Falster.

KTJ arbejder som somatisk distrikts-oversygeplejerske, der er en forholdsvis ny stilling, oprettet til det formål:

- at sikre sammenhæng i patientforløbet mellem primær og sekundær sundhedstjeneste.
- at medvirke til at patienten kan udskrives så snart det er den bedste løsning.
- at medvirke til en øget samordning og udnyttelse af tilstedeværende ressourcer.

KTJ fortalte om hvordan de i Storstrømmens Sygehus har haft succes med at opbygge et solidt samarbejde mellem sygehus og kommunen.

De arbejdede med samarbejde og koordinering af ernæringsindsatsen mellem sygehus og kommune, hvordan et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde kan fungere med henblik på udvikling af ernæringsområdet, hvordan ernæringstiltag iværksat på sygehuset eller i kommunen kan videreføres, og hvordan fastholdes og videreudvikles samarbejdet om ernæringstiltag.

De patienter som KTJ møder i primærsektoren, der er ernæringstruede, er, ældre, kroniske syge, terminale patienter, misbrugere, selvmordspatienter, flygtninge, psykisk handicappede og patienter fra accelererede patientforløb. Mange af disse patienter har forløb både i primær- og sekundærsektoren, hvorfor det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er vigtigt.

KTJ sidder i en arbejdsgruppe med en diætist, en sygeplejerske og en socialrådgiver. I gruppen arbejder de med baggrunden for udviklingen, vi-

den, holdninger, adfærd og dokumentation og resultater. Dette gøres bl.a. ved at ensrette referencer både internt og eksternt, således patienten får den samme information uanset hvor han befinder sig. Der laves også undervisning af personalet i primær- og sekundærsektoren f.eks. i sondeernæring, dette fremmer samarbejde, udvikling og ensretter proceduren.

Samarbejdet omkring patienten starter når patienten bliver indlagt og fortsætter efter udskrivelse.

Man stiler mod det gode patientforløb via information til patient, pårørende og samarbejdspartnere, via kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb og sidst men ikke mindst via skriftlig dokumentation af patientens funktionsniveau, almen tilstand og ernæringstilstand, samt igangsatte tiltag.

Alle somatiske patienter der udskrives får et fortrykt 4 siders dokumentations skema med hjem, som udfyldes på sygehuset. KTJ får også en kopi.

Selve ernæringsindsatsen når patienten udskrives til primærsektoren koordineres med kommunens tilbud og i samarbejde med patienten. Patienten får et møde med kommunens økonoma, hvor ønsker og tilbud snakkes igennem.

KTJ fortæller at der selvfølgelig også er et forebyggende arbejde på ernæringsområdet. Her tager hjemmesygeplejersken ud til patienterne, med det formål at man med udgangspunkt i patienten får tilrettelagt kosten så den passer den enkelte.

Resultaterne af denne indsats har været en synlig bedring fysisk, psykisk og socialt.

Fremtidens krav til samarbejde og ernæringstiltag er effektivitet og fleksibilitet, kontinuitet og kvalitet, service og information.

Forbedret dialog mellem køkkenet og plejepersonalet

Følgende indlæg var en præsentation ved økonoma Vibeke Søndergård af et

projekt på Peder Lykke Centret på Amager. Projektet drejede sig om at få den småtspisende til at spise mere i eget hjem ved hjælp af inddragelse af brugerens ønsker og holdninger til maden samt direkte dialog med hjemmepleje, som dermed kan vejlede de ældre til at spise den rette kost.

Peder Lykke Centret leverer køle-mad til 1000 brugere. Projektet startede i 1999, hvor der blev nedsat en arbejdsgruppe. Der blev her udarbejdet visitationskriterier for kost til småtspisende, udformet en pjece om menuen til brugerne, udarbejdet spørgeskema til brugerne og evalueringsskemaer til udfyldelse hver måned.

Kosten til den småtspisende er energiberiget, der er valgmuligheder i forhold til mellemmåltider og der er valgmuligheder for menu.

Visitationskriterierne for kost til småtspisende er en BMI under 20, nylig udskrevet fra hospital, nyligt vægttab (2-3 kg pr. måned) samt at brugeren allerede får leveret almindelig mad fra centret.

Evalueringen opgøres i forhold til vægtstabilisering og øget aktivitet hos den ældre.

Aldring – gener, miljø og ernæring

Den første dag afsluttedes med et indlæg af professor dr.med. Kaare Christensen, Syddansk Universitet.

KC fortalt på en lettere humoristisk måde om aldring. Udgangspunktet var at ældrebefolkningen vil vokse de kommende år, dvs. der vil være færre unge og børn og flere ældre. Antallet af 100-årige i Danmark er steget markant de sidste 40 år.

Forskere der beskæftiger sig med alder og aldringsprocesser er splittet op i to lejre. Den ene mener aldring er mekanisk, uforanderlig og programmeret (uundgåelig), dette kaldte KC for »den gamle skole«, hvorimod »den nye skole« mener at aldring er en plastisk, foranderlig og fleksibel proces. KC er af den nye skole.

Der findes dog mere end 300 aldringsteorier. Da aldring er et komplekst biologisk problem, er der svært at få et overblik. Der er mange faktorer der spiller ind, såsom gener, miljø og tilfældigheder.

Danmark har været med helt fremme i aldringsforskningen i lang tid. Vi er det land med det største tvillingeregister. Registeret går fra 1870-1992, og indeholder mere end 100.000 tvillinger.

I en af undersøgelserne er 70+årige tvillinger blevet interviewet og testet hvert andet år siden 1995 (10.000 besøg). Man har fundet at gener står for ¼ af variationen i livslængde og ca. ½ af variationen i fysiske og intellektuelle evner sidst i livet. Man fandt også at aldring ikke domineres af familiemiljøet, men af det individuelle miljø.

Miljøfaktorer der generelt påvirker aldring og dødelighed er, rygning, alkohol (i store mængder), manglende motion, fed kost, sociale forhold og selv-vurderet helbred.

En pæn portion fysisk stress tidligt i livet (hormesis), – sænker aldringsprocesserne.

Når man taler om meget gamle mennesker dvs. over 90 år, vil risikofaktorer som højt BMI, rygning og kolesterol miste deres betydning i forhold til aldringsprocesserne. Faktisk viser en undersøgelse at dødeligheden stiger med lavere BMI hos de 90årige.

Motion har en positiv effekt på livslængde.

Kvinder bliver ældre end mænd. Mænd har en overdødelighed i forhold til kvinder, den er højest omkring 40-års alderen.

KC opsummerer at grunden til at vi ældes forskelligt, er miljømæssige forskelle, genetiske forskelle og tilfældigheder. Aldring er en fremadskridende, men påvirkelig proces.

Optimal ernæringspleje – patientens perspektiv

Konferencens anden dag startede med følgende indlæg, hvor Karin Ø. Lassen,

cand. Scient. i human ernæring, Ph.d., Bispebjerg Hospital redegjorde for sin nyligt afsluttet medicinske teknologivurdering (MTV) med fokus på at belyse den medicinske patients ernæringspleje og de problemstillinger, der kan føre til at patienten underernæres. Baggrunden er en undren over den kløft, der opleves mellem den teoretiske viden om ernæring, eks. officielle anbefalinger og praksis, hvor denne viden ofte mangler at blive inddraget. Dette samtidig med at undersøgelser viser at mellem 20 - 50% af patienterne er underernærede ved indlæggelsen – og fortsat underernæres under indlæggelsen.

I rapporten er der via patientperspektivet søgt belyst, hvordan ernæringsplejen opleves og hvilke forhold der er fremmende og hæmmende for en optimal ernæringspleje under indlæggelsen.

Metoden har været strukturerede interviews af 75 indlagte patienter på tre medicinske afdelinger fra henholdsvis Nordjylland, Århus Amt og fra Hovedstaden, hvor kriterierne for at indgå var: en indlæggelse på mindst fem dage, at patienten var i stand til at kommunikere, at patienten ikke var på diæt og i øvrigt indtog almindelig mad og drikke.

Resultaterne af rapporten er i korte træk:

På spørgsmålet om patienterne oplever at kosten er vigtig i behandlingen, fortalte kun 13 patienter, at de havde talt med nogen om, hvad der er godt at spise og der var 4 patienter, der var blevet spurgt i forhold til deres ønsker til kosten. Kun 10 patienter var vidende om køkkenets tilbud. Med hensyn til hvordan patienterne så på kostens betydning for helbredelse mente ca. halvdelen at den er vigtig.

På spørgsmålet om patienterne mener at kosten betyder noget for at komme til kræfter svarede 70 ja.

På spørgsmålet om patienterne oplever, at kosten sammensættes individuelt, fortalte 40 at de ikke havde haft mulighed for at vælge. Mange fortal-

te at der var dage, hvor de ikke havde spist (48) af disse var der 27 der havde talt med plejepersonalet om det.

Der blev stillet et spørgsmål om patienterne fik noget at drikke imellem måltiderne, hvortil 73 svarede ja. Heraf nævnte 13 proteindrikke mens resten nævnte vand, saft o.lign.

Et spørgsmål om patienterne oplever at deres ernæringsstatus følges, blev besvaret med at 80% kendte deres vægt samt at 40% havde oplevet et uønsket vægttab. Halvdelen havde talt med personalet herom.

Der blev spurgt om hvem patienterne mener skal sikre at de får den kost de har brug for, hvor det fordelte sig som vist følgende: køkken 31%, plejen 40%, lægen 11%, patienten selv 6% og ledelsen/regeringen 3%.

På spørgsmålet om maden ser indbydende ud svarede 68 patienter ja.

Konklusionen på rapporten

- patienterne oplever mangler i ernæringsplejen
- der er potentiale for et øget fokus
- der er potentiale for individuel ernæringspleje.

Fremmende for ernæringsplejen:

Et reelt menuvalg og individuelt tilpassede måltider.

Det er væsentligt at patienterne modtager information om ernæring og tilbud i afdelingen og at plejepersonale og patienter er i dialog med hinanden herom. Maden skal være indbydende at se på.

Hæmmende for ernæringsplejen:

Der mangler tilbud om mellemmåltider i mange af døgnets timer (der kunne eks. tilbydes en ernæringsdrik kl. 06), den manglende information og dialog. Ligeledes er det et problem at ernæringsstatus ikke følges og handlingen mangler.

Rapporten offentliggøres på www.cemtv.dk under nyhedsservice.

Vil du skære min fiskefilet ud? Om kostens, madens og måltidets sociale organisering og betydning under indlæggelse

Dette indlæg blev holdt af sociolog og diætist Kirsten Palmvang, Københavns Dag og Aften Seminarium. Det var et spændende foredrag om hvorledes kultur, livsstil og levevilkår har betydning for dels relationen imellem patient og personale, dels personalegruppernes indbyrdes relationer.

KP satte fokus på, hvordan disse relationer påvirker risikoen for at patienter underernæres på sygehuse. Udgangspunktet var en undersøgelse hun havde foretaget på et almindeligt sygehus 2000-2001. KP har interviewet 6 patienter og forskellige personalegrupper, som læger, oversygeplejersker, afdelingssygeplejersker og økonoma.

KP startede foredraget med en prolog, dvs. en historie fra det virkelige liv. Den handlede om en kvindelig patient først i 70-erne, indlagt med hoftebrud på en ortopædkirurgisk afdeling. Patienten er nyopereret. Historien udspiller sig fra morgenmaden over frokost til stuegang. I korte træk handlede historien om hvorledes vi som personale overhører patientens signaler, både de direkte og de indirekte. Patienten fortæller sygeplejersken under morgentoi-lette at hun ikke har fået noget at spise i 4 dage, dels fordi hun lå på gulvet i hjemmet i ca. et døgn inden hun blev fundet, dels pga. faste til operation. Da der serveres frokost spørger patienten sygeplejersken om hun vil skære hendes fiskefilet ud, da hun har ondt i den ene side efter faldet. Sygeplejersken er mere optaget af det stykke pålæg hun har glemt at tage med til patienten og går. Under stuegang fortæller patienten endnu engang at hun ingen appetit har og at hun ikke har fået noget at spise i en tid. Dette bliver fejlet af som værende normalt efter en operation. Efter stuegang prøver patienten selv at spise med den ene hånd hun kan bruge, dette lykkes ikke rigtig. Sygeplejersken kommer tilbage for at fjer-

ne bakken og siger »Du har da spist lidt, kan jeg se«.

Med denne indledning fortsatte KP med at fortælle om de teoretikere hun har brugt til at analysere resultaterne af hendes undersøgelse. Dette var bl.a. en fransk sociolog Pierre Bourdieu og den danske Henrik Dahl. PB siger »Alle der har samme levevilkår, har samme opfattelse af mad/kost og kultur« og »Den der har magten i sproget, – vælger hvad der tales om«. HD har arbejdet med madkulturens rum, her under forskelle i sociale grupper og deres opfattelse af den gode liv.

I KP's undersøgelse fandt hun at personalet er mere utilfreds med maden på sygehuset end patienterne. Læge, overspl. og afd.spl. har en anden opfattelse af hvad næring patienterne skal have, end patienterne selv. Dette hænger ikke sammen med personalets merviden, men derimod med hvad personalet selv kunne tænke sig.

Der er lavet undersøgelser som viser at jo længere uddannelse man har, – jo lettere mad spiser man (dette betyder ikke nødvendigvis sundere, det kan også være »lidt, men godt«).

Ifølge Henrik Dahl spiser vi forskelligt alt efter hvilken social gruppe vi tilhører, dette værende sig både i valg af råvare og mængde, og dermed har vi også forskellig opfattelse af hvad der er godt og hvad der er sundt.

KP konkluderer at mennesket skal ses i en i helhed, både ud fra vaner, levevilkår, oplevelser og næringsbehov. Endvidere konkluderer hun at lægen har anseelse i samfundet, dette medfører let at det er lægens biomedicinske sprog der bliver gældende (jf. Pierre Bourdieu).

Hvad sker der, når man bliver indlagt? – Om madkultur, holdninger, værdier, grænser og blufærdighed

Følgende indlæg ved seniorforsker/ organisationspsykolog Edvin Grind-

slev (EG), center for alternativ sundhedsanalyse handlede ikke direkte om underernæring, men om det at være patient i en ukendt verden revet ud af sin sociale baggrund og om hvad dette kan medføre af overraskende reaktioner både for personale og patienten. I forhold til dette omtalte EG det væsentlige der ligger i, at kende patienternes baggrund i forhold til deres handlinger, valg og ønsker – også i forhold til mad.

Udover at søge forståelse for patientens baggrund er det af stor betydning at personalet tydeligt gør opmærksom på, hvad der forventes af patienten og de pårørende, når de er i afdelingen – eks. at de selv henter drikkevarer, hvis det er muligt. Dermed hjælpes patienten til at undgå »at gøre sig uheldig bemærket«

Ernæringsassistenten gør en forskel

Det fjerde indlæg denne dag stod afdelingspl. Rosa Hansen og ernæringsassistent Gitte Jagtman, Bispebjerg Hospital for.

RH lagde ud med at fortælle om, at man på Bispebjerg hospital har igangsat et projekt, der kaldes: »Ernæringsassistenten gør en forskel«. Projektet blev iværksat af Direktionen og gennemført på afsnit M4 i perioden 1. marts til 31. august 2001. Projektets formål var at sikre, at 95% af patienterne fik dækket deres ernæringsbehov med 90%, at afdække kosttilbudet til de småtspisende patienter, at reducere madspildet med 15%, at undersøge patienternes tilfredshed med kosttilbudet, samt at tilrettelægge håndteringen af mad og køkkenhygiejnen ud fra akkrediteringsstandarder.

Tiltagene i projektet var ansættelse af en forplejningsassistent, overvågning af om retningslinierne for ernæring blev overholdt, undervisning af plejepersonalet, overvågning af madspildet, forbedring af kostrekvireringen, gennemførelse af patienttilfredsheds-

undersøgelse over en 14 dages periode, samt beskrivelse og implementering af retningslinier for håndtering af mad og køkkenhygiejnen.

Resultatet af projektet blev, at 92% af patienterne fik dækket deres ernæringsbehov med 90%, kosttilbudet til den småtspisende patient er afdækket og har vist sig ikke at kræve de store kostbare tiltag, madspildet er reduceret til 8,5% over en tre måneders periode, en patienttilfredshedsundersøgelse viser, at en overvejende del af patienterne er tilfredse med kosten, dog ses at de patienter, der er utilfredse er det i forhold til kvaliteten af kosten og kosttilbudene. Endelig er håndteringen af mad – og køkkenhygiejnen beskrevet og implementeret i afsnit M4. Projektet munder ud i følgende anbefalinger: ansættelse af en forplejningsassistent sikrer bedre mulighed for at afdække patienternes ernæringsbehov, plejepersonalet bør selv stå for rekvirering af kosten, centralkøkkenet skal i valg af kosttilbud samarbejde med det kliniske personale

Konsekvensen af projektet blev at GJ blev ansat som ernæringsassistent i afsnit M4.

GJ fortalte om hvilken funktion hun har i afdelingen. Hun er uddannet social- og sundhedsassistent, men indgår ikke i afdelingen daglige plejerutiner. Hendes område er kun ernæring.

Der er omkring 6-10 patienter der er i risiko for underernæring i afdeling dagligt.

Ved første møde med patienten (det er kun patienter der enten er ernæringstruede eller er i risiko for at blive det) varetager GJ patientens ernæring, dvs. snakker med patienten om hvad det er han / hun forventer og har lyst til og hvad afdelingen forventer at patienten spiser ud fra ernæringsberegninger. Herved opnås en individuel kostplanlægning, hvor der tages vare på den enkeltes ønsker.

GJ hjælper de patienter der har brug for hjælp i spisesituationen, dette aflaster det andet personale i afdelingen, det er også GJ der selv serverer og sam-

ler bakker ind, hvor ved hun får sig en snak med patienterne om hvorfor de evt. ikke har spist op, samt kostregistrerer. Hvis patienterne ikke har lyst til noget af det der er på menuen, har GJ lidt råvarer i køkkenet, således hun kan lave noget andet til patienten, f.eks. en omelet. Hver eftermiddag bager hun kage eller brød. Duften af nybagt brød giver mange lyst til at spise.

Det er også GJ's job at rekvirere mad til hele afdelingen, og sørge for at afdelingen overholder madbudgettet.

Sidst men ikke mindst introducerer GJ også nyt personale til afdelingen, de får en dag hvor de følger GJ og hendes arbejde. På denne måde ved personalet, hvordan de kan bruge GJ i dagligdagen.

Der er lavet en video over GJ's arbejde den hedder »Jeg gør en forskel«, og kan rekvireres hos Ruth Nygaard, udviklings oversygeplejerske, Bispebjerg Hospital.

Underernæring hos patienter med overvægt

Det næstsidste indlæg dag to stod Sygeplejerske og Ph.d. Preben Ulrich Pedersen (PUP), Rigshospitalet for. Det var et interessant indlæg om den overvægtige, der umiddelbart ser ud til at kunne klare at tabe sig en del uden problemer, men i realiteten bliver underernæret pga. tab af muskelvæv under sygdom

Underernærede patienter? – jamen de er da tynde og afpillede! Sådan oplever de fleste det, men det er ikke hele sandheden.

Overvægtige mennesker har ikke nødvendigvis mere fedt fri masse i kroppen end normalvægtige. Procentuelt har mennesker med BMI større end 30 mindre fedt fri masse i kroppen end tynde mennesker. Fedt fri masse betragtes almindeligvis som den del af kroppen, der ikke er fedt.

Høj vægt betyder heller ikke højere proteinindhold. Definitionen på overvægt: Moderat overvægt = BMI

25-29,9, Svær overvægt = BMI større end 30

PUP kom herefter med eksempler på hjertepatienter, som han har arbejdet med og hvor det er vigtig at skelne mellem kortsigtede og langsigtede mål: Hjertepatienten skal opereres og det er her vigtigt at sikre tilførsel af nok energi og protein, således at der ikke sker en fortsat nedbrydning af muskelvæv. Efter operationen når patienten ca. 3 måneder senere er restitueret kan en slankekur startes for at forebygge udvikling af hjertelidelsen. Med dette eksempel ønskede PUP at illustrere, at patientens ernæringsstatus og risiko skal vurderes i forhold til den aktuelle sygdomssituation.

Undersøgelser viser at ved svære infektioner er der et øget energi- og proteinbehov i 40-50 dage efter. Ved hjælp af ernæring – og motion – kan det klares at undgå nedbrydning af muskelvæv.

Skal vi spise kost på lørdag?

Konferencens sidste indlæg varetog Adm. Direktør Claus Tingstrøm, Meyer & Tingstrøm A/S. CT er uddannet kok og har, sammen med kokken Claus Meyer, laver et firma der laver mad til bl.a. kantiner. CT fortalte om et projekt han er med i, hvor de på Hvidovre hospital har spurgt Meyer & Tingstrøm A/S om de vil stå for madproduktionen. Projektet handler om at lave god mad til patienterne, som ud over de vante spisetider, også har mulighed for at bestille mad via telefon, en slags room-service.

Grunden til at CT sagde ja til projektet var hans interesse for mad til syge og ældre. Han mener at der jo specielt er, når vi er syge at vi har behov for den gode mad. Han lavede en sammenligning med sig selv og sine børn. Hvis børnene er syge gør man gerne lidt ekstra ud af maden til dem. CT mener at den sygehuskost der laves i dag sagtens kan gøres mere attraktiv uden at det vælter budgettet.

CT fortalte også om den danske mad-tænkning. Ifølge den er folket splittet op i KOST-folket og MAD-folket. Hvor KOST-folket ser på mad som ernæring, kilojoule, fedt og proteiner, hvad er fornuftigt at spise, hvorimod MAD-folket ser på maden ud fra smag, udseende, og de spiser, hvad de har lyst til. I det moderne samfund er KOST-folket og MAD-folket begyndt at snakke sammen, dette ses bl.a. i det projekt som CT er med i. Her mødes kokken med hospitalspersonalet om at lave en

ernæringsrigtig mad til de syge ud fra kokkens viden om smag, udseende og valg af råvare.

Ifølge CT kræver det tre ting: Simpelt godt håndværk (kokkens arbejde), effektivitet og gode produkter, og til sidst engagement blandt køkkenpersonalet.

Hermed sluttede en ernæringskonference, som bragte os langt omkring og som har givet os viden og inspiration til det videre arbejde.

*Sygeplejerske, Trude Bang,
Skt. Kjeldsgade 29 st., 2100 KBH Ø
Tlf: 35351828
trudebang@tiscali.dk
Rigshospitalet, stråleafdelingen
Medlem af SIG-ernæring*

*Sygeplejerske, Marian Svendsen,
Rævlingsvej 6, 8250 Egå
Tlf: 86222843
mariansvendsen@svendsen.mail.dk
Onkologisk afd. D4, Århus sygehus.
Medlem af SIG-ernæring*

Efterlysning af Fatigue-interesserede sygeplejersker

SIG-Fatigue efterlyser sygeplejersker, der arbejder med projekter og lignende omkring træthed/fatigue hos kræftpatienter.

Vores mål med dette er, at vi som SIG-gruppe har interesse i at vide, hvad der rører sig i onkologisk regi rundt om i landet.

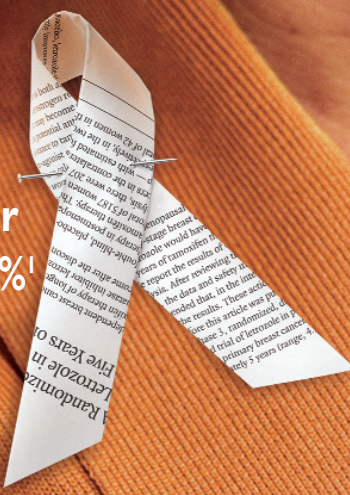
Vi er nysgerrige efter at høre, hvordan andre kollegers inspiration og indfaldsvinkel til fatigue er.

Så er du i gang med et projekt, et studie, en kvalitetssikring eller noget andet spændende omkring fatigue – så ring, skriv eller send en E-mail til:

Formand: Helle Gyldenvang
Tværvej 58, 2830 Virum
E-mail: hellegyldenvang@yahoo.dk
Onk.Amb. 5012, Finsencenteret
Rigshospitalet, Tlf: 35455012

Sekretær: Karen Anna Riis-Pedersen
Svanemøllevej 21, 2100 København Ø
E-mail: karp@get2net.dk
Onk.Amb. 5014, Finsencenteret
Rigshospitalet, Tlf: 35455014 / 35454817

Femar® (letrozol) reducerer risikoen for recidiv med 42%¹



FEMAR® er nu også godkendt til:

“Forlænget adjuverende behandling af hormonafhængig tidlig brystkræft hos postmenopausale kvinder, der forud har modtaget standard adjuverende behandling med tamoxifen i 5 år”².

For yderligere information, se venligst www.lmk.dk

Forkortet produktinformation for FEMAR® (LETROZOLE 2,5 mg) FILMOVERTRUKNE TABLETTER

Indikation: Forlænget adjuverende behandling af hormonafhængig tidlig brystkræft hos postmenopausale kvinder, som forud har modtaget standard adjuverende behandling med tamoxifen i 5 år. Førstevalgsbehandling til postmenopausale kvinder med hormonafhængig fremskreden brystkræft. Genopstået eller progredierende fremskreden brystkræft hos kvinder i naturlig eller kunstig induceret postmenopausestatus, som tidligere har været i behandling med antiøstrogener. Effekten er ikke blevet påvist hos patienter med hormonreceptor-negativ brystcancer. **Dosering:** 2,5 mg én gang daglig. Ved forlænget adjuverende behandling er der tilgængelig klinisk erfaring for 2 år (gennemsnitlig varighed af behandling). Til patienter med fremskreden eller metastaserende sygdom bør behandlingen fortsætte indtil progression af tumor er evident. Der kræves ikke dosisjustering til ældre eller patienter med nyreinsufficiens, hvis kreatininclearance er større end 30 ml/min. **Overdosering:** Der er rapporteret om isolerede tilfælde af overdosering med letrozol. Der kendes ingen specifik behandling. Behandlingen bør være symptomatisk og understøttende. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor den aktive substans eller et af hjælpestofferne. Præmenopausal endokrin status. Graviditet og amning. **Bivirkninger:** Meget almindelig: Øget svedtendens; hedeure og træthed inkl. aesthenia. Almindelig: Anoreksi; øget appetit; hyperkolesterolem; hovedpine; svimmelhed; kvalme; opkastning; dyspepsi; forstoppelse; diarré; alopeci; udslæt inklusiv erythematos, macula papel, psoriasislignende udslæt samt udslæt med blærer; myalgi, knoglesmerter; artralgi; arthritis; osteoporose; knoglebrud; utilpashed; perifert ødem; vægtstigning. Ikke almindelig: Urinvejsinfektion; tumorsmerter; leukopeni; generelt ødem; depression; angst inklusiv nervøsitet og irriterabilitet; sømnløshed; erindringsvækkelse; dysæstesi inklusiv paræstesia og hypoæstesi; smagsforstyrrelser; grå stær; øjenirritation; sløret syn; palpitationer; takykardi; tromboflebitis inklusiv overfladisk og dyb tromboflebitis; hypertension; dyspnø; abdominalsmerter; stomatitis; mundtørhed; forøgede leverenzzymer; pruritus; tør hud; urticaria; øget urinfrekvens; vaginalblødning; udfåd; vaginal tørhed; brystsmerte; pyrexia; tørre slimhinder; tørst og vægttab. **Sjælden:** Cerebrovaskulær hændelse; lungeblodprop; arteriel blodprop; cerebrovaskulærinfarkt. **Interaktioner:** Interaktionsstudier med cimetidin og warfarin antyder, at samtidig administration af disse og Femar ikke resulterer i klinisk signifikante interaktioner. En opgørelse fra den kliniske undersøgelsesdatabase viste endvidere ikke tegn på klinisk relevante interaktioner med andre alment anvendte præparater. Der er ingen klinisk erfaring vedrørende anvendelse af Femar i kombination med andre produkter til behandling af kræft. In vitro hæmmer letrozol cytochrom P450 isoenzymer 2A6 og 2C19. CYP2A6 spiller ingen større rolle for lægemiddelmetabolisme. Forsigtighed bør alligevel udvises ved samtidig indgift af lægemidler, som hovedsagelig metaboliseres af disse isoenzymer, og hvis terapeutiske indeks er småt. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Femar er ikke undersøgt hos et tilstrækkeligt antal patienter med en kreatininclearance < 30 ml/min. Femar er kun blevet undersøgt hos et begrænset antal ikke-metastatiske patienter med varierende grad af leverfunktion: mild til moderat og alvorlig leverinsufficiens. Hos mandlige frivillige uden kræft men med alvorlig leverinsufficiens (f.eks. levercirrhose og Child-Pugh score C) var systemisk eksponering og terminal halveringstid øget 2-3 gange set i forhold til raske frivillige. Derfor skal Femar gives med forsigtighed og efter omhyggelig overvejelse af den potentielle risiko/fordel til sådanne patienter. Ved forlænget adjuverende behandling er den gennemsnitlige opfølgingsvarighed på 28 måneder utilstrækkelig til at vurdere risikoen for brud ved langtidsbrug af letrozol. Kvinder med historie for osteoporose og/eller brud eller som har en øget risiko for osteoporose skal have vurderet knoglemineraltætheden for påbegyndelse af behandling, og skal monitoreres for udvikling af osteoporose under og efter behandling med letrozol. Behandling eller forebyggelse af osteoporose bør initieres på passende vis og omhyggelig monitoreres. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Da træthed og svimmelhed kan forekomme hos patienter i behandling med Femar og sømnløshed er rapporteret som ikke almindelig bivirkning, bør der udvises forsigtighed ved bilkørsel og betjening af maskiner. **Graviditet og amning:** Må ikke anvendes. **Priser (AUP) og pakninger pr. 06.06.2005:** Vnr. 184259: 30 filmovertrukne tabletter 1355,95 kr.; Vnr. 184275: 100 filmovertrukne tabletter 4389,40 kr. **Udleveringsgruppe:** B. Tilskudsberettiget.

For yderligere information kan hele produktresuméet rekvireres hos Novartis Healthcare A/S.

Reference: 1. N Engl Med 2004;350:727-730 2. SPC for Femar®





Én enkelt,
langtidsvirkende
dosis med
Neulasta® fritager
patienterne fra
daglige
injektioner med
G-CSF.^{1, 2}

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 myelosuppressive chemotherapy. *Ann Oncol.* 2003;14:29-35.

Neulasta®, pegfilgrastim Dette er en forkortet produktinformation. Der henvises til produktresuméet, 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 cytotoxisk 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 cytotoxisk kemoterapi. Der er utilstrækkelige data til at anbefale brugen af Neulasta® til børn og unge under 18 år. Behandling med Neulasta® varetages af speciallæger 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 neutrofilantal, 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 maven eller op mod venstre skulder. Behandling med Neulasta® alene forhindrer ikke trombocytopeni og anæmi forårsaget af fuld dosis myelosuppressiv kemoterapi. Det anbefales derfor regelmæssig kontrol af trombocytantal og hæmatokritværdien. Neulasta® bør ikke anvendes til at øge dosis af den cytotoxiske kemoterapi udover de fastsatte dosisregimer. Publikationer har rapporteret, at høje leukocytaller 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 miltruptur eller vaso-okklusive kriser. Leukocytaller 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 blodstamceller er ikke blevet tilstrækkeligt undersøgt hos patienter eller raske donorer. **Interaktion med andre lægemidler:** På grund af den potentielle sensitivitet af hurtigt delende myeloide celler overfor cytotoxisk kemoterapi, bør Neulasta® administreres cirka 24 timer efter cytotoxisk kemoterapi. Mulige interaktioner med andre hæmatopoetiske vækstfaktorer og cytokiner er ikke blevet specifikt undersøgt i kliniske studier. Muligheden for interaktion med lithium, som også øger frisættningen 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. **Virninger 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 cytotoxisk kemoterapi, var de fleste uønskede hændelser forårsaget af den underliggende malignitet eller cytotoxisk 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® opbevares ved stuetemperatur i mere end 72 timer bør kasseres. Må ikke nedfrys. 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 og pris pr. 19. januar 2005:** Varenummer 010070 Neulasta® injektionsvæske, opløsning i sprøjte 6mg, 1stk. à 0,6 ml. 8.429.00 kr. (AIP)

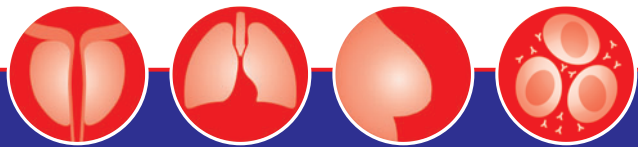
Indehaver af markedsføringsstilladelsen: Amgen Europe B. V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Holland.

Kontor i Danmark: Amgen AB, Strandvejen 203, 2900 Hellerup, telefonnummer 39617500.

Ny adresse pr. 1. maj 2005: Amgen AB, Strandvejen 70, 2. 2900 Hellerup, telefonnummer 39617500.

Revideret: 19.01.2005.

Hvorfor ikke forebygge skeletrelaterede komplikationer hos patienter med knoglemetastaser – på kun 15 minutter?



Zometa® (Zoledronsyre) nedsætter - som det eneste bisphosphonat - signifikant risikoen for udvikling af skeletrelaterede komplikationer med 20% versus andet bisphosphonat¹ hos patienter med brystcancer og knoglemetastaser

Zometa® har en dokumenteret effekt på forebyggelse af skeletrelaterede komplikationer uanset tumortype^{1,2,3}



Forkortet produktinformation for ZOMETA® (ZOLEDRONSYRE) 4 mg/5 ml KONCENTRAT TIL INFUSIONSVÆSKE, OPLØSNING

Indikation: Forebyggelse af skeletrelaterede hændelser (patologiske frakturer, spinal kompression, strålebehandling eller operation af knogler, eller tumorinduceret hypercalcæmi) hos patienter med fremskreden malign sygdom og knoglemetastaser. Behandling af tumorinduceret hypercalcæmi (TIH). **Dosering:** Zometa må kun anvendes af læger med erfaring i administrationen af bisfosfonater intravenøst. **Forebyggelse af skeletrelaterede hændelser hos patienter med fremskreden malign sygdom og knoglemetastaser. Voksne og ældre:** Anbefalet dosis til forebyggelse af skeletrelaterede hændelser hos disse patienter er 4 mg zoledronsyre (koncentratet skal fortyndes med 100 ml steril 0,9% w/v natriumchlorid eller 5% w/v glukoseopløsning) administreret som intravenøs infusion over mindst 15 minutter hver 3. til 4. uge. Patienter bør også tage oralt calciumtilskud på 500 mg samt 400 IE D-vitamin dagligt. **Behandling af TIH: Voksne og ældre:** Den anbefalede dosis ved hypercalcæmi (albuminkorrigeret serumcalcium $\leq 12,0$ mg/dl eller 3,0 mmol/l) er 4 mg zoledronsyre (koncentratet skal fortyndes med 100 ml steril 0,9% w/v natriumchlorid- eller 5% w/v glukoseopløsning) indgivet som en enkelt intravenøs infusion over 15 minutter. Patienterne må holdes velhydrerede før og efter indgift af Zometa. **Nyreinsufficiens:** Dosisjustering er ikke nødvendig til TIH-patienter med mild til moderat nyreinsufficiens (serum-creatinin < 400 $\mu\text{mol/l}$ eller $< 4,5$ mg/dl for denne population). Nyrefunktionen bør monitoreres tæt hos alle patienter der modtager Zometa, og mulig reduktion i nyrefunktionen bør vurderes inden behandling med Zometa genoptages. Ingen dosisjustering er nødvendig til patienter med knoglemetastaser, der fremtræder med mild til moderat nyreinsufficiens (defineret som serum kreatinin < 265 $\mu\text{mol/l}$ eller $< 3,0$ mg/dl) inden behandlingen påbegyndes. Da der kun er begrænset klinisk erfaring med patienter med knoglemetastaser og samtidig svær nyreinsufficiens (defineret som serum-kreatinin ≥ 265 $\mu\text{mol/l}$ eller $\geq 3,0$ mg/dl), kan der ikke gives dosisanbefalinger for denne patientpopulation. Som med andre bisfosfonater anbefales monitorering af nyrefunktionen, for eksempel måling af serum-creatinin inden hver dosering af Zometa. Dosis bør hos alle patienter holdes tilbage, hvis nyrefunktionen er forværreret defineret som følger: Øgning på 0,5 mg/dl hos patienter med normal creatinin ved baseline. Øgning på 1,0 mg/dl hos patienter med abnorm creatinin ved baseline. Behandling med Zometa bør først genoptages når creatinin-niveauet faldt til inden for 10% over baselinenværdien. **Børn:** Anvendelse af Zometa til disse patienter er ikke undersøgt. Zometa bør ikke anvendes til denne patientgruppe, før yderligere data er tilgængelige. **Overdosering:** Der er ingen erfaring med overdosering af Zometa. Patienter der har fået højere doser end de anbefalede, bør derfor overvåges nøje. I tilfælde af klinisk signifikant hypocalcæmi kan tilstanden reverseres ved infusion af calciumglukonat. **Kontraindikationer:** Graviditet, amning, klinisk signifikant overfølsomhed over for zoledronsyre, andre bisfosfonater eller over for et eller flere af hjælpestofferne i Zometa. **Bivirkninger: Meget almindelig:** Hypofosfatæmi. **Almindelige:** Anæmi, hovedpine, konjunktivitis, kvalme, opkastning, anoreksi, knoglesmerter, myalgi, ledsmerter, generel smerte, nedsat nyrefunktion, feber, influenzalignende syndrom (inkluderende træthed, kulderystelser, utilpashed og hedeture), øgninger i serumkreatinin og serumurea, hypocalcæmi. **Ualmindelige:** Thrombocytopeni, leukopeni, svimmelhed, paræstesier, smagsforstyrrelser, hypoaestesi, hyperaesthesi, tremor, angst, søvnforstyrrelser, sløret syn, diarré, obstipation, abdominalsmerter, dyspepsi, stomatitis, mundtørhed, dyspnø, hoste, pruritus, udslæt (inklusive erythematøst og makuløst udslæt), øget svedtendens, muskelkrampe, hypertension, akut nyresvigt, hæmaturi, proteinsuri, hypersensitivitetsreaktioner, asteni, perifere ødemer, reaktioner ved injektionsstedet (inklusive smerter, irritation, hævelse, induration), brystsmerte, vægtøgning, hypomagnesiæmi og hypokalciæmi. **Sjældne:** Pancytopeni, konfusion, bradykardi, angioneurotisk ødem, hyperkaliæmi, hypernatræmi og osteonekrose (primært af kæberne). **Meget sjælden:** Uveitis og episcleritis. **Interaktioner:** Der tilrådes forsigtighed, når bisfosfonater indgives sammen med aminoglykosider. Forsigtighed skal udvises når Zometa gives sammen med andre potentielt nefrotoksiske præparater. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Før indgift af Zometa bør patienten være velhydreret. Standard hypercalcæmi-relaterede metaboliske parametre som serumniveauer af calcium, fosfat og magnesium, bør monitoreres grundigt efter påbegyndt behandling med Zometa. Ubehandlede hypercalcæmiske patienter har generelt nogen grad af nedsat nyrefunktion, hvorfor omhyggelig monitorering af nyrefunktionen bør overvejes. Hvis hypercalcæmi, hypofosfatæmi eller hypomagnesiæmi forekommer, kan supplement behandling være nødvendig i kort tid. TIH-patienter med verificeret forværreret nyrefunktion bør evalueres på relevant vis og det bør overvejes, om den potentielle gevinst af fortsat behandling opvejer de mulige risici. Ved beslutning om at behandle patienter med knoglemetastaser til forebyggelse af skeletrelaterede hændelser, bør det tages i betragtning at behandlingens effekt først indtræder efter 2-3 måneder. Faktorer, der kan øge potentialet for nedsættelse af nyrefunktionen, inkluderer dehydrering og allerede eksisterende nyreinsufficiens. Selvom risikoen reduceres ved administration af Zometa 4 mg over 15 minutter, kan der stadig opstå forværring af nyrefunktionen. Der er hos nogle patienter også set stigninger i serum-creatinin ved kronisk administration af Zometa i anbefalede doser til forebyggelse af skeletrelaterede hændelser, selvom dette er mindre hyppigt. Det anbefales at monitorere af nyrefunktionen, for eksempel måling af serum-creatinin, inden hver dosering af Zometa. Dosis bør hos alle patienter med knoglemetastaser holdes tilbage hvis nyrefunktionen er forværreret. Behandling med Zometa bør først genoptages når creatinin-niveauet faldt til inden for 10% over baselinenværdien. Zometa anbefales ikke til patienter med alvorlig nedsat nyrefunktion. Da der kun eksisterer begrænsede kliniske data for patienter med kraftigt nedsat leverfunktion, kan der ikke gives nogen specifikke anbefalinger for denne patientgruppe. Overhydrering bør undgås hos patienter med risiko for hertesvigt. Osteonekrose af kæberne er blevet rapporteret hos patienter med cancer. Mange af disse patienter fik også kemoterapi og kortikosteroider. Størstedelen af tilfældene har været i forbindelse med tandoperationer. Et tandefter syn med passende forebyggende tandbehandling bør overvejes for behandling med bisfosfonater hos patienter med flere samtidige risikofaktorer. Under behandling bør disse patienter om muligt undgå invasiv tandbehandling. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Der er ikke lavet undersøgelser vedrørende påvirkningen af evnen til at føre bil eller betjene maskiner. **Graviditet og amning:** Zometa bør ikke anvendes under graviditet eller til kvinder der ammer. **Udleveringsgruppe:** BEGR: Må kun udleveres til sygehus. **Ikke tilskudsberettiget. Priser (AIP) og pakninger pr. 6. december 2004:** Vnr. 13718: 4 mg/5 ml koncentrat til infusionsvæske, opløsning, 2.186,30 kr. For yderligere information kan hele produktresuméet rekvireres hos Novartis Healthcare A/S.

Referencer:

1) Rosen Lee et al.: Long-Term Efficacy and Safety of Zoledronic Acid Compared with Pamidronate Disodium in the Treatment of Skeletal Complications in Patients with Advanced Multiple Myeloma or Breast Carcinoma. *CANCER*, Vol 98, No 8, Oct 15, 2003 2) Rosen Lee et al.: Long-Term Efficacy and Safety of Zoledronic Acid in the Treatment of Skeletal Metastases in Patients with Non-small Cell Lung Carcinoma and Other Solid Tumors. *CANCER*, Vol 100, No 12, June 15, 2004 3) Saad F. et al.: Long-Term Efficacy of Zoledronic Acid for the Prevention of Skeletal Complications in Patients With Metastatic Hormone-Refractory Prostate Cancer. *Journal of National Cancer Institute* Vol 96, No 11, June 2, 2004

 **NOVARTIS**
ONCOLOGY

Novartis Healthcare A/S
Lyngbyvej 172
DK-2100 København Ø
Tlf. +45 39 16 84 00
Fax. +45 39 16 84 01

ZOMETATA®
(ZOLEDRONSYRE) 

Har du noget på hjertet du brænder for at fortælle i Fokus på Kræft og Sygepleje?
Du er meget velkommen til at henvende dig til et redaktionsmedlem – se relevante e-mail adresser på side 2.

Foto: Hartmann Schmidt Fotografi



Sundhedsstyrelsens second opinion ordning

*Hans von der Maase,
professor, overlæge, dr. med.
Onkologisk Afdeling, Århus Universitetshospital*

Sundhedsstyrelsens second opinion ordning blev indført pr. 1. januar 2003 og omhandler muligheden for at tilbyde patienter med livstruende kræftsygdomme eksperimentel behandling i udlandet i tilfælde, hvor der ikke umiddelbart kan tilbydes yderligere behandling i Danmark. Ordningen repræsenterer én af flere muligheder for offentlig refusion af udgifterne i forbindelse med behandling af patienter i udlandet. Disse ordninger fremgår af Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1193 om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v. af 7. december 2004 og omhandler 4 paragraffer i kapitel 4: "om ret til behandling i udlandet".

Paragraf 19 giver et amtsråd mulighed for at tilbyde offentlig refusion af udgifter i forbindelse med behandling i udlandet uafhængig af de øvrige ordninger, men anvendes almindeligvis ikke idet man i amterne – heldigvis – baserer sin vurdering på faglig rådgivning og dermed underlægger sig de øvrige nedenstående ordninger.

Paragraf 20 omhandler højt specialiseret behandling i udlandet i situationer, hvor der foreligger en nødvendig behandling, dvs. en behandling med dokumenteret effekt, som ikke kan varetages i Danmark. For at opnå offentlig

refusion af udgifterne kræver det, at patienten er blevet vurderet på en afdeling med den højeste indenlandske specialkundskab indenfor det pågældende sygdomsområde, at der foreligger en indstilling fra denne afdeling om nødvendig behandling på en nærmere angivet specialafdeling i udlandet og at henvisningen forinden er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Paragraf 24 omhandler mulighederne for at tilbyde en patient henvisning til forskningsmæssig behandling i udlandet, hvis der ikke foreligger et relevant behandlingstilbud i Danmark. Det er et krav, at den forskningsmæssige behandling skal opfylde almindelige krav til videnskabelige forsøg, at behandlingen skal foregå i samarbejde med en afdeling på et dansk sygehus, at patienten er vurderet på en afdeling med lands- eller landsdelsfunktion på det pågældende sygdomsområde, og at der foreligger en indstilling fra denne afdeling til den forskningsmæssige behandling på en nærmere angivet afdeling i udlandet. Henvisningen skal indberettes til Sundhedsstyrelsen men ikke godkendes af Sundhedsstyrelsen, idet det er patientens bopælsamt, som skal refundere udgifterne og dermed også skal acceptere henvisningen.

Denne ordning blev indført pr. 1. februar 2001, men er kun blevet anvendt

i beskedent omfang af ganske få afdelinger i Danmark. Onkologisk afdeling i Århus sendte således i en periode patienter til dendritcelle vaccinationsbehandling i protokolleret regi i Berlin. Hovedproblemet med ordningen er, at mange patienter opfatter det som deres ret at blive sendt til en eller anden form for forskningsmæssig behandling i udlandet. Dette har de onkologiske afdelinger i Danmark ikke mulighed for at imødekomme, idet det er en meget ressourcekrævende proces at etablere det nødvendige forskningsmæssige samarbejde for at kunne indfri ordningens krav. På den anden side giver det danske onkologer en enestående mulighed for at indgå i et forskningsmæssigt samarbejde med centre i udlandet – og dermed give patienterne en yderligere behandlingsmulighed – i situationer hvor et nyt lovende behandlingsprincip undersøges i udlandet i perioden indtil vi får mulighed for at etablere behandlingen i Danmark.

Paragraf 25 omhandler eksperimentel behandling i udlandet, og det er denne ordning som nærmere skal gennemgås i det følgende.

Second opinion ordningen

Ordningen baseres på, at en afdeling efter rådgivning fra et af Sundhedssty-

relsen nedsat ekspertpanel (second opinion udvalget) kan tilbyde en patient henvisning til eksperimentel behandling i udlandet.

Patienten kan ikke selv henvende sig, og patientens praktiserende læge kan heller ikke henvise til second opinion udvalget men kan være den aktuelle patient behjælpelig med henvisning eller genhenvisning til en onkologisk eller anden relevant afdeling. Det er således patienten og lægen på en sygehusafdeling, som i samarbejde beslutter at anmode om second opinion. Det er ikke en ret patienten har, men det virker på den anden side helt urimeligt, såfremt man fra en afdelings side nægter en patient fremsendelse af vedkommendes sag til second opinion udvalget, hvis patienten – trods nøje information om at man ikke finder det indiceret – fortsat ønsker sin sag forelagt second opinion udvalget. I sidste instans er det imidlertid den behandlende afdeling, som træffer beslutning om at indhente rådgivning. Dette foretages ved at fremsende følgebrev og alle relevante papirer til Sundhedsstyrelsen – eventuelt kan der fremsendes ønske om rådgivning om en konkret behandling og om et konkret behandlingssted. Ved gennemgang af de fremsendte papirer vurderer ekspertpanelet, om der er behov for supplerende undersøgelser, om der er mulighed for behandling i Danmark, om der er indikation for højt specialiseret behandling i udlandet (paragraf 20), om der er mulighed for forskningsmæssig behandling i udlandet (paragraf 24) eller om der er mulighed for eksperimentel behandling i udlandet (paragraf 25).

Hvis panelet finder indikation for eksperimentel behandling i udlandet, vil panelet sikre, at den aktuelle afdeling i udlandet er indstillet på at behandle patienterne og også har kapacitet til inden for kort tid at behandle patienterne.

Panelets råd returneres til henvisende afdeling indenfor en periode af maksimalt 4 uger. Det skal understreges, at panelets svar skal opfattes som et råd

til den henvisende afdeling, og i sidste instans er det op til den henvisende afdeling, hvorvidt man vil følge panelets råd. Efter modtagelse af panelets svarskrivelse er det afdelingens opgave at informere patienten om svaret og drøfte det videre forløb. Da der i ordningens første periode i nogle tilfælde var problemer med, at der gik meget lang tid fra tidspunktet for panelets svarskrivelse og til henvisende afdelings information af patienten, adviseres patienten nu via Sundhedsstyrelsen om, at panelet har fremsendt sin vurdering til den henvisende afdeling et par dage efter at dette er sket.

Hvis der er råd om eksperimentel behandling i udlandet – og såfremt afdeling og patient i fællesskab vælger at følge dette råd – skal der indhentes formel godkendelse i Sundhedsstyrelsen, hvilket imidlertid er en formalitet, som ikke forsinker sagsgangen.

Hvad menes med eksperimentel behandling?

Et problem med ordningen om eksperimentel behandling i udlandet har i realiteten været udtrykket »eksperimentel behandling«. Almindeligvis opfatter vi eksperimentel behandling som værende det samme som forskningsmæssig behandling, så begrebet har skabt nogen forvirring. Imidlertid er Sundhedsstyrelsens definition af begrebet »eksperimentel behandling« ganske klar: »Ved eksperimentel behandling forstås en uprøvet eller utilstrækkeligt dokumenteret behandling, der ikke gives i et protokolleret forsknings- eller forsøgsmæssigt regi, og som iværksættes i relation til en bestemt patient med det formål at yde patienten den bedst mulige behandling i den konkrete situation«.

Når ekspertpanelet vurderer om der er indikation for eksperimentel behandling baseres dette på, hvorvidt der foreligger data af en eller anden karakter, som kan sandsynliggøre, at der er en vis chance for at denne behandling vil kunne gavne den aktuelle patient. Det-

te kræver ikke dokumentation i gængs forstand – f.eks. publiceret randomiseret undersøgelse som dokumenterer en eller anden form for levetidsgevinst – men kræver på den anden side data fra f.eks. fase II forsøg, som enten er publiceret eller foreligger i abstract form. Hvis dette ikke er tilfældet, kan panelet også forholde sig til ikke-publicerede data fra den behandlende afdeling. Dette kræver dog, at den behandlende afdeling kan fremlægge disse data på en måde, så panelet har mulighed for kritisk at gennemgå disse og dermed vurdere, om det kan sandsynliggøres, at en given behandling vil have mulighed for at gavne den aktuelle patient.

Ekspertpanelets sammen-sætning og sagsbehandling

I efteråret 2002 blev der afsat statslige midler – i alt 10 mio. om året – til finansiering af eksperimentel behandling i udlandet for patienter med livstruende kræftsygdomme – og i øvrigt anden form for livstruende sygdom – som ikke umiddelbart kan tilbydes yderligere behandling i Danmark. Da ordningen som anført først blev iværksat pr. 1. januar 2003, var der fra starten afsat 20 mio. kroner. Det blev besluttet, at en sådan henvisning af patienter til eksperimentel behandling i udlandet skulle baseres på faglig rådgivning. Sundhedsstyrelsen nedsatte derfor et ekspertpanel – det såkaldte second opinion udvalg. Panelet har siden ordningens start bestået af professor Heine Høi Hansen fra onkologisk afdeling på Rigshospitalet og professor Hans von der Maase fra onkologisk afdeling, Århus Universitets-hospital. Alle patientsager gennemgås af begge panelets medlemmer, diskuteres, og efterfølgende rådgivning afgives i enighed. Ved behov inddrager panelet andre eksperter i ind- eller udland. Panelets sekretariatsbistand er lokaliseret på onkologisk afdeling på Rigshospitalet og panelet har derudover et meget frugtbart samarbejde med læge Marie Brasholt fra Sundhedsstyrelsens enhed for planlægning.

Alle råd returneres indenfor den maximale periode af 4 uger – dog kan der være tilfælde, hvor panelet først må rekvirere supplerende oplysninger, hvorfor sagsbehandlingen kan trække længere ud end disse 4 uger. I langt de fleste tilfælde vil de henvisende afdelinger modtage et svar fra panelet indenfor 2-3 uger, og i »akutte« tilfælde har panelet også kunnet besvare sager indenfor få dage.

Erfaringer fra second opinion ordningen

I løbet af 2003 modtog og vurderede panelet 310 patientsager og i 2004 i alt 440 patientsager. Omkring 75 % af alle sager kommer fra onkologiske centerafdelinger eller decentrale onkologiske afdelinger, mens de resterende 25 % kommer fra kirurgiske, medicinske og andre afdelinger. Sagerne fordeling på diagnosegrupper fremgår af nedenstående tabel.

Colon og rektum cancer	24 %
Øvre gastrointestinal cancer	18 %
Lunge- og lungehinde cancer	21 %
Urologisk cancer	7 %
Gynækologisk cancer	6 %
Mammacancer	5 %
Malignt melanom	4 %
Hjernetumorer	3 %
Hoved-hals cancer	2 %
Andre	10 %

Hvad angår panelets rådgivning er dette opgjort for 2003 og for 1. og 2. halvår af 2004, idet der i løbet af 2004 opstod en markant ændring – specielt hvad angår råd om yderligere behandling i udlandet, således som det fremgår af nedenstående tabel.

	2003	1. halvår 2004	2. halvår 2004
Yderligere behandling i udlandet	14 %	16 %	40 %
Yderligere behandling i Danmark	31 %	31 %	30 %
Enig i aktuelle behandlingstilbud	22 %	19 %	14 %
Ingen yderligere behandling	30 %	32 %	16 %
Uafsluttet	3 %	1 %	

Rubrikken »Enig i aktuelle behandlingstilbud« skal forstås på den måde, at det drejer sig om sager, hvor der foreligger et behandlingstilbud fra henvisende afdeling, men hvor sagen er sendt til second opinion, idet patienten enten har ønsket sig en anden behandling – f.eks. i udlandet – eller blot har ønsket at sagen blev vurderet af second opinion panelet inden iværksættelse af selve behandlingen.

Hvad angår rubrikken »Uafsluttet« repræsenterer dette sager, hvor patienten enten er død inden panelet har haft mulighed for at vurdere sagen, eller hvor panelet aldrig har modtaget de supplerende undersøgelser, som var nødvendige for at vurdere sagen – sandsynligvis fordi rådgivningen forinden var blevet uaktuel.

Panelets råd om behandling i udlandet for året 2003 omhandlede

- Pemetrexed ved pleuralt mesotheliom
- Gefitinib ved ikke-småcellet lungecancer
- Kemoembolisering af levertumorer
- Kemoterapi ved galdegangscancer
- Kemoterapi ved ventrikelcancer
- ⁹⁰Yttrium-mærket octreotid behandling af neuroendokrine gastrointestinale tumorer
- Diverse andre behandlinger

Det skal imidlertid bemærkes, at patienternes specifikke ønsker om behandling i udlandet omhandlede helt andre former for behandling, nemlig primært dendritcelle vaccinationsbehandling i Duderstadt og regional kemoterapi i Hammelburg omfattede ca. 40 af alle de sager, som panelet modtog i 2003.

En vigtig pointe er, at hovedparten af de behandlingsmuligheder i udlandet som panelet rådgav om i ordningens første år (2003), allerede i starten af 2004 var indført som behandlingstilbud i Danmark, enten som standard eller som led i protokollerede behandlingsforsøg.

Panelets råd om behandling i udlandet for året 2004 omhandlede

- Cetuximab ved kolorektalcancer
- Gefitinib/Erlotinib ved ikke-småcellet lungecancer
- ⁹⁰Yttrium-mærket octreotid behandling af neuroendokrine gastrointestinale tumorer
- Docetaxel ved hormonrefraktær prostatacancer
- Adjuverende kemoterapi ved ikke-småcellet lungecancer
- Kemoembolisering af levertumorer
- Diverse andre behandlinger

Patienternes ønsker om en specifik behandling i udlandet har i den periode, ordningen har fungeret, gennemgået en meget interessant ændring. I 2003 var der som anført ca. 40 % af sagerne, hvor patienterne havde et specifikt ønske om behandling i udlandet, i 1. halvår 2004 var andelen ca. 20 % og i 2. halvår 2004 ca. 10 %, hvilket jeg vurderer som værende udtryk for en tiltagende tillid – eller aftagende mistillid – til kræftbehandlingssystemet i Danmark.

De foreløbige erfaringer fra second opinion ordningen i 2005

I 1. halvår af 2005 har panelet modtaget ca. 400 sager, dvs. en kraftig stigning sammenlignet med ordningens to første år. Der er aktuelt kun ganske få patienter, som sendes til eksperimentel behandling i udlandet, idet det store antal patienter, som i 2. halvdel af 2004 blev sendt til eksperimentel behandling i udlandet, i dag behandles på de etablerede Enheder for Eksperimentel Kræftbehandling – det gælder først

og fremmest patienter, som tilbydes behandling med Cetuximab for kolorektalcancer og behandling med thyrosinkinasehæmmere for ikke-småcellet lungecancer.

Hvad er der kommet ud af second opinion ordningen?

Der er ikke tvivl om at second opinion ordningen har været med til at presse »systemet« såvel det lægefaglige som det politisk-administrative system. Dette har medført en mere aktiv holdning blandt landets onkologer til at forsøge at etablere yderligere behandlingstilbud til patienterne – når dette er indiceret – og det har også været med til at tilføre yderligere ressourcer, således at en sådan tiltagende aktiv holdning også er blevet gjort mulig.

Panelet har kunnet påpege manglende behandlingstilbud i Danmark – enten generelt eller i dele af landet – og panelet har dermed været med til at ensarte behandlingstilbuddene herhjemme. Arbejdet i second opinion udvalget har desuden udbygget samarbejdet med en række udenlandske afdelinger og har været medvirkende til at accelerere processen med at få nye behandlingstilbud til Danmark.

Via second opinion ordningen er der pr. 1. januar 2005 etableret Enheder for Eksperimentel Kræftbehandling i de tre regioner: øst regionen (onkologisk afdeling på Rigshospitalet og på KAS Herlev), region syd (onkologisk afdeling i Odense og i Vejle) og region nord (onkologisk afdeling i Århus og i Ålborg). Det er således lykkedes at få politisk opbakning til i højere grad at fokusere på at give onkologer i Danmark bedre muligheder for at hjælpe danske kræftpatienter i Danmark i stedet for at fokusere på muligheden for at sende patienterne til udlandet. Dette har udmøntet sig i, at der har åbnet sig mulighed for, at de statslige midler til eksperimentel behandling i udlandet kan anvendes til behandling af patienterne i Danmark ved etablering af Enheder for Eksperimentel Kræftbehandling.

Som noget meget væsentligt foregår fordelingen af opgaver i disse Enheder via ét nationalt koordinationsudvalg i samarbejde med second opinion udvalget. Enhederne for Eksperimentel Kræftbehandling er fortsat på forskellige udviklingstrin i de enkelte regioner, men de vil samlet set utvivlsomt komme til at repræsentere en væsentlig delfaktor af betydning for ensretningen og udvidelsen af de onkologiske behandlingstilbud til danske kræftpatienter.

Det er vigtigt at understrege, at muligheden for eksperimentel behandling i udlandet fortsat er til stede – og den-

ne ordning er i realiteten enestående. Ved fremkomst af nye gavnlige behandlinger giver ordningen os således mulighed for at tilbyde patienter denne behandling i udlandet – i en periode indtil behandlingstilbuddet kan etableres i Danmark.

Hvad angår second opinion ordningen er denne aktuelt under evaluering, og der vil utvivlsomt blive foretaget en række justeringer af ordningen i løbet af efteråret 2005, men for mig at se er én ting sikkert: second opinion i offentligt regi er kommet for at blive.

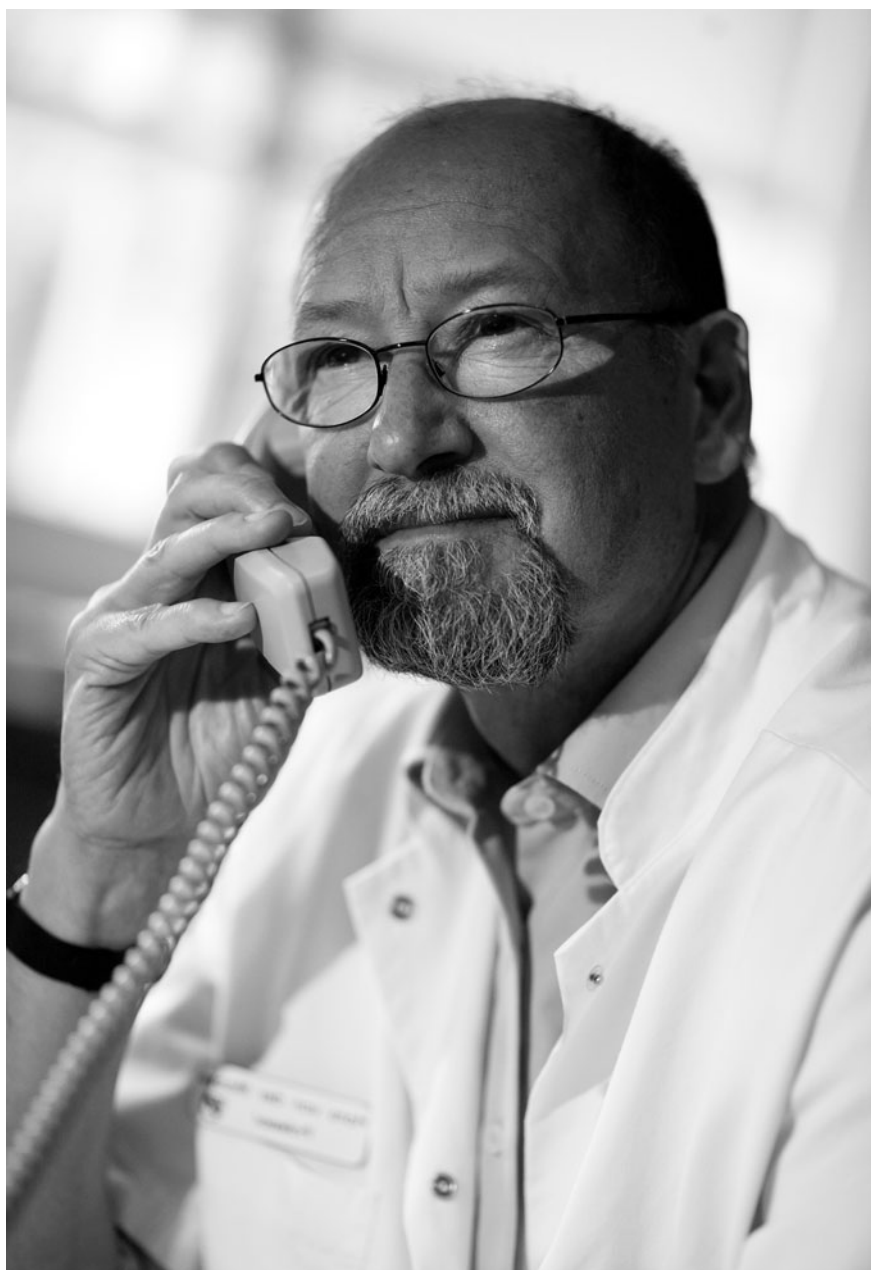


Foto: Hartmann Schmidt Fotografi

Har du noget på hjertet du brænder for at fortælle i Fokus på Kræft og Sygepleje?

Du er meget velkommen til at henvende dig til et redaktionsmedlem – se relevante e-mail adresser på side 2.

Det vanskelige, det gode, det umulige, det smukke, og dét, der er værd at stræbe efter



Sygeplejens ideal om en værdig død harmonerer ikke altid med de pårørendes ønsker. Hver familie har sin historie, der influerer på de beslutninger, de tager eller ikke tager, hvilket kan give sygeplejersken et lærerigt indblik i den forskellighed af skæbner, hun møder på sin vej.

Af basissygeplejerske Marie Andersen,
Hæmatologisk Afdeling X1,
Odense Universitetshospital

Når sygeplejersken sanser og forstår, ser hun med hjertets øje. At se med hjertets øje er at se den anden med et deltagende opmærksomt øje, som får den anden til at træde frem som betydningfuld. Det hjertelige øje bevarer patientens selvforståelse og betragter ikke vedkommende som et objekt. Når sygeplejersken ser med hjertets øje, ser hun patienten med åbenhed og modtagelighed (1).

Præsentation

Jeg møder i dagvagte på St. Bededag, en dejlig solskins-, men kølig forårsdag, efter et par fridage, og skal den dag bl.a. passe Lauritz Hansen (opdigtet navn).

Han er en ældre, velbevaret herre på 81 år, der bor i hus med rask hustru. Ægteparret har indtil nu klaret sig selv og hverdagens gøremål. Lauritz har altid haft en stor interesse for naturen. Han blev indlagt på Hæmatologisk af-

deling X1 midt i april måned med febrilia, hoste og smerter i venstre tibia.

Flash back

Lauritz kontaktede egen læge sidst på året før pga. svimmelhed og utilpashed. Blev herefter henvist til Hæmatologisk afdeling fra egen læge pga. lav hæmoglobin og B12 – mangel. Han fik derefter konstateret AML (Akut Myeloid Leukæmi) efter en knoglemarvsundersøgelse. På baggrund af hans alder og sygdomskompleksitet med stor risiko for recidiv taget i betragtning, blev Lauritz frarådet at starte et behandlingsforløb med højdosis kemoterapi. Både han og hans hustru var indforståede med dette, og Lauritz blev fulgt en gang ugentligt i ambulatoriet til understøttende behandling, dvs. blod- og/eller trombocyttransfusion samt Cyklokapron og NeoRecormon behandling. Sidstnævnte dog uden effekt.

Da Lauritz bliver indlagt på Hæmato-

logisk afdeling, får han tildelt en seng på en tosengsstue. Få dage efter indlæggelsen, bliver han dog konfus, hvilket tager til. Lauritz er ikke længere orienteret i tid og sted, dog i egne data – han mener at være i Sverige. Han er vågen med intakt sprog og tale. Lauritz bliver pga. konfusionen flyttet til en enestue.

Mit første møde med Lauritz

Da jeg hilser på Lauritz første gang, er han vågen, men dør af og til. Han er humoristisk, men indimellem synshallucineret. Han er højfebril (39,4), og der er fundet E. coli i urinen, som er følsomme for Meronem, hvilket han derfor får som monoterapi på 7. døgn.

Jeg tilbyder Lauritz lidt morgenmad. Bringer ham med det samme hans bestilling, som lyder på en kop kaffe og franskbrød med ost. Med hjælp fra en kollega hjælpes Lauritz lidt højere op i sengen. Pludselig siger han meget be-

stemt, at han ikke vil have morgenmad alligevel. Han ønsker blot at være alene og få ro. Jeg respekterer hans ønske og fortæller ham, at jeg vil kigge ind til ham af og til.

Vurderes terminal, men...

Op ad formiddagen bliver Lauritz' tilstand mere påvirket. Han reagerer fortsat på tiltale, men har øjnene lukket hele tiden. Ligger tungt i sengen og er meget svær at lejre pga. smerter i venstre ben. Han forflyttes til en seng med »luftmadras« i.

Til stuegang vurderes Lauritz til at være somnolent. Han er dårligt orienteret i tid, sted og egne data, virker da ikke smerteforpinet. Stuegangslægen vurderer ham terminal. Dog bibeholdes behandlingen med transfusioner, antibiotika, øvrig tablet medicin, kontrol af værdier, indgiftsskema. Der gøres desuden et notat om, at patienten ikke er intensiv kandidat, hvilket er konfereret med en overlæge.

Jeg fortæller efterfølgende til stuegangslægen, at det er meget frustrerende at skulle udøve sygepleje og omsorg til en patient, der er vurderet terminal, men som stadig modtager aktiv behandling. Lægens og min diskussion bærer tydeligt præg af uenighed, men lægen ændrer ikke ved sin beslutning.

***Jeg fortæller ham
om den
blå himmel
udenfor og de
udsprungne
tulipantræer***

De pårørende

I mellemtiden har Lauritz fået besøg af sin hustru og et nært familiemedlem. Jeg går ind for at hilse på dem. De lægger ikke skjul på, at de kan se, at Lau-

ritz sløjer af. Jeg tilbyder dem hver en kop kaffe, men hustruen takker nej og siger, at de også skal hjemad, da hun har en del gøremål, der venter. Jeg bliver noget overrasket, da det er hendes mand, der ligger for døden. Familiemedlemmet er tavst og følger hustruens valg.

Det skal bemærkes, at Lauritz ingen blomster, billeder eller private ting har omkring sig, som de fleste andre patienter har. Stuen bærer præg af at være en »kold, steril« sygehusstue.

Da de pårørende er gået, går jeg ind til Lauritz og fortæller ham om den blå himmel udenfor og de udsprungne tulipantræer. Jeg føler medlidenhed med ham, da jeg synes, at min stuegang er slået fejl, samt at hans nærmeste flygter fra ham netop i en tid, hvor han har brug for omsorg og tilstedeværelse af dem. Eller har han brug for deres støtte? Jeg kender jo egentlig ikke til hans ægteskabelige og familiære forhold.

Sløjer af

Den efterfølgende dag er Lauritz sløjet endnu mere af. Han er ukontaktbar ved stuegang og fortsat højfebril.

Jeg kontakter hans hustru telefonisk og fortæller, at hendes mands tilstand er forværret. Hun fortæller, at hun kommer, så snart hun kan, men er lige midt i frokosten! Hustruen virker ej påvirket af forværringen af mandens tilstand. Jeg spørger, om jeg skal kontakte det tidligere nævnte nære familiemedlem, men dette vil hustruen selv gøre. Familiemedlemmet står der i løbet af et kvarter uden Lauritz' hustru. Jeg informerer kort og præcist, hvad der er sket det sidste døgn. Sammen går vi ind til Lauritz.

Tillid

Pludselig siger familiemedlemmet, at hun gerne vil tale med mig i enrum. Vi forlader Lauritz en kort stund. Hun fortæller, at hans hustru ikke kan klare situationen, og at der i familien er »tradition« for, at man har et ambiva-

lent forhold til døden. Endvidere betror hun mig Lauritz' og hustruens tragiske »hemmelighed«, nemlig at deres eneste barn døde som følge af misbrug omtrent samtidig med, at Lauritz fik sin diagnose. Hverken Lauritz eller hustru havde kontakt til deres barn de sidste år, inden vedkommende døde, og de deltog ikke i begravelsen, ej heller i begravelsesforberedelserne. De overlod alt til kommunen. Familiemedlemmet fortæller ydermere, at hun mistede sin far som ganske ung, men måtte hverken deltage i sygdomsforløbet eller begravelsen.

Jeg bliver selvfølgelig meget overrasket over alle disse oplysninger, som er meget vigtige for at kunne forstå hustruens/familiens reaktion/manglende tilstedeværelse.

Jeg spørger familiemedlemmet, om hun gerne vil have, jeg taler med hustruen, men dette beder hun mig inderligt om ikke at gøre, men i stedet acceptere hustruens valg.

Efter en halv times snak vender vi begge tilbage til Lauritz' stue, hvor hustruen i mellemtiden er kommet.

***Hustruen fortæller,
at hun kommer,
så snart hun kan,
men er lige midt
i frokosten!***

Lægens forståelse

Jeg skynder mig at få fat i en læge. Forelægger alt dette for den samme stuegangslæge, som havde tilset Lauritz dagen før. Lægen medgiver, at behandlingen virker udsigtsløs. Resultatet bliver, at al aktiv behandling seponeres. Lægen informerer hustruen og det øvrige familiemedlem. Jeg stiller lidt kaffe ind på stuen til de pårørende. Efter cirka to timer kører de igen. Familiemedlemmet fortæller, at hun gerne vil kontaktes, hvis tilstanden forværres.

Efterskrift

Lauritz sov stille ind få dage efter – kort, før jeg mødte i aftenvagt. Uden pårørende, men dog med en FADL-vagt ved sin side.

Teori sammenholdt med fortællingen. Ifølge Kari Martinsens teori om den personorienterede professionalitet skal sygeplejersken være engageret i det, hun foretager sig samt være villig til at investere noget af sig selv i mødet med patienten (1). Jeg mener selv, at jeg benytter den personorienterede professionalitet i forhold til f.eks. at være initiativrig. Jeg har lyst til at gøre en god gerning for patienten, hustruen og det nære familiemedlem, hvilket jeg forbinder med at være engageret. Samtalen med familiemedlemmet uddyber min viden om familieforholdene, øger min forståelse og giver mig mod til igen at tage situationen op med lægen.

Kari Martinsen mener endvidere, at sygeplejersken skal indtage en stedfortræder-rolle for patienten, hvor

hun midlertidigt skal udfylde patientens plads. Via denne rolle skal sygeplejersken finde dennes ståsted igen. Det kræver et fællesskab af personlig karakter mellem sygeplejersken og patienten, og derfor skal sygeplejersken være fortrolig med patientens situation (2).

Det gode og det smukke i min fortælling er netop, at jeg forsøger at indtage stedfortræder-rolle. Og jeg bruger min viden om Lauritz' glæde for naturen til at prøve at berige hans udrindende liv med billeder af naturen udenfor.

I sundhedsvæsenet er fortællingen om den barmhjertige samaritaner blevet brugt som et forbillede. Fortællingen er et ideal for vores tillærte gode handlinger og holdninger i sygeplejen (1). Mit tillærte omsorgsideal, som jeg gerne ville have brugt, harmonerer fint med systemverdenens »tilbud«/muligheder, som jeg ligeledes repræsenterer. Lauritz' afslutning af livet kunne være blevet anderledes – jeg ville det

anderledes, og systemets rammer kunne give den mulighed. Men det vanskelige og det umulige var bare, at Lauritz' hustru ingen ressourceperson var i forhold til hverken Lauritz eller jeg for at give ham en værdig død, hvilket ellers netop var værd at stræbe efter – syntes jeg. Familien ville det ikke.

Referencer

1. Kari Martinsen: Øjet og kaldet. Munksgaard, 1. udg. 2001.
2. Kari Martinsen: Fra Marx til Løgstrup. Munksgaard, 1. udg., 1. oplag 1994.

*Marie Andersen
Basissygeplejerske
Hæmatologisk afd. X1
Odense Universitetshospital
marie_nurse@hotmail.com*

FSK Landskursus 2005 - 25 års jubilæum Fredag 30. september - søndag 2. oktober

»Krav og udfordringer i moderne kræftsygepleje«

Fredag d. 30. september

- 12.00-13.00 Registrering, udstilling og sandwich
13.00-13.15 Velkomst v. Birgitte Grube, formand for FSK
13.15-14.15 Patientoplevelser og behov v / Sara Bro, patient og journalist
14.15-14.30 Pause i salen
14.30-15.15 »Fremtidens sundhedsvæsen og kræftsygepleje: Hvilke krav møder vi, og hvordan påvirker vi udviklingen til gavn for patienterne?«
v / Connie Kruchow, formand Dansk Sygepleje Råd
15.15-16.00 Kaffe/te/kage, udstilling og indregistrering til generalforsamling
16.00-18.00 Generalforsamling
18.30-20.00 Middag
20.00-21.00 Mentalt kurbad v / John Engelbrecht, filosof

Lørdag d. 1. oktober

- 08.30-08.40 Godmorgen
08.40-09.10 Emesis – fremtidens udfordring v / SIG Kvalme/emesis, Tina Bejrholm
09.10-09.40 Træthed v / SIG Træthed/fatigue, Karen Anna Riis-Pedersen
09.40-10.10 Seksualitet v/læge, Ph.d Pernille Jensen
10.10-10.40 Kaffe
10.40-11.15 Survivorship v / Solveig Olafsdottir, klinisk oversygeplejerske
11.15-12.15 Stressforebyggelse og håndtering v / psykolog Dorthe S. Andersen
12.15-15.00 Frokost, kliniske fora ved SIG, walk'n talk, udstillinger og posterudstilling og nyhedsbod, kaffe i foyeen
15.00-17.00 Workshops – kliniske problemstillinger i udvalgte patientforløb
Leukæmi v / Pernille Welinder, sygeplejerske
C. mamma v / Helle Jacobsen/Lis Hartman, sygeplejerske
C. cervix uteri v / Lise Bjerrum Thisted, sygeplejerske
C. colorectal v / Lene Skov, sygeplejerske
C. pulm v / Trine Ebdrup, sygeplejerske
19.00- 25 års jubilæumsfestmiddag og dans v/ Full Moon Fever

Søndag d. 2. oktober:

- 09.00-09.10 Godmorgen
09.10-10.10 »Den dag du får kræft« – et bud på det optimale patientforløb – herunder hvilke nye krav, det stiller til sundhedsvæsenet v / Erik Rasmussen, chefredaktør »Mandag morgen«, tidligere patient, formand for patientstøtteudvalget i Kræftens Bekæmpelse
10.10-10.30 Frugt (på bordene i salen)
10.30-11.30 Det salutogenetiske perspektiv i sundhedsfremmearbejde v / Torben K. Jensen, filosof og leder af »Center for Læring og Uddannelse« ved det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet
11.30-12.10 Giver det mening at tale forebyggelse, sundhedsfremme og livsstil med kræftpatienter og pårørende? v / Karin Birtø, sygeplejerske, master i rehabilitering og forebyggelseskonsulent
12.10-12.15 Tak for denne gang!
12.15- Sandwich, vand og afrejse

Kliniske fora ved SIG Lørdag den 1. oktober 2005

Fire SIG har arrangeret et klinisk forum:

SIG Strålebehandling:	Den akutte patient i strålebehandling
SIG Etik og medicinsk kræftbehandling:	Præsentation af kompendiet »Den videnskompetente patient«
SIG Forskning – Udvikling – Formidling:	At læse artikler om kvalitative og kvantitative undersøgelser
SIG – Projektsygeplejersker:	Se vedlagte oplæg

Oplæg til fagligt forum ved Fagligt Selskab for Kræftsygeplejerskers Landskursus 2005

»Er succeskriteriet for patientens besøg hvor mange »boller« der er vinget af i skemaet?«

Citat af klinisk sygeplejerskes oplevelse af klinisk forskning som en del af hendes hverdag.

»Hvorfor fravælger sygeplejersken i klinikken dataindsamlingen? Ved hun ikke at det er vigtigt?«

Citat af projektsygeplejerskes oplevelse af hvordan dataindsamling håndteres i klinikken.

Hvor er den fælles platform?

Ud fra en case vil vi synliggøre dilemmaer, som de kommer til syne når klinisk forskning er en del af vores hverdag:

- I sygeplejerskens daglige arbejde i klinikken og i den personlige kontakt til patienten
- I projektsygeplejerskens daglige arbejde med dataføring og overholdelse af lovkrav

Et samarbejde mellem sygeplejerske Bente Ølund, Onkologisk amb. og dagafsnit ved Århus Sygehus, og SIG projektsygeplejersker repræsenteret ved Lone Drachmann og Fie Budtz.

Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker – FSK

**Generalforsamling afholdes fredag den 30. september 2005 kl. kl.16.00-18.00
på Hotel Munkebjerg i Vejle i forbindelse med selskabets årlige Landskursus.**

Dagsorden

1. Generalforsamlingens åbning
2. Valg af dirigent
3. Valg af referent
4. Valg af stemmetællere
5. Godkendelse af dagsorden
6. Bestyrelsens beretning
7. Forelæggelse og godkendelse af revideret regnskab
8. Forelæggelse af rammebudget for regnskabsåret
9. Beslutning om kontingntfastsættelse og evt. størrelsen heraf
10. Indkomne forslag
 - a. Ændring af Selskabets vedtægter – Bestyrelsen forslag
 - b. Bestyrelsen foreslår udtrædelse af DASYS
11. Valg af bestyrelse
12. Valg af suppleanter
13. Valg af revisorer
14. Eventuelt

Forslag til dagsorden sendes til formand Birgitte Grube:
grube@os.dk
senest den 1. september 2005.

Opstilling til bestyrelsen skal ske senest den 1. september 2005.

Det vil også være muligt at stille op til bestyrelsen på selve Generalsamlingen.

Procedure vedr. opstilling til Bestyrelsen, dagsorden, forslag vedr. ændrede vedtægter og program for Landskurset kan ses på Selskabets hjemmeside **www.dsr.dk/fs13**.

Vedtægter for FSK

§ 1 Navn

Stk. 1. Selskabets navn er Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker (FSK)

§ 2 Formål

Stk. 1. Selskabets formål er:
- at medvirke til udviklingen af sygeplejen til patienter med kræftsygdomme
- at være initiativtager til og aktivt arbejde for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde inden for pleje, behandling og forskning

- at yde gensidig støtte til løsning af fælles uddannelse og arbejdsmæssige opgaver,
- at medvirke til medlemmernes fortsatte dygtiggørelse bl.a. ved afholdelse af møder og kurser,
- at fremme det kollegiale sammenhold mellem selskabets medlemmer
- at opmuntre til og bistå ved undersøgelser vedrørende det pågældende arbejdsområde
- at opmuntre og bistå til løsning af fælles uddannelses- og arbejdsmæssige opgaver
- at medvirke til sundheds- og

sygeplejens udvikling
- at fremme tværgående samarbejde mellem de faglige selskaber indbyrdes
- at tage aktivt del relevant internationalt samarbejde

Medlemmer:

§ 3 Optagelse

Stk. 1. Som medlemmer kan optages aktive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, som er beskæftiget med kræftpatienter

Stk. 2. Aktive medlemmer, herunder studerende og pensionister i Dansk Sygeplejeråd, kan optages som medlemmer af selskabet, når de senest har været beskæftiget indenfor området

§ 4 Indmeldelse

Stk. 1. Indmeldelse sker via selskabets hjemmeside

§ 5 Udmeldelse

Stk. 1. Udmeldelse sker via selskabets hjemmeside senest pr. 30.06 i et kalenderår med virkning fra selskabets følgende kalenderår

§ 6 Kontingent

Stk. 1. Generalforsamlingen fastsætter størrelsen af kontingent for det faglige selskab i det kommende regnskabsår.

Stk. 2. Bestyrelsen fastsætter de nærmere regler for kontingentopkrævning.

Stk. 3. Nærmere regler for, hvornår et medlem udelukkes på grund af kontingentrestance, fastsættes af bestyrelsen

§ 7 Generalforsamlingen

Stk. 1. Generalforsamlingen er selskabets øverste myndighed.

Stk. 2. Generalforsamlingen afholdes en gang årligt. Indkaldelse sker med mindst 14 dages varsel via annonce i Sygeplejersken med angivelse af dagsordenen

Stk. 3. Generalforsamlingen er kun åben for selskabets medlemmer

Stk. 4. Generalforsamlingen er

beslutningsdygtig uanset antallet af fremmødte

Stk. 5. Forslag til behandling på generalforsamlingen skal være formanden i hænde senest 01.august

Stk. 6. Nedenstående punkter skal behandles på generalforsamlingen og være indeholdt i dagsordenen:

1. Valg af dirigent
2. Godkendelse af dagsorden
3. Valg af referent
4. Valg af stemmetællere
5. Bestyrelsens beretning
6. Forelæggelse og godkendelse af revideret regnskab
7. Forelæggelse af rammebudget for regnskabsåret
8. Beslutning om størrelsen af kontingentet i det kommende regnskabsår
9. Indkomne forslag
10. Valg af bestyrelse
11. Valg af suppleanter
12. Valg af revisor
13. Valg af interne regnskabskontrollanter
14. Evt.

Stk. 7. Afstemning på generalforsamlingen finder normalt sted ved håndsoprækning. Generalforsamlingen kan træffe beslutninger om, at andre afstemningsregler kan anvendes hvis mindst ét medlem ønsker det.

§ 8 Ekstraordinær generalforsamling

Stk. 1. Skal indkaldes af bestyrelsen, når mindst .1/3 af selskabets medlemmer forlanger det. Ved indkaldelsen skal angives det dagsordens-punkt, som medlemmerne ønsker drøftet. Indkaldelse skal ske med mindst 14 dages varsel, og inden 4 uger

efter bestyrelsens beslutning eller medlemmernes anmodning om ekstraordinær generalforsamling.

§ 9 Bestyrelsen

Stk. 1. Bestyrelsen skal bestå af mindst 5 og højst 7 medlemmer.

Stk. 2. Bestyrelsen vælges for 2 år ad gangen; kun ½ delen af bestyrelsen er på valg samtidig. Genvalg kan finde sted.

Stk. 3. Der vælges højst 2 suppleanter, der vælges for ét år ad gangen. Som suppleant(er) vælges de(n) , som uden at opnå valg , har opnået det højeste antal stemmer

Stk. 4. Bestyrelsen konstituerer sig senest én måned efter generalforsamlingen med formand, næstformand, kasserer, redaktør og kursussekretær

Stk. 5. Bestyrelsen fastsætter selv sin forretningsorden.

§ 10 Valg

Stk. 1. Valg til bestyrelsen finder sted på generalforsamlingen

Stk. 2. Stemmeberettigede er de registrerede medlemmer

Stk. 3. Valgbare er medlemmer, hvis kandidatur er anmeldt til formanden senest 01.august. Nærmere regler for kandidatmeldelserne fastsættes af bestyrelsen

Stk. 4. Medlemmer af FSK, som er ansat i firma med økonomisk interesse indenfor kræftområdet, er ikke valgbare til og kan ikke sidde i Bestyrelsen.

Stk. 5. Valget foregår ved skriftlig afstemning, og der skal gives alle medlemmer af selskabet mulighed for at afgive skriftlig stemme. De nærmere bestemmelser vedrørende kandidatanmeldelse og valgprocedure fastsættes af bestyrelsen.

§ 11 Revisorer

Stk. 1. Valg af autoriseret eller registreret revisor for en 1-årig periode finder sted på generalforsamlingen.

Stk. 2. På generalforsamlingen vælges 2 regnskabskontrollanter blandt selskabets medlemmer. Valget gælder for en 1-årig periode.

§ 12 Tegningsregel:

Stk. 1. Det faglige selskab tegnes af formanden sammen med et bestyrelsesmedlem eller af tre bestyrelsesmedlemmer i forening.

§ 13 Hæftelse:

Stk. 1. For selskabets forpligtelser hæfter alene selskabets formue, idet hverken bestyrelsen eller de enkelte medlemmer har nogen hæftelser for selskabets gæld.

§ 14 Samarbejde

Stk. 1. De faglige selskaber kan indgå et formaliseret samarbejde med lignende foreninger for

sygeplejersker i udlandet efter hovedbestyrelsens godkendelse.

§ 15 Vedtægtsændringer

Stk. 1. Vedtægtsændringer for faglige selskaber foretages af de faglige selskabers generalforsamling, idet dog følgende forhold er ufravigelige:

- formålsbestemmelsen, herunder medlemsgrundlaget,
- en foreningsstruktur med en valgt bestyrelse på mindst 5 medlemmer og en generalforsamling, der kan træffe beslutning om bl.a. kontingentforhold

Stk. 2. Ændringer til vedtægterne kan foretages af det enkelte selskabs generalforsamling, når 2/3 af de afgivne stemmer er for ændringerne.

Stk. 3. Dansk sygeplejeråds hovedbestyrelse modtager eventuelle ændringer til vedtægterne til orientering. Hovedbestyrelsen kan forlange disse ændret såfremt disse ikke er i overensstemmelse med de i stk. 1 nævnte ufravigelige forhold

§ 16 Opløsning

Stk. 1. Ændringer af den af Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse godkendte vedtægt for faglige selskaber kan foretages af de faglige selskabers generalforsamlinger, idet dog følgende

forhold af ufravigelige:

- formålsbestemmelsen, herunder medlemsgrundlaget,
- krav om en foreningsstruktur med en valgt bestyrelse på mindst 5 medlemmer og en generalforsamling, der kan træffe beslutninger om bl.a. kontingentforhold,
- at formaliseret samarbejde med ligende foreninger for sygeplejersker i udlandet kan indgås efter hovedbestyrelsens godkendelse,
- ændringer af vedtægterne skal meddeles Dansk Sygeplejeråd og Dansk Sygeplejeråd kan forlange disse ændret, såfremt vedtægterne ikke er i overensstemmelse med de i dette stk. nævnte ufravigelige forhold.

Stk. 2. Ændringer til vedtægterne kan foretages af de enkelte sammenslutningers generalforsamlinger når 2/3-del af de afgivne stemmer er for ændringerne.

Stk. 3. Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse, modtager eventuelle ændringer til vedtægterne til orientering. Hovedbestyrelse kan forlange disse ændret, såfremt de ikke er i overensstemmelse med de i stk. 1. nævnte ufravigelige forhold.

§ 17 Ikrafttrædelse:

Stk. 1. Nærværende vedtægter træder i kraft pr. 30. september 2005

Forslag stillet af FSK Bestyrelse:

FSK's bestyrelse foreslår, at FSK melder sig ud af DaSyS med virkning fra den 31. december 2006.

Begrundelse

Dansk Sygeplejeselskab (DaSyS) blev stiftet den 10. juni 2002. Selskabets har følgende formål:

§ 2. Formål

Formålet med selskabet er at bidrage til at fremme faglig udvikling af dansk sygepleje og sygeplejevidenskab og samlet repræsentere denne internt og eksternt, såvel på nationalt som på internationalt niveau.

Stk. 2.

Internt:

1) medvirke til at udvikle og implementere dokumenteret viden inden for alle felter af sygeplejen, f.eks. kvalitetsudvikling, forskning, uddannelse, klinisk sygepleje og ledelse/organisation,

2) medvirke til at integrere forskning og klinisk sygepleje,

3) fungere som netværk for de Faglige Sammenslutninger, andre faglige og tværfaglige selskaber af relevans for sygeplejen med henblik på at styrke og fremme sygeplejen.

Eksternt:

1) Vurdere, rådgive og formidle med henblik på at sikre professionel indflydelse og udnyttelse af den sygeplejefaglige ekspertise,

2) være repræsenteret i råd, udvalg eller andre beslutningsorganer, hvor sygepleje og sygeplejevidenskabelige beslutninger tages.

Der er ingen tvivl om at DaSyS og dets bestyrelse virkelig har arbejdet hårdt for at selskabet skulle blive en paraplyorganisation, der kunne samle og koordinere erfaring og viden på tværs af FS'erne og DSR.

18 ud af de 32 Faglige Selskaber er idag medlemmer af DaSyS. Det vil sige, at kun ca. halvdelen af de faglige selskaber er medlem. DaSyS ser gerne sig selv som en pendant til lægerenes Dansk Medicinsk Selskab og at sygeplejersker således som en naturlighed vil være en del af dette selskab. DaSyS har ønsket om en holdningsændring hos sygeplejerskerne, således at der bliver skabt en tradition for medlemsskab.

FSK bestyrelse mener, at vi som fagligt selskab får opfyldt ovenstående formål via andre samarbejdsrelationer. Dasys er et ekstra led og vi mener ikke, at vi fremmer udviklingen af kræftsygepleje ved endnu et organ at forholde sig til. Deruover koster medlemsskabet 25.000 kr. Årligt og vi er af den opfattelse at vi godt kan anvende disse penge på andre områder, fx legatudbetalinger til det kliniske sygeplejepersonale.

Vi har i det efterfølgende forsøgt at forholde os til dasys overordnede formål:

Ad §2: Fagligt selskab for kræftsygeplejersker (FSK) udvikler og fremmer allerede dansk kræftsygepleje/videnskab via vores SIG og vores samarbejde med nationale og internationale grupper/organisationer med samme interesseområde.

Internt:

Stk 2 – 1 + 2 : Vores SIG medvirker i høj grad til at udvikle og implementere dokumenteret viden inden for alle felter af kræftsygeplejen, f.eks. kvalitetsudvikling, forskning, uddannelse, klinisk sygepleje og ledelse/organisation.

3: FSK har allerede eksisterende netværk med flere af de andre Fsere. Fx skal vi i efteråret deltage på et andet selskabs Landskursus og fortælle om SIG. Vi har også samarbejdet med fx SKA om retningslinier ved kvalmebehandling.

Eksternt:

Ad 2: FSK samarbejder med nationale organer som Sundhedsstyrelsen om fx Kræftplan II og udarbejdelse af et forslag om specialuddannelse i kræftsygepleje og via dette samarbejde yder vi professionel indflydelse ved at vurdere, rådgive og formidle.

Ad 3: Vi mener at vi gennem vores arbejde med vores medlemsblad, årlige Landskursus og diverse andre tema-dage/kongresser o.lign., arrangeret af FSK eller i samarbejde med læger/medicinalfirmaer, formår at have en omfattende og rådgivende funktion.

FSK stiller derfor følgende forslag til generalforsamlingen fredag den 30. september:

FSK's bestyrelse foreslår, at FSK melder sig ud af DaSyS med virkning fra den 31. december 2006

Valg til bestyrelsen i FSK



*Dorthe
Hemmingsen*

Disse års fokus på kræftbehandling stiller store krav til os som professionelle. Vi skal håndtere et stadig stigende antal patienter og nye behandlingsformer, samtidig med at ventetidsgarantier overholdes, og patientens vej gennem systemet bliver mest hensigtsmæssig. Det store fokus skaber imidlertid også muligheder for fortsat at synliggøre og udvikle kræftsygeplejen, hvilket er centralt ikke bare for patienterne, men også nødvendigt for at rekruttere og fastholde dygtige sygeplejersker. Fagligt engagerede og velfunderede sygeplejersker er en nødvendighed for at honorere kravene til os, og en aktiv og synlig faglig sammenslutning er et vigtigt skridt på vejen. Jeg vil derfor gerne stille op til bestyrelsen i FSK, og yde en arbejdsindsats for at kræftsygeplejen fortsat er synlig og attraktiv, både for nye og erfarne kollegaer.

Jeg er 39 år, og ansat som klinisk sygeplejevejleder i onkologisk ambulatorium på Rigshospitalet. Jeg har været ansat i onkologisk klinik i 4½ år, og sideløbende med mit arbejde er jeg i gang med en Sundhedsfaglig Diplomuddannelse.

Mange hilsner

*Dorte Hemmingsen
Bøgholmen 23, 2840 Holte
45422191/22350900, crids@mail.dk
eller
Rigshospitalet, Onkologisk
ambulatorium 5011/12, 35454817
dorte.hemmingsen@rh.hosp.dk*



*Charlotte
Belli*

Jeg har arbejdet på Onkologisk sengeafdeling på Amtssygehuset i Herlev siden 1994.

Sidste år tog jeg udfordringen op og stillede op til FSK's bestyrelse – og har det forløbne år, siddet som suppleant, med opgaver som: SIG-koordinator samt EONS repræsentant.

Det har været et spændende og udfordrende år, hvor jeg har lært og udviklet mig meget fagligt som menneskeligt.

Arbejdet med SIG har givet mig en større indsigt i, hvilken stor viden vi her har samlet og hvilket stort arbejde der er lagt indenfor de forskellige fokusområder. Jeg vil gerne være med til at vi får bredt denne viden ud til praksis, og derved højnet kvaliteten til kræftpatienterne, samt være med til at styrke samarbejdet- og drage erfaringer centrene imellem nationalt.

Endvidere mener jeg at det er vigtigt at vi profilerer os mere udadtil også internationalt.

Det er vigtigt at vi er med og lader os inspirere af den internationale udvikling. Gennem det Europæiske samarbejde møder man sygeplejersker fra forskellige »Faglige sammenslutninger af kræftsygeplejersker« i Europa hvor der er mulighed for, udveksling af meninger og ideer, mulighed for dansk deltagelse i forskningsprojekter, involvering i uddannelses- og udviklingsaktiviteter samt medindflydelse på fremtidens kræftsygepleje i Europa.

Jeg ønsker at genopstille til bestyrelsen for endnu en periode, da jeg meget

gerne vil være med til præge udviklingen indenfor sygeplejen til kræftpatienter, samt bidrage til at iværksætte forskellige tiltag i forhold til uddannelse, videreudvikling, kompetenceøgning, spændende udfordringer og fastholdelse af sygeplejerskerne.

Med venlig hilsen

Charlotte Belli



*Karen Buur
Andersson*

Jeg hedder Karen Buur Andersson, er 39 år og har været sygeplejerske i 13 år. Siden 1998, har jeg været ansat på onkologisk afdeling på Hillerød sygehus. I øjeblikket er jeg på onkologisk efteruddannelse på Rigshospitalet. Jeg har været medlem af FSK's bestyrelse som suppleant siden sidste landskursus. Som bestyrelsesmedlem har jeg været nordisk repræsentant. Jeg synes arbejdet i bestyrelsen er spændende og udfordrende. Jeg kan lide at se vores arbejde med kræftpatienter fra en anden vinkel, at få indblik i arbejdet med kræftpatienter på landsplan, nordisk plan, europæisk plan. Derfor vil jeg gerne opstille til endnu en valgperiode i FSK's bestyrelse.

Med venlig hilsen

Karen Buur Andersson

ONS kongres, Orlando, Florida, 28. april til 1. maj 2005

Oncology Nursing Society (ONS) havde 30 års jubillæum og afholdt deres kongres i Orlando, Florida. ONS har 31.000 medlemmer og er en professionell organisation af sygeplejersker der er beskæftiget med patientpleje, uddannelse, forskning og ledelse indenfor kræftområdet.

De har ligesom os, Special Interest Groups, med områder som kemoterapi, strålebehandling, hjemmepleje, smerte, palliation, emesis, seksualitet, etc. Hvis man ønsker at kontakte dem, kan man via deres hjemmeside www.ons.org finde lige netop den SIG, der har ens interesse. De er også interesserede i at samarbejde med internationale SIG.

Mit første møde med kongressen var en kæmpe kongreshal, eller skal jeg sige mange 100 haller. Jeg vil tro at Bella Centret kunne være der 30-40 gange. Jeg fór vild og gik og tænkte på om jeg måske var den eneste der havde tilmeldt sig !!!!! Og så kom jeg just »rundt hörnet« og der stod 6000 sygeplejersker samlet på samme sted med Registrationsdesk, Informationsdesk, SIG-corner, Bookstore, Massageområder, Chatrooms, Exhibitions Hall på størrelse med Bellacentret, rulletrapper, diverse restauranter; you name it !!!

USA er stort og alt hvad de har med at gøre er stort !

Jeg stod ikke mange sekunder før flere spurgte mig om der var noget de kunne hjælpe mig med, where're you from, oh Denmark, such a lovely place, my grandmother is from overthere og så gik snakken. Inden jeg tog hjem var jeg bekendt med en 20-30 stykker, havde udvekket kort og var blevet venner

med 2-3 stykker, som har inviteret mig til New Orleans og Philadelphia; take your family along.....Se det er det jeg godt kan lide ved amerikanerne, de er imødekomende og service minded. De kan til tider godt virke overfladiske, men jeg mødte i hvert kun ægte nysgerrighed og interesse for hvor jeg kom fra og hvad vi kunne i dansk sygepleje. Flere af dem ordfordrede også til at vi deltog mere i deres kongresser, for »It's so damn american, we need som forreign influence«

Kongressen varede 4 dage og den første dag fik man udleveret 4 Syllabus'er (bøger) på hver 200 sider, (jeg havde overvægt på vej hjem !), én Syllabus for hver dag. I disse var samtlige foredragsholderes indlæg med overskrift, kort introduktion, navne, placeringer og kopi af deres powerpointshow. Utroligt professionelt. Jeg satte mig hver aften og læste næste dags Syllabus igennem og kunne derved fint vælge ud hvad jeg fandt interessant og relevant at overvære.

Og så gik det ellers med sessioner fra kl. 6.30 – 17.30 – de er skøre de amerikanerne. Som en hollænder jeg mødte sagde; du havde aldrig fået europæiske sygeplejersker til at stå op kl. 5.30 for at sidde og høre om ny kvalmebehandling kl. 6.30 – og se det – har han vist ret i !

Jeg deltog i mange sessioner på de 4 dage og ved flere af dem syntes jeg at det havde jeg hørt før og at vi i Danmark godt kan være med og på enkelte områder er længere fremme end de.

Jeg har valgt to sessioner ud, som jeg ønsker at gengive. Dels fordi de begynde var utrolig spændende; den første var fagligt svært tilgængeligt og den

anden utrolig følelesladet. Og se det er noget de kan, det der med følelserne. Åbningsceremonien var med pomp og pragt, go home Melodi Grand Prix i parken !

Alle Orlando's sygeplejersker kom marcherende ind til Sunshine Regae med kæmpe solhatte og gul-orange pomps i hænder og på fødder iklædt gule og orange kjoler/bukser og T-shirts. Der var 3 storskærme og et band der hjalp dem lidt på vej. 6000 sygeplejersker huede og skrælede med.

De Første 3 timer var en lang takketales til bestyrelsen, afgangede medlemmer og andre mindeværdige personer. Alle takkede deres mor, far, børn, hvis de havde nogen og selvfølgelig GUD. Flere gange hørtes suk og snøft fra salen. Ja, ja vi kunne godt lære et og andet til vores landskurser, vi er vist lidt stive i betrækket herhjemme.....

Den første session jeg vil gengive lidt fra, havde overskriften

»Telomeres, telomerase and clinical Implications«.

Jeg har valgt dette foredrag, da jeg stadig mener at Targeting cancerterapi, er noget forholdsvis nyt indenfor kræftforskning og noget vi kommer til at se meget mere til i fremtiden. Foredragsholderen, Professor og Ph.D Jerry Shay, indledte også med at sige, this is the future! Og herefter spørgsmålet:

Alder og kræft: Er Telomeres og Telomerase forbindelsen?

Vi ved der er en sammenhæng mellem alder og forekomst af kræft. Så hvad er det ved en celledalder der fremmer tumorgenese?

Telomere er en bestemt kæde af aminosyrer (TTAGGG), der sidder for enden af kromosomerne, og beskytter kromosomerne mod at blive korte. En slags

»hætte«. Indholdet af Telomerer formidskes ved stigende alder.

Indenfor forskningen stillede man følgende spørgsmål:

Hvordan bevarer udødelige celler (som protozoer) deres indhold af telomerer?

Hvordan kan cancer celler, som er udødelige, stabiliserer Telomeres længde?

Svaret fandt man i enzymet Telomerase

Telomerase et enzym, der opløser telomerer og forårsager proliferation – hastig vækst.

Ved undersøgelser har man påvist at mennesker med maligne tumorer, hvor der ikke var telomerase aktivitet, havde bedre overlevelseschancer/bedre respons på kræftbehandlingen.

Er Telomerase et slags Dr. doktor Jekyll og Mr. Hyde enzym. Tilstedeværelsen af telomerase giver gode vækstbetingelser for cancerceller og samtidig er Telomerase påvist at være årsag til celforyngelse.

Konklusionen blev følgende:

Telomere forkortelsesmekanisme, kontrollerer tilstedeværelsen af celledeling (aldring og død).

Telomerase forlænger normale cellers levetid uden af forårsage kræft.

Levetiden for mange typer af normale celler kan forlænges med telomerase.

Påvisning af telomerase i normale celler kan være nyttigt ved en klarlægning af celle- og vævs vækstbetingelser og til påvisning af kroniske sygdomme der er forårsaget af telomeres forfald.

I fremtiden vil vi højst sandsynligt se Telomerer og Telomerase anvendt inden for flere områder.

Påvisning af cancer kan ske ved måling af Telomeraseaktiviteten i blod; man har påvist det ved colorectal og brystcancer.

Telomerase kan også vise sig at være

en tidlig markør ved evt. residual sygdom efter standard behandling.

Målene ved cancer terapi er at forhindre præ-cancer celler i at blive udødelige og her kan en telomerase-hæmmer føre til hurtig cancercellealdring og -død.

Telomerase kan muligvis også anvendes som tidlig prognostisk indikator; virker terapien eller ej ?

Telomeres og telomerase repræsenterer lovende strategier i cancerforskning ved mere målrettet og direkte forebyggelse, diagnose, prognose og terapi.

Kliniske forsøg foregår stadig i USA og i resten af verden og udfordringen lige nu er, at finde balancen mellem mulig anvendelse og toksistet.

Det bliver spændende at følge i fremtiden. Jeg fik følgende hjemmeside, hvis nogle af jer skulle være mere interesserede:

www.swmed.edu/home_pages/cellbio/shay-wright/

Søndag morgen deltog jeg i et foredrag af en helt anden kaliber det var utroligt følelseladet og der lød adskillige snøft og udråb, som åhhh, ihhhh, and woow, undervejs !

Overskriften var følgende »Seeds of Hope, Blossoms of Meaning« og blev præsenteret af sygeplejerske og leder af Dana-Faber Cancer Institute i Boston.

Præsentationen handlede meget om at vi i vores pleje skal behandle hele mennesket og at det er vigtigt at der er steder og tidspunkter i en kræftpatients liv, hvor det handler om livet og ikke om kræftsygdommen.

Præsentationen handlede også om sygeplejerskens evne til at være i faget i mange år; hvordan undgår man at brænde ud og hvad er de sygeplejersker »gjort« af der kan fejre 25 års jubilæum indenfor kræftsyrgeplejen og stadig have en mængde at give af.

Her sammenlignede hun de patienter der overlever, også kaldet survivors, trods dårlige odds, og de sygeplejersker

der kan klare at være i faget i mange år. De havde i Boston gennemført flere 100 interviews med sygeplejersker og kræftpatienter og de fandt nogle enskendetegn/livsindstilling, indenfor følgende områder:

1. Et højt grad selvværd
2. Opfattelsen af et fuldendt og lykkeligt liv
3. Betydningsfulde og nære relationer
4. God til at udtrykke følelser
5. Kunne finde en mening med kræft og se muligheder fremfor begrænsninger
6. Engageret i at hjælpe andre i lignende situationer, for sygeplejerskens vedkommende altid til rådighed for kollegaers spørgsmål og problemer
7. Deltog i afslappende øvelser; stressnedsættende aktiviteter, såsom meditation, yoga, massage, gå/løbeture i naturen
8. Var ofte spirituelt/religiøst engageret
9. Var fleksible, med stor grad af tolerance/forståelse/indsigt for andre menneskers valg og fravalg

Nu kan man jo ikke omforme sig selv til sådan en ovenstående type, men de har i USA oprettet flere healing programmer, hvor ovenstående elementer indgår. De mener at man som patient eller sygeplejerske godt kan lære at være opmærksom på mange af områderne og blive bedre til at håndtere sit sygdomsforløb og som sygeplejerske blive bedre til at klare jobbet i kræftsyrgeplejen. Programmerne er både for patienter og plejepersonale.

Alt ialt var det en superkongres og jeg har mange tanker og ideer med hjem, men mest af alt kunne vi godt bruge noget af deres gejst og entusiasme, som smitter og til tider kan virke lige i overkanten for sådan en lidt kølig og halvreserveret dansker !!!!!

Birgitte Grube

Husk hjemmesiden www.dsr.dk/fs13, som nu er opdateret

Der er mange gode oplysninger at finde og du kan berige dig selv med viden om vores selskab og om det gode arbejde, der foregår i SIG.

Inspiration til udarbejdelse af abstracts, posters og mundtlig præsentations

Kan rekvireres hos redaktøren
af Fokus på Kræft og Sygepleje – NY UDGAVE



Information

De brystopererede i Danmark udgiver et blad – DBO bladet.
På deres hjemmeside www.de-brystopererede.dk findes der links til deres blade mm.
Smut ind på siden og se, hvad foreningen arbejder med.

På www.cancernursing.org er der mulighed for online undervisning mm.
Klik ind på deres hjemmeside og udforsk mulighederne.

Resumé af forskningsartikel

How do cancer patients who try to take control of their disease differ from those who do not?

Forfattere

Link L.B. MD, MS,
Robbins L. DSW, Mancuso C.A. MD,
Charlson M.E. MD.

Tidsskrift

European Journal of Cancer Care,
2004, 13, 219-226.

Baggrund

Nogle studier har vist at der er en sammenhæng mellem copingstil og overlevelse, mens andre viser at der ikke er en sammenhæng. Kontrol synes at have en vigtig rolle i coping af kræftsygdom og den ændrede livssituation.

Forfatterne har til formål at undersøge, hvordan strategier anvendt af kræftpatienter som tænker på strategierne som en metode til kontrol adskiller sig fra strategier anvendt af kræftpatienter som ikke tænker på deres strategier som en metode til kontrol. Herudover ønsker forfatterne at sammenligne patienternes sociodemogra-

fiske karakteristika, bl.a. patienternes opfattelse af deres sygdoms alvorlighed, angst, depression, copingstil og aktuelle copingstrategier.

Deltagere og metode

Inklusionskriterierne blev opfyldt af 59 ambulante patienter og heraf ønskede 44 at deltage. Mean-alder 57 år, 57 % kvinder, og af samtlige deltagere var 68 % gift og 46 % i arbejde.

Deltagerne har udfyldt flere standardiserede spørgeskemaer bl.a. HAD (angst og depressionsskala). Herefter er de interviewet af en af artiklens forfattere ud fra spørgsmålet: Når mennesker får diagnosticeret kræft, reagerer de på forskellig måde. Nogle mennesker gør ting fordi de ønsker at bevare kontrol over deres sygdom og deres situation. Har du gjort lignende ting? Deltagere der svarede ja, blev spurgt hvilke specifikke ting de havde gjort.

De båndede interview er transskriberede og analyserede ud fra metoden grounded theory.

Resultater

Deltagerne nævnte 97 forskellige coping strategier, der efterfølgende blev opdelt i henholdsvis pro-aktive og reaktive strategier.

Patienterne er kategoriseret i tre grupper 1) kontrol-ja, 2) kontrol-nej og 3) kontrol-uklar. Resultaterne af undersøgelsen peger på, at karakteristika hos de patienter, der tager kontrol (kontrol-ja gruppen) over deres sygdom og livssituation er, at de er yngre, samboende, har færre depressive symptomer og har en større kampånd samt anvender flere pro-aktive strategier, end de patienter der ikke tager kontrol (kontrol-nej gruppen). Kontrol-nej gruppen af patienter anvendte flere reaktive strategier end de to andre grupper. Nogle af patienterne kategoriseret i gruppen kontrol-uklar viste sig ved analysen reelt at tage kontrol dvs. de lignede kontrol-ja gruppen på mange punkter.

*Lone Jørgensen
på vegne af SIG-FUF*

Resumé af forskningsartikel

Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods

Forfattere

Marjolein Gysels,
Alison Richardson,
Irene Higginson (England)

Tidsskrift

Supportive Care in Cancer (2004)
<http://www.springerlink.com/media>

Baggrund

Effektiv kommunikation anses i stigende grad for at være af betydning i klinikken. Der er dog stadig meget personale, som ikke føler sig klædt godt nok på til at håndtere de vanskeligheder, der opstår på området hos kræftpatienter

Formål

Formålet med dette studie var at se på effektiviteten af forskellige træningsmetoder, der anvendes på kommunikationskurser for sundhedspersonale

Metode

Forskerne gennemsøgte 6 databaser samt angivne referencer m.m. for undersøgelser på området. Alle undersøgelser, der evaluerede kommunikationstræning, blev indlemmet i studiet og vurderet op imod »Clinical Outcomes Group«'s kriterier

Resultater

47 studier blev fundet. 31 blev udelukket (de angives på liste i artiklen), 16 blev inkluderet og beskrives nærmere i artiklen. De vurderes i forhold til formål, design, målgruppe, metode, varighed og outcome i forhold til, hvordan kommunikationstræningen/kurset er foregået

Konklusion

De bedste resultater findes, når kommunikationstræningen er foregået over længere tid. Desuden anbefales metoden at kombinere teoretisk viden med praktiske øvelser inklusiv konstruktiv feedback. Når undervisningen foregik i mindre grupper, medførte det mere intens deltagelse i gruppen. Kommunikationstræning anbefales alt i alt

*Af redaktionsmedlem
Joan Lindholm*

Resumé af forskningsartikel

Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study

– en belgisk undersøgelse

Forfattere

D Razawi, N Delvaux et al

Tidsskrift

British Journal of Cancer (2002)
87, 1-7

Baggrund

Behovet for at forbedre kommunikationen mellem kræftpatienter og sundhedspersonale betones ofte, idet det formodes, at kvaliteten af kommunikationen får indflydelse på patienternes livskvalitet og helbredelsesmuligheder. En forbedring synes at være forøgelse af sundhedspersonalets empati.

Deltagere

115 onkologiske sygeplejersker, som deltog i en »Communication Skills Training Workshop« (»arm« 1), eller som stod på en venteliste til at deltage (»arm« 2)

Metode

Sygeplejerskerne i »arm« 1 blev interviewet umiddelbart før deltagelse i workshoppen, lige efter samt 3 måneder senere. Sygeplejerskerne i »arm« 2 blev interviewet en første gang samt 3 og 6 måneder derefter. Interviews var dels kliniske og dels »simulerede« samtaler.

Interviews blev analyseret via 3 ana-

lyse-systemer, der havde til formål at analysere for »emotional words« og »emotional depth level«.

Resultater

Resultaterne viste, at de sygeplejersker, som deltog i workshoppen, brugte flere »emotional words« lige efter workshoppen. Brugen af disse ord forbliver stabil over tid i de kliniske interviews, men stiger i de »simulerede« samtaler over tid. I øvrigt findes i undersøgelsen, at kræftpatienter får bedre mulighed for at udtrykke deres følelser i kommunikation med sygeplejersker, der har deltaget i workshoppen i forhold til dem, der ikke har deltaget. Der konkluderes således, at sygeplejerskens empati synes at blive øget ved deltagelse i den nævnte workshop

Af redaktionsmedlem
Joan Lindholm

Fokus på kræft juni 2005

GCP- kursus

Den 1 juni 2005 afholdt SKA i samarbejde med Sektor for Klinisk Forskning, Onkologisk Afdeling på Århus Sygehus, et kursus i Good Clinical Practice (GCP) og kliniske undersøgelser i et praktisk onkologisk perspektiv. Kurset henvender sig til ansatte på onk. afd., sygeplejersker, læger og farmaceuter, da alle forsøg med lægemidler på mennesker skal leve op til kravene om GCP-guidelines.

Onkologiske centre i Danmark der ønsker at afholde lignende kurser, er velkomne til at kontakte SKA Sekretariat v/Karen Ringsing mail: kringsing@rh.dk

Temadag

Den årlige Temadag for sygeplejersker ansat ved de onkologiske afd. i Øst-Dk. blev afholdt d. 19 maj 2005 under overskriften »Kost til Kræftpatienter, – hvorfor er det så svært«

Program:

»Pleje og forplejning«

Patientforløb v/ Iben Fritsche, forstander ved Frederiksberg Husholdningsskole

»Hvad kan få patienter til at spise nok?«

Resultater fra projekt »Roomservice« på Rigshospitalet
v/ sygeplejerske Lotte Vittinghus og udviklingssygeplejerske,
Lise Munk Plum, Rigshospitalet.

»Kostens, madens og måltidets betydning under indlæggelse«
v/ sociolog og diætist Kirsten Palmvang

»Hov!! Er madvognen allerede her?«
v/ organisationspsykolog, cand. psych. Edvin Grinderslev

Patientinformationer

På SKA's hjemmeside www.skaccd.org vil du løbende kunne finde udarbejdede patientinformationer til patienter der tilbydes standardbehandling med kemoterapi.

Den landsdækkende »SKA – Patientinformationsgruppe« mødes 4-5 gange årligt og opdaterer samt forfatter nye patientinformationer. Har du lyst til at være med, er du velkommen til at kontakte SKA-sekretariatet v/Karen Ringsing: kringsing@rh.dk



Håndbog for medicinsk behandling af kræftsygdomme

er udkommet på SKA's hjemmeside: www.skaccd.org

Håndbogen er resultatet af et landsdækkende samarbejde mellem onkologiske læger og sygeplejersker, som i fællesskab har indsamlet og vurderet eksisterende materiale og forfattet nye kapitler, således at en ny, opdateret håndbog nu ligger klar på nettet.

Udover en alfabetisk oversigt over de anvendte lægemidler til medicinsk kræftbehandling, indeholder håndbogen også almene afsnit om behandlingsprincipper, forholdsregler ved bivirkninger og en generel håndtering af medikamenterne.

Den ny netbaserede håndbog vil blive opdateret hvert halve år, og arbejdsgruppen bag håndbogen tager gerne imod feedback og kommentarer, så håndbogen bliver det bedst mulige redskab (se under »kontakt«, når du er inde på hjemmesiden).

Go' fornøjelse,

SKA's cytostatikagruppe

SKA-videoer som DVD

SKA har i de forløbne år produceret 3 videoer

1. Strålebehandling til kvinder opereret for brystkræft
2. Indvendig strålebehandling af livmoderhalskræft som findes i 2 udgaver, nemlig 1 udgave optaget på Amtssygehuset i Herlev og 1 udgave optaget på Rigshospitalet
3. Tid til eftertanke, som henvender sig til kræftpatienter som skal tage stilling til om de vil være med i et klinisk forsøg

Alle tre videoer kan gratis benyttes på sygehusene i Øst-Dk. Hvis andre institutioner/enkeltpersoner ønsker at købe betales en produktionspris på kr.100,00 pr. stk. + porto.

Fra 1 august 2005 kan ovenstående videoer fås som DVD som er gratis for sygehusene i Øst-DK. Institutioner/enkeltpersoner som ønsker at købe betales en produktionspris på kr.60,00 pr stk + porto.

Video og DVD kan erhverves ved henvendelse til

*Karen Ringsing
SKA sekretariat,
Afsnit 5072,
Rigshospitalet,
Blegdamsvej 9,
2100 København Ø
tlf.: 3545 4715
e-mail: kringsing@rh.dk
fax: 3535 6906*

Højdepunkter fra European Blood and Marrow Transplant Group (EBMT), konference i Prag, 20-23. marts 2005

Deltagelse i EBMT er et højdepunkt for sygeplejersker, der arbejder med knoglemarvstransplantation. Her præsenteres alt hvad der rører sig indenfor specialet, både på pleje- og behandlingsområdet. Det er også her at vi udvider netværket til internationale kollegaer.

Af

*Ann-Mari Berthelsen,
Fanny Gossmann,
Jeanette Holder,
Heidi Petersen og
Tina Lanther,*

*Knoglemarvstransplantationsafsnit
4043, Rigshospitalet, København.*

Det var med stolthed i stemmen, at vi blev budt velkommen af den tjekkiske vært, da EBMT blev skudt i gang. For første gang i mange år tillod de politiske forhold at EBMT's årlige konference blev afholdt i et østeuropæisk land. Den tjekkiske vært lod os forstå i sin varme velkomst tale, at vi var en del af et helt særligt arrangement, som undervejs skulle vise sig være velsmurt og vel planlagt og afholdt i meget fine rammer.

Pre-Meeting Study day

Sygeplejerske gruppen startede en dag tidligere end de resterende faggrupper med en "Pre-meeting study day". Studiedagen er den første af sin art for EBMT's sygeplejerskegruppe og skal ses som et led i en formaliseret uddannelse af sygeplejersker på internationalt niveau.

Undervisningen var sat sammen af diverse indlæg om transplantationsformer, behandlingsregimer og plejeleretede tiltag hos transplantationspatienter. Deltagerne fik udleveret en mappe med samtlige overheads som blev vist på dagen. Det gav et godt overblik og mulighed for at føje egne noter til. Undervisningen henvendte sig mest til sygeplejersker der var forholdsvis nye i transplantations specialet. For den erfarne transplantationssygeplejerske gav undervisningen inspiration til nyt indhold i ens undervisning i sin egen afdeling. Der var to patienter, der fremlagde oplevelser fra deres transplantations forløb, hvilket var meget inspirerende.

Som opfordret i starten af studiedagen af de tjekkiske arrangører, så var det også dagen hvor, der var mulighed for at møde sygeplejersker fra de andre lande, og få dannet et netværk og udvekslet erfaringer.

Den danske repræsentation.

Vores egen transplantationsafdeling, afsnit 4043, var repræsenteret af 8 sygeplejersker og 3 læger. Aktiviteten i gruppen må siges at være høj, gruppen deltog med 3 poster og 2 mundtlige indlæg.

Vores egen poster om hudskader ved kombinationsbehandling med helkropsbestråling og kemoterapi m.

Etopophos bærer titlen "Skin reactions in the genital area among male patients. A single-centre study of allogeneic bone marrow transplant patients, pre-conditioned with total body irradiation, additional testis irradiation and Etopophos".

Transplantationskoordinator Sine Rasmussen deltog med en poster, omhandler isbehandling ved Melfalan indgift med titlen "Oral cooling (Ice Chips) to prevent oral mucositis in multiple myeloma patients undergoing autologous stem cell transplantation".

Sygeplejerske Lotte Vittinghus præsenterede resultaterne fra ernæringsprojektet "Roomservice", hvor det er vist at knoglemarvstransplantationspatienter godt kan spise, hvis blot de bliver tilbudt en ernæringsrigtig kost på en appetitlig måde. Resultaterne var for nogle af de andre deltagerlande noget kontroversielle. Flere steder arbejder sygeplejerskerne ud fra en opfattelse af, at transplantationspatienter ikke kan eller skal indtage føde under isolationsperioden.

Fire sygeplejersker fra Stockholm vandt en pris for deres indlæg om korrelationen mellem et lille føde indtag og svær GvH. Med de resultater for øje, er projekt »Roomservice« om end endnu vigtigere.

Der er generelt et højt aktivitetsniveau indenfor den europæiske transplantations- og sygeplejen. Mange vil gerne præsentere, hvad der rører sig i deres hjemland, enten som mundtlig indlæg eller som poster. Af emner der blev præsenteret kan bl. a. nævnes:

- Digtskrivning anvendt som følelsesbearbejdning hos transplantationspatienter.
- Et program om sikring af ensartet information og forundersøgelse af beslægtede donorer.
- Anvendelse af beslægtede donorer med psykiatrisk anamnese.
- Seksuelle problemer hos kvindelige KMT-patienter.
- Rehabilitering.

Af mere specielle indlæg kan nævnes:

- Søvn mønster hos transplanterede patienter.
- Musikterapi med børn der knoglemarvstransplanteres.

Sidst men ikke mindst blev vi præsenteret for JACIE akkreditering.

JACIE akkreditering

EBMT komiteen har besluttet at alle europæiske transplantationsafdelinger, som udfører allogene knoglemarvstransplantationer, skal akkrediteres inden udgangen af 2010. Akkrediteringen er et standardiserings system godkendt af EBMT's medlemslande, som skal sikre at allogene transplantationer udføres efter samme kvalitetskriterier uanset hvilket land patienten bliver behandlet i. For sygeplejerske gruppen betyder det, at alle sygepleje procedurer skal revideres og dokumenteres jævnfør JACIE's reglement. Flere transplantationsafdelinger, bl.a. i Spanien og England, har allerede været igennem akkrediteringsprocessen. For nogle afdelinger har det været en arbejdsom og svær proces, hvorfor flere af sygeplejeind-

læggene havde til formål at udøse erfaring herfra.

Prag

Med sol fra en klar himmel de fleste dage, fik vi også mulighed for at tilbringe nogle timer i Prags centrum. Smukke velplejede husfacader i det gamle Prag, imponerende bygningsværker, en fascinerende historie og et velfungerende transportnet, udgjorde de idylliske rammer for konferencen. Tjekkerne har bestemt meget at være stolte af.

*Knoglemarvstransplantationsafsnit
4043
Rigshospitalet
tlf. 3545 4043*



Cancer in the Elderly

New developments, changes
and implications for nursing

**Programmorschau
Abgabe von Abstracts**

**Advance Programme
Call for Abstracts**

Krebs bei alten Menschen

Neuentwicklungen, Änderungen und
Auswirkungen auf die Krankenpflege



new venue

*Innsbruck, Austria
20 - 22 April 2006*



5th • EONS Spring Convention

Deadline abstracts: 9 January 2006
www.fecs.be

Organised under the auspices of the
Federation of European Cancer Societies

Mød dine nordiske kolleger til nordisk aften på ECCO i Paris!

Norge, Sverige, Færøerne, Island



Tidspunkt: Onsdag den 2. november kl. 1800
Sted: Den Svenske Klub, 242 rue Rivoli, Paris
Tilmelding: Senest den 1. oktober til
Karen Buur Andersson: karen.buur@mail.dk

Indhold

- Carmel-Pharma, som sponsorerer, har et lille indlæg
- Hver NSG-repræsentant vil præsentere hver sit land, fortælle lidt om arbejdet og udfordringerne i deres land
- Der vil blive serveret en let anretning.
- Der vil være mulighed for at udveksle erfaringer med dine nordiske kolleger.



PARIS
30 October - 3 November 2005

www.fecs.be

Abstract submission deadline 25 May 2005

on behalf of EACR - EONS - ESMO - ESSO - ESTRO - SIOP Europe



FSK's Bestyrelse

**Formand / SIG-ansvarlig**

Birgitte Grube
Sandparken 15, Vindinge
4000 Roskilde
Tlf: 46 36 32 17
Mail: Grube@os.dk

Finsencenteret, afd. 5074
Rigshospitalet
2100 København Ø
35 45 50 77
b.grube@rh.dk

**Næstformand / kursuskoordinator**

Solveig Olafsdottir
Rørløkken 76
2730 Herlev
Tlf: 44 92 62 13 / 21 64 34 19
Mail: solol@herlevhosp.kbhamt.dk

Onkologisk afdeling R117, lægegangen
Amtssygehuset i Herlev
2730 Herlev
44 88 30 05 / Decttlf: 44 88 40 00 🎵 82266
olafsdottir@get2net.dk

**Kasserer / legater**

Louise Rolin
Livjærggade 35, 4 tv
2100 København Ø
Tlf: 35 43 17 24 / 25 78 01 13
Mail: fs13@tele2adsl.dk

Onkologisk afdeling R117
Amtssygehuset i Herlev
2730 Herlev
44 88 30 09 / 25 78 01 13
lohero01@herlevhosp.kbhamt.dk

**Medlemssekretær**

Birgitte T. Espersen
Skolesvinget 27
8240 Risskov
Tlf: 86 17 07 97
Mail: birgitteespersen@hotmail.com

Kandidatuddannelsen i Sygepleje
Institut for Sygeplejevidenskab
Det sundhedsvidenskabelige Fakultet
Århus Universitet

**Kursussekretær / NSG**

Marianne Skaarup
Svend Dyringsvej 47
7100 Vejle
Tlf: 76 42 01 00
Mail: msj@vornet.dk

Onk.afdeling
Vejle Sygehus
7100 Vejle
79 40 68 15
maskjo@vs.vejleamt.dk

**Redaktør / SIG-koordinator**

Anne Hansen
Charlottevej 2
3660 Stenløse
Tlf: 47 17 19 06 / 40 88 24 00
Mail: anha@privat.tele.dk

Med. Onk./hæm. Amb. BA 81
Roskilde Amts Sygehus i Roskilde
Køgevej 7-13, 4000 Roskilde
46 30 59 70
rsanha@ra.dk

**SIG-koordinator**

Karina Wittrup
Rampen 8, lejlighed 17
4700 Næstved
Tlf: 55 72 17 18 / 20 61 32 62

Onkologisk / hæmatologisk afdeling
Næstved Sygehus
Ringstedgade 61, 4700 Næstved
55 72 90 00, lokal 3120
kwi@cn.stam.dk

**Suppleant / NSG**

Karen Buur Andersson
Nejedevej 38, Nejede
3400 Hillerød
Tlf.: 48 28 62 02 / 51 55 93 62
Mail: karen.buur@mail.dk

Afd. F0861/F0862
Hillerød Sygehus
Helsevej 2, 3400 Hillerød
48 29 61 16 / 48 29 61 20

**Suppleant / SIG-koordinator / EONS**

Charlotte Belli
Emdrup Banke 110
2100 Kbh. Ø
Tlf: 39 27 95 26 / 26 36 03 21
Mail: Cbelli@Privat.dk

Onkologisk afd. R 117
Amtssygehuset i Herlev
2730 Herlev
44 88 30 07 / 44 88 30 13
chabel01@herlevhosp.kbhamt.dk