



FOKUS PÅ

KRÆFT OG SYGEPLEJE



Landskursus 2024

INDHOLD NR. 1



Formanden har ordet	3
Redaktionen har ordet	6

TEMA	
Sårbarhed hos ældre med kræft:	
Et helhedsorienteret perspektiv	6
Supportive care til den ældre patient og familie berørt af kræft	10
Hjemmebehandling til patienter med myelomatose	12
Den oversete sorg hos ældre	16
Teknologien skal bruges til at skabe mere nærhed for patienterne	18
Ernæring til ældre med kræft	20
Delirium som endnu en byrde hos den kræftramte patient	24
Den oversete seksualitet hos ældre med hæmatologisk kræft	28
Hvordan kan vi bruge humoren til at skabe arbejdsglæde	32
Opfølgning på evaluering af Landskursus 2024	34
Evaluering/oplevelser i forbindelse med Landskurset 2024	35

NYT TIL KLINIKKEN	
Livet som ung kræftpatient med hjemmeboende børn	42

NYT FRA KONFERENCER OG MØDER	
ERAS Society	46
Konferencen for faglige selskaber, DASYS og DSR	48

BOGANMELDELSE	
Lad os tale om døden	50
Sårbarhed og aldring i et sygeplejersperspektiv	51



FORMANDEN HAR ORDET



Helle Mathiasson
Formand for FSK

Kære Alle

I dag er det 1. søndag i advent og jeg har tændt det første lys i min adventskrans. Mens jeg sad i sofaen og kiggede ind i flammen, kunne jeg mærke hvor glad og tilfreds helt ind i hjertekulen, jeg er, når jeg tænker tilbage på vores Landskursus i Billund for små 3 uger siden. Jeg fik utrolig mange tilbagekendelser fra flere af jer som deltog om at det var et af de bedste Landskurser I havde deltaget i. Flere sagde at det hang så fint sammen og der var en tydelig rød tråd.



Det kan man også se på jeres evalueringer som I været rigtig gode til at svare på. Jeg vil tillade mig at sige bestyrelsen en kæmpe tak, for uden jer havde vi ikke fået et LK. Tak Carsten, Charlotte, Christina, Malika, Mette og Mona <3

I bladet her vil I kunne finde svar på nogle af de kommentarer og spørgsmål I har stillet til bestyrelsen i evalueringen.

På Landskurset om den ældre kræftpatient var der 126 sygeplejersker fra hele Danmark – alle regioner var repræsenteret, derudover var der to deltagere fra vores søsterselskab i Norge (NSF Faggruppe for Kræftsygepleiere), og to sygeplejersker fra Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker.

26 firmaer/udstillere gav os den nyeste viden inden for forskellige produkter, medicin og behandlingsmetoder. Dejligt at mærke hvilken støtte og interesse der er for at gøre os klogere på pleje og behandling til hjælp for kræftsygeplejen og støtte op om vores landskursus, der var gang i udstillingsområdet i pauserne. Tak til jer.

Som noget nyt havde vi valgt at dele dagene op med alle udstillere fra industrien kun fredag og vores SIG grupper, patientforeninger,

SKA, UngeKræfter og poster præsentation om lørdagen. Dette oplevede jeg som en god beslutning. Der var ro til at fokusere på fredagens program for dem som skulle udstille lørdag, og udstillerne fredag, syntes at de havde fint besøg af os alle sammen ude ved standene fredag.

Bestyrelsen havde stillet et forslag om nyt formål, som var til afstemning på generalforsamlingen. Dette blev ikke godkendt, da der var uenighed om ordlyden. Der var som sådan ikke uenighed i indholdet af formålet, men vi skal i løbet af det næste år have formuleret en ny overskrift til formål, som ikke indeholder ordet kærlighed, da det netop var dette ord som delte vandene.

Hvordan vi kommer til at arbejde videre med dette, skal vi nok fortælle mere om.

Bestyrelse kommer til at have fokus på FSKs visioner for 2024/2025. Vi har planlagt en Temadag onsdag den 21. maj 2025 i Korsør om ulighed. Der skal planlægges et nyt Landskursus 2025 som afholdes den 7. og 8. november 2025 på hotel Legoland i Billund. Og så skal vi lave et nyt formål med fælles fodslag. Desuden er der revideret en ny samarbejdsaftale med DSR, som træder i kraft i starten af det nye år, her er vi som bestyrelse også aktive og er kommet med mange kommentarer for at få mest muligt ud af den nye aftale. Derudover skal bestyrelsen igen til næste år deltage i en del konferencer i Europa, Norden og i Danmark. Dette vil du kunne læse mere om i de næste udgaver af Fokus på Kræft og Sygepleje, og på SoMe hvor du kan finde os på Facebook, Instagram og LinkedIn.

God fornøjelse med bladet, glædelig jul og godt nytår!

Helle Mathiasson
Formand for Fagligt Selskab for
kræftsygeplejersker.

REDAKTIONEN HAR ORDET

Redaktionen har ordet

Mens dette blad bliver til, glider 2024 langsomt ud og 2025 åbner sig langsomt for os. Ingen af os ved præcist hvad 2025 kommer til at bringe, men forhåbentlig bliver et endnu et fantastisk FSK-år med spændende læsning, en spændende temadag og endnu et fantastisk landskursus. I redaktionen ved vi heller ikke andet, end at 2025 kommer til at byde på tre nye udgivelser af "Fokus på Kræft og Sygepleje". Det første sidder du med på skærmen nu. Temaerne for de næste to blade er ikke fastlagt endnu, men når redaktionen har været samlet midt i januar, vil temaerne blive lagt op på hjemmesiden, så du ved hvad du kan glæde dig til.

I evalueringerne efter Landskurset 2024 var der mange ønsker til "over-

skrifter" for fremtidige landskurser. Nogle af disse kan måske blive til temaer for fremtidige blade i stedet. Vi vil i hvert fald tage det med i planlægningen i samarbejde med bestyrelsen. Vi modtager selvfølgelig også altid ønsker til temaer fra jer.

Ønsket om, at vi skulle overgå til et elektronisk tidsskrift, var et ønske fra medlemmerne af FSK og fra bestyrelsen. Både redaktionen og bestyrelsen synes det fungerer rigtig godt og giver nye muligheder for, hvad vi kan bringe i bladet. Vi får ind imellem beskeder fra nogle af jer om, at I savner det fysiske blad og spørger til muligheden for at gå tilbage til papirudgaven. De mange udviklingsmuligheder, den store besparelse på trykning og porto og ikke mindst hensynet til miljøet gør, at vi ikke kom-

mer til at skrive tilbage til et blad i papir. Så hvis du foretrækker at læse "Fokus på Kræft og Sygepleje" på papir, så vil vi opfordre dig til selv at printe det ud. Så kan du læse bladet lige præcis på den måde du bedst kan lide det.

Skulle du have lyst til at være med i redaktionsgruppen, så er der altid plads til flere. Vi mødes fysisk én dag om året, hvor vi planlægger temaer og skrifter. Resten af arbejdet foregår pr. mail, Messenger og eventuelt små korte online-møder ved behov. Så har du lyst til at være med, så tøv ikke med at skrive til en af os fra redaktionsgruppen.

Til slut vil vi gerne sige tak for et godt 2024. Vi glæder os til at udgive "Fokus på Kræft og Sygepleje" til jer i 2025.

Redaktionen

Om Fokus på kræft og sygepleje

Fokus på Kræft og Sygepleje er medlemsblad for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, FSK. Bladet bringer artikler og andre indlæg af interesse og betydning for sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter. Bladet ønsker at afspejle den viden og dagligdag, som findes blandt medlemmer af FSK samt formidle den udvikling, som hele tiden finder sted inden for kræftsygeplejen. Indholdet i bladet er ikke udsat

for videnskabelig eller journalistisk gennemgang inden trykning, men er produceret af kræftsygeplejersker for andre kræftsygeplejersker og giver et indtryk af, hvad der rører sig i den kliniske hverdag.

Redaktionsgruppen planlægger et tema for hvert nummer. Deadline og tema for næste nummer fremgår af hvert blad.

Vi modtager meget gerne artikler, kommentarer, oplæg, omtale af

arrangementer og boganmeldelser. Materiale kan altid indsendes til redaktionen, som dog ikke påtager sig noget ansvar for materiale, der indsendes uopfordret. Redaktionen forbeholder sig retten til at nægte optagelse i bladet. Holdninger, der tilkendes i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis FSKs synspunkter.

Redaktionsgruppen består af:



Jeanette Pedersen
Specialuddannet Kræftsygeplejerske
Afsnit for kvindesygdomme
Aarhus Universitetshospital
Jeanpede@rm.dk



Mona Gundlach
Specialuddannet Kræftsygeplejerske
Center for Kræft og Organsygdomme,
Afdelingen for kræftbehandling,
klinik 5012, Rigshospitalet
Mona.gundlach@regionh.dk

RESOURCE® ULTRA

NÅR HVER DRÅBE TÆLLER!



Resource® Ultra er en kraftfuld, velsmagende ernæringsdrik, særligt udviklet til at forbedre compliance af ernæringsbehandlingen. Takket være Resource® Ultra giver du dine patienter de bedste betingelser for at følge deres ordination!

- » **Meget højt proteinindhold**
(16 g mælkeprotein/100 ml eller 28 E%)
- » **Markedets højeste indhold af valleprotein****
(60 % valle, 40 % kasein), som er naturligt rig på leucin (1,7 g/100ml) for at opnå en øget muskelproteinsyntese¹.
- » **Højt energiindhold** (2,25 kcal/ml eller 9,41 kJ/ml)
- » **Lavt glykæmisk indeks (GI) og kulhydratindhold**
(15 g kulhydrater/100 ml eller 27 E%)

Naturlige
aromaer

Dejlig
smag

Meget
næring
i en lille
volumen

Ønsker du en
smagsprøve på vores
nye Resource® Ultra?



For sundhedsfagligt personale

Resource® Ultra er beregnet til ernæringsmæssig håndtering af patienter med underernæring eller i ernæringsmæssig risiko. Fødevarer til særlige medicinske formål. Skal anvendes under lægelig overvågning.

*Opdatering fra februar 2024, **Blandt tilsvarende produkter
1. Bauer, J. et al. J. Am. Med. Dir. Assoc., 2013; 148: 542–559.

www.nestlehealthscience.dk

 **Nestlé**
HealthScience

Sårbarhed hos ældre med kræft: Et helhedsorienteret perspektiv



Dorte S. Nielsen

Sygeplejerske og professor,
Geriatrisk afdeling G,
Odense Universitetshospital

Introduktion

Alderdommen bringer en naturlig skrøbelighed med sig, der for mange forstærkes ved en alvorlig diagnose som kræft. Kombinationen af aldersrelaterede forandringer og en kræftsygdom kan medvirke en særlig sårbarhed hos det enkelte menneske, som kan have vidtrækkende konsekvenser for både det fysiske helbred, den psykiske tilstand og det sociale liv. Ældre med kræft står ikke alene over for en sygdom, der truer deres liv; de navigerer samtidig i en hverdag præget af tab, afhængighed og ofte en følelse af at miste kontrol over eget liv og helbred^[1].

Kræftbehandling kan være særligt udfordrende for ældre, da kroppen ofte er mindre modstandsdygtig over for de bivirkninger, som kemoterapi, stråling og kirurgi kan medføre. Samtidig kan aldersrelaterede sygdomme som diabetes, hjertesygdom eller demens yderligere komplicere behandlingsforløbet. Dette betyder, at ældre patienter ikke kun skal kæmpe med selve kræftsygdommen, men også med den samlede byrde af flere kroniske lidelser og de begrænsninger, de medfører^[2].

Sårbarheden hos ældre med kræft strækker sig dog langt ud over det fysiske. Psykologisk og følelsesmæssigt kan en kræftdiagnose vække dyb frygt, ikke kun for døden, men også for at blive en byrde for familien. Mange oplever tab af sociale netværk, enten fordi venner og familiemedlemmer selv er ældre og måske syge eller afdøde, eller fordi sygdommen skaber en distance til omverdenen. Ensomhed og isolation kan derved blive følgesvend for mange ældre kræftpatienter. Derfor kan tro og eksistentielle overvejelser blive en vigtig del af sygdomsforløbet. Spørgsmål om mening, livets afslutning og håb kan

fylde meget. Nogle finder trøst i deres åndelige eller religiøse overbevisning, mens andre kan føle en dyb angst og usikkerhed over det ukendte. Hertil kommer de praktiske udfordringer i hverdagen: afhængighed af hjælp til daglige gøremål, økonomiske begrænsninger og tabet af selvstændighed, der kan true følelsen af værdighed^[2,3].

Ældre med kræft lever ofte i en balance mellem håb og sårbarhed, styrke og skrøbelighed. Denne balance er dybt påvirket af de relationer og den støtte, de modtager fra deres omgivelser. For sundhedsprofessionelle er det derfor afgørende at møde ældre kræftpatienter med empati og forståelse og at tage højde for den komplekse sammenvævning af fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle udfordringer, der præger deres liv. Gennem en helhedsorienteret tilgang kan omsorgspersoner bidrage til, at ældre med kræft oplever ikke blot lindring, men også en følelse af respekt og værdighed i en tid, hvor de kan føle sig mest sårbare.

Definition af sårbarhed

Sårbarhed er en universel og grundlæggende del af det at være menneske. Den er iboende i os alle og afspejler vores eksistentielle afhængighed af hinanden og de omgivelser, vi lever i^[4]. Sårbarhed kan forstås som en tilstand, der opstår i spændingsfeltet mellem ydre risikofaktorer og den enkeltes oplevelse af sin egen autonomi, handleevne og handlekraft. På den ene side omfatter sårbarhed normative risikofaktorer, som er de objektive omstændigheder og vilkår, der øger en persons udsathed. Disse faktorer kan være sociale, økonomiske eller kulturelle, såsom alder, helbredstilstand, uddannelsesniveau, økonomisk sikkerhed og sociale rela-

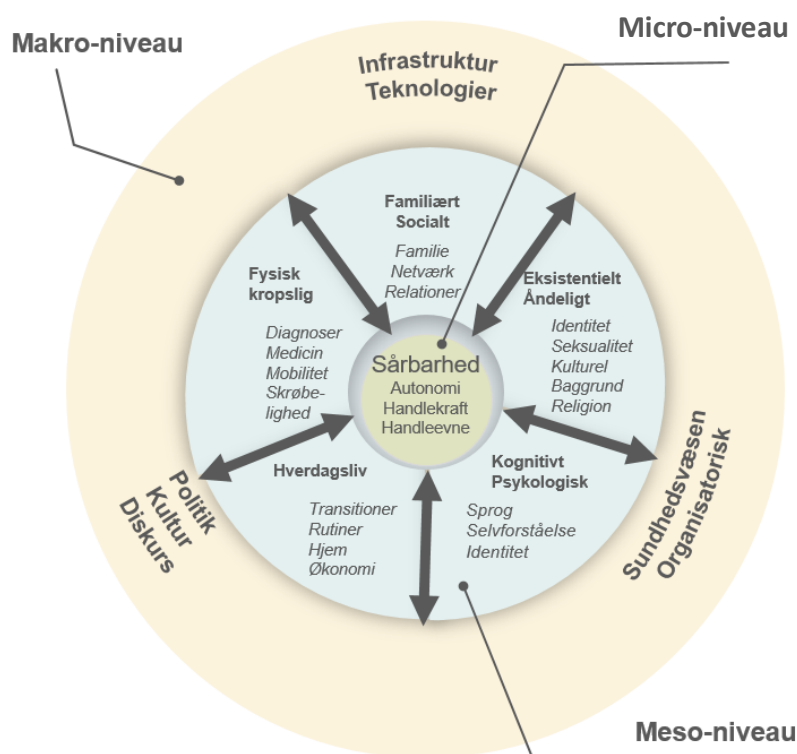
tioner. Disse ydre forhold kan skabe et fundament, hvor sårbarhed bliver mere fremtrædende, særligt når de forværres af kritiske livsbegivenheder som sygdom eller tab.

På den anden side er sårbarhed også en subjektiv oplevelse, der formes af individets egne følelser, tanker og erfaringer. Dette perspektiv tager højde for, hvordan mennesker selv forstår og reagerer på deres situation, herunder deres følelse af autonomi og evne til at handle i og påvirke deres omgivelser. Det subjektive perspektiv viser, hvordan to personer med lignende objektive risikofaktorer kan opleve og håndtere sårbarhed vidt forskelligt.

Kernen i forståelsen af sårbarhed ligger i balancen mellem autonomi, handleevne og handlekraft^[5]. Autonomi handler om individets mulighed for selvbestemmelse og kontrol over eget liv, mens handleevne refererer til de ressourcer og færdigheder, der er nødvendige for at navigere i komplekse situationer. Handlekraft er evnen til at omsætte intentioner til handling, selv under sygdom eller vanskelige omstændigheder. Når ydre risikofaktorer begrænser en persons autonomi eller underminerer deres handleevne og handlekraft, kan oplevelsen af sårbarhed intensiveres. Denne helhedsorienterede tilgang til sårbarhed understreger, at det både er en objektiv realitet og en subjektiv oplevelse. Den kræver derfor opmærksomhed på både de ydre rammebetingelser og de indre ressourcer, der former den enkelte persons oplevelse af og reaktion på sårbarhed. Ved at forstå sårbarhed som en dynamisk og relationel tilstand kan vi skabe bedre muligheder for at støtte og styrke mennesker, så de bevarer deres autonomi og værdighed, selv i de mest sårbare livssituationer.

COPE modellen

Ældre med kræft oplever altså ofte en særlig sårbarhed, som strækker sig ud over den medicinske diagnose og behandling. Denne sårbarhed er multifacetteret og påvirkes af både fysiske, psykiske, sociale, spirituelle, eksistentielle



Figur 1. COPE modellen

og hverdagslivsfaktorer. For at kunne tilbyde en helhedsorienteret pleje og støtte til denne patientgruppe, kræves en dyb forståelse af, hvordan disse dimensioner spiller sammen. Vi har derfor udviklet en refleksionsmodel, den såkaldte COPE-model (Culture and Older People). Modellen giver et værdifuldt refleksionsværktøj til at udforske disse aspekter og fremhæver vigtigheden af kulturel forståelse og personcenteret pleje (se figur 1)^[6].

Fysisk dimension: Kroppens sårbarhed

Fysiske forandringer med alderen, såsom nedsat mobilitet, svækkelse af muskler og organfunktion samt øget træthed, forværres ofte af kræft og kræftbehandlingens bivirkninger. Ældre bliver i højere grad afhængige af andre for at kunne udføre daglige aktiviteter, hvilket kan true deres autonomi og selvforståelse. For eksempel kan behovet for hjælp til personlig pleje eller medicinadministration skabe følelser af skam og tab af værdighed.

Hjemmet, der før var en kilde til tryk, transformeres til en arbejdsplads med plejepersonale og hjælpemidler,

hvilket kan være svært at acceptere for mange ældre^[7]. Sundhedsprofessionelle kan afhjælpe disse udfordringer ved at fokusere på respektfuld og værdig støtte samt ved at tilpasse plejen til patientens individuelle behov og ønsker.

Psykisk dimension: Den mentale byrde

Kræftdiagnoser er ofte forbundet med angst, depression og følelsesmæssig stress, og for ældre kan disse følelser forstærkes af kognitive udfordringer som hukommelsessvigt eller risiko for delirium. Delirium, en akut forvirrings-tilstand, som er særligt udbredt blandt ældre kræftpatienter og kan skabe mistillid til sundhedssystemet og isolere patienten yderligere.

Sproget spiller også en central rolle i den psykiske dimension. For ældre med sproglige barrierer, hvad enten det skyldes migranterfaringer eller tab af kommunikative evner, kan følelsen af ikke at blive forstået føre til dyb frustration og afmagt^[8]. Sundhedsprofessionelle bør derfor være opmærksomme på både sproglige og kognitive barrierer og arbejde for at skabe tryk gennem klare og empatiske kommunikationsformer.

Social dimension: Isolation og relationer
Tab af familie, venner og sociale netværk er almindeligt blandt ældre og kan forværres af en kræftdiagnose. Ensomhed og social isolation udgør store risikofaktorer for forringet livskvalitet. For nogle ældre bliver forholdet til en svækket livspartner en ekstra belastning, hvor de både skal håndtere deres egen sygdom og tage sig af deres partners behov.

Samtidig kan familien opleve et betydeligt følelsesmæssigt og praktisk pres. Pårørende, der ofte er voksne børn, kan stå i en dobbeltrolle som omsorgspersoner og følelsesmæssige støtter, hvilket kan føre til konflikter og misforståelser^[9]. Et tæt samarbejde med familien, baseret på forståelse og støtte, er afgørende for at reducere stress og sikre en koordineret indsats omkring patienten.

Eksistentiel dimension:

Tro og eksistentielle overvejelser

Tro og spiritualitet kan være en vigtig kilde til trøst og håb for ældre med kræft, særligt i livets afsluttende faser. For mange giver religion eller åndelige praksisser mening og styrke i en svær tid. Dette kan indebære ønsket om religiøse ritualer, kontakt med en præst eller imam eller særlige begravelsesritualer. For migranter kan der opstå yderligere udfordringer, som eksempelvis ønsker om at blive begravet i hjemlandet, hvilket kan være både logistisk og økonomisk komplekst^[10].

På den anden side kan dødsangst fylde meget, selv for ældre, der har levet et langt liv. Denne frygt kan forstærkes af manglende åbenhed i familien omkring emnet eller tabuer om at tale om døden. Sundhedsprofessionelle kan spille en afgørende rolle ved at skabe et trygt rum for disse samtaler og ved at tage højde for patientens spirituelle behov.

Hverdagsliv:

Opretholdelse af rutiner og værdighed

Daglige rutiner har en stor betydning for ældres oplevelse af autonomi og handleevne. Kræftsygdom kan forstyrre disse rutiner og skabe en følelse af kaos og tab af kontrol. Selv små detaljer,

såsom at kunne beholde sin egen toilet-taske under en indlæggelse, kan have stor betydning for patientens selvværd.

Økonomiske udfordringer kan også påvirke ældres evne til at købe medicin eller betale for behandling, hvilket kan føre til skam og tabuisering. Det er vigtigt for sundhedsprofessionelle at tage højde for disse praktiske aspekter og støtte patienten i at bevare en følelse af værdighed og selvbestemmelse i hverdagen og i eget hjem.

Sårbarhedens dynamik:

Mikro-, meso- og makroniveau

For at forstå og håndtere ældre menneskers sårbarhed, især i forbindelse med alvorlige sygdomme som kræft, er det nødvendigt at betragte sårbarhed ud fra et helhedsorienteret perspektiv, der inkluderer mikro-, meso- og makroniveauet. Disse tre niveauer repræsenterer forskellige lag af indflydelse på den ældres oplevelse af sårbarhed og spiller en afgørende rolle i at styrke eller mindske den.

Mikro-niveau:

Individet, den ældre

På mikro-niveauet fokuseres der på individets egne ressourcer, udfordringer og relationer. Det handler om den ældres oplevelse af autonomi, handleevne og handlekraft samt de nærmeste relationers betydning, såsom familie og pårørende. Her er det afgørende, at sundhedsprofessionelle møder den ældre med respekt og empati, anerkender den enkeltes unikke livshistorie og sikrer, at der gives den nødvendige støtte til at bevare værdighed og selvstændighed.

Meso-niveau:

Institutioner og lokale fællesskaber

På meso-niveauet undersøges de strukturer og processer, der finder sted i institutioner og lokale fællesskaber, som har betydning for den ældres pleje og støtte. Dette niveau omfatter sundhedsvæsenet, hjemmeplejen og andre netværk, der arbejder tæt sammen om at skabe et helhedsorienteret behandlingsforløb. Sårbarhed kan mindskes her gennem koordineret indsats og

effektiv tværfaglig kommunikation mellem sygeplejersker, læger, socialarbejdere og andre aktører. For eksempel kan klare behandlingsplaner og respektfuldt samarbejde mellem professionelle og pårørende give den ældre en oplevelse af tryghed og forudsigelighed. Omvendt kan fragmentering, tidspress og manglende ressourcer på mesoniveauet forstærke sårbarheden, både for den ældre og dennes pårørende.

Makroniveau:

Samfund og systemer

Makroniveauet omfatter de brede, samfundsmæssige og strukturelle faktorer, som påvirker ældres livsvilkår. Det drejer sig om politiske beslutninger, økonomiske ressourcer, lovgivning og kulturelle normer, der former sundhedsvæsenets muligheder og rammerne for ældrepleje. Politikere og beslutningstagere har en betydelig indflydelse på ældres sårbarhed ved at sikre tilstrækkelig finansiering til sundhedspleje, skabe adgang til nødvendige behandlinger og understøtte initiativer, der fremmer værdighed og respekt i ældreplejen. På makroniveauet kan sårbarheden mindskes gennem investeringer i ældrevenlige samfund, fx ved at sikre tilgængelighed til sundhedsydelser, bekæmpe ensomhed og støtte programmer, der fremmer aktiv aldring. Omvendt kan systemiske udfordringer, som økonomisk ulighed eller manglende fokus på ældrepleje, forværre sårbarheden. Et samfund, der prioriterer respekt for ældre og arbejder for deres trivsel, kan have en direkte og positiv effekt på den enkeltes oplevelse af sårbarhed.

Sygeplejerskernes rolle og ansvar

Som sygeplejersker spiller vi en central rolle i at afbøde og undgå at forstærke patienters og pårørendes sårbarhed. Dette kræver en bevidst tilgang til både vores retorik og vores praksis. Det handler om at møde patienten og de pårørende der, hvor de er, og skabe en relation baseret på respekt, empati og en oprigtig interesse i deres oplevelser og behov. Et vigtigt element er

at være opmærksom på de narrativer, der konstrueres om patienter og deres pårørende. Ofte kan disse fortællinger utilsigtet blive præget af generaliseringer eller stereotyper, som kan føre til dæmonisering eller marginalisering. For eksempel kan sundhedspersonale komme til at betragte patienter som passive ofre eller pårørende som urealistiske og krævende. Dette er fortællinger, der risikerer at skabe afstand frem for nærvær. I stedet bør vi stræbe efter at forstå det enkelte menneskes unikke situation og historie.

Når patienten og de pårørende mødes der, hvor de er, betyder det også at der tages hensyn til deres følelsesmæssige, sociale og kulturelle kontekst. Dette kan indebære at anerkende deres frygt og bekymringer uden at bagatellisere dem, at stille åbne spørgsmål, som inviterer til en ærlig dialog, og at vise tålmodighed, selv når situationen er kompleks og svær at være i som menneske. Ved at fastholde et fokus på mennesket bag sygdommen og møde både patienter og pårørende med ydmyghed og forståelse kan sundhedspersonale være med til at mindske sårbarhedens byrde og skabe et trygt og støttende behandlingsmiljø.

Konklusion

COPE-modellen tilbyder en helhedsorienteret tilgang til at forstå og imødekomme ældre kræftpatienters sårbarhed. Ved at integrere fysiske, psykiske, sociale, spirituelle, eksistentielle og hverdagslivsdimensioner i plejen kan sundhedspersonale skabe en mere meningsfuld og respektfuld behandling. Dette kræver ikke kun tekniske færdigheder, men også empati, kulturel forståelse og en sans for det enkelte menneskes unikke historie og behov. For at mindske sårbarheden hos ældre kræftpatienter er det nødvendigt at arbejde på mikro, meso og makro niveau og sikre, at der er sammenhæng mellem de indsatser, der iværksættes. Et styrket makroniveau kan skabe bedre rammer for pleje på mesoniveauet, som igen understøtter den ældres trivsel og autonomi på mikroniveauet. Når sårbarheden håndteres helhedsorienteret, vil den ældres oplevelse af støtte, forståelse og respekt blive styrket, hvilket kan reducere deres subjektive følelse af udsathed og give dem mulighed for at leve med større værdighed og livskvalitet, selv under vanskelige forhold.



REFERENCER

- [1] V. Leder, Ældre med kræft, Ugeskr Læger 186 (2024) V205172.
- [2] M.L. Kidholm, N.C. Hvidt, K.B. Dieperink, Supportive care til ældre patienter med kræft, Ugeskrift for læger 186(2) (2024) V06230429.
- [3] H. Vedsegaard, G. Wind, Sammen om omsorg og sygdom. Ældre ægtepars hverdagsliv hvor begge er syge, Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund 23(41) (2024).
- [4] K. Martinsen, Filosofi og fortællinger om sårbarhed, Klinisk sygepleje 26(2) (2012) 30-37.
- [5] L. Grøn, C.R. Andersen, Sårbarhed og handlekraft i alderdommen: et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn, (2014).
- [6] D.S.E. Nielsen, Grethe, Sårbarhed blandt ældre i et etik og emik perspektiv i klinisk praksis, in: A.M.S. Christensen, Huniche, L., Nielsen, L., & Petersen, E. N (Ed.), Sundhedsfilosofi i praksis, Syddansk Universitetsforlag, Odense 2024.
- [7] S.H. Beck, G. Eilertsen, K. Andersen-Ranberg, A. Janssens, D.S. Nielsen, In the footsteps of the old patient from hospital to home: A qualitative field observation study, Scandinavian journal of caring sciences (2024).
- [8] L. Birkelund, K.B. Dieperink, M. Sodemann, J.F. Lindell, K.D. Steffensen, D.S. Nielsen, Communicating without a Shared Language: A Qualitative Study of Language Barriers in Language-Discordant Cancer Communication, Journal of Health Communication 29(3) (2024) 187-199.
- [9] H.E. Andersen, Ældre og deres voksne børns erfaringer med fænomenet pleje-og omsorgsansvar i primærsektoren, Klinisk sygepleje (4) (2021) 334-336.
- [10] D. Nielsen, L. Minet, L. Zeraiq, D.N. Rasmussen, M. Sodemann, Older migrants in exile: the past holding hands with the present—a qualitative study, Scandinavian journal of caring sciences (2017).

Supportive care til den ældre patient og familie berørt af kræft

v. Karen Dieperink Professor i kræft- og familiesygepleje



Christina Thagaard Wilhelmsen

FSK-bestyrelsen



Ældre patienter med kræft, er de noget særligt? Hvordan vurderer vi den ældre patient med kræft og hvordan yder vi supportive care til patient og familie i et kræftforløb?

Det er meget få ældre der er nedslidte af hårdt fysisk arbejde. Når de går på pension, har de en forventning om en god alderdom. Den ældre patient med en kræft diagnose, er meget motiveret for kræftbehandling.

Vi ved ikke meget om hvordan de ældre reagerer på kemoterapi, da mange af studierne kun inkludere personer under 50 år. Dette stiller større krav

til læger og sygeplejersker, for at sikre at patienten kan tåle en evt. behandling med kemoterapi, er det vigtigt at vi inden behandlings opstart bruger vores kliniske blik. Her skal vi se efter Co morbiditet, compliance, funktionsniveau, livsstil og patientens netværk. Samtidig med brug af vores kliniske blik, kan vi gøre brug af følgende værktøjer for at vurdere patienten:

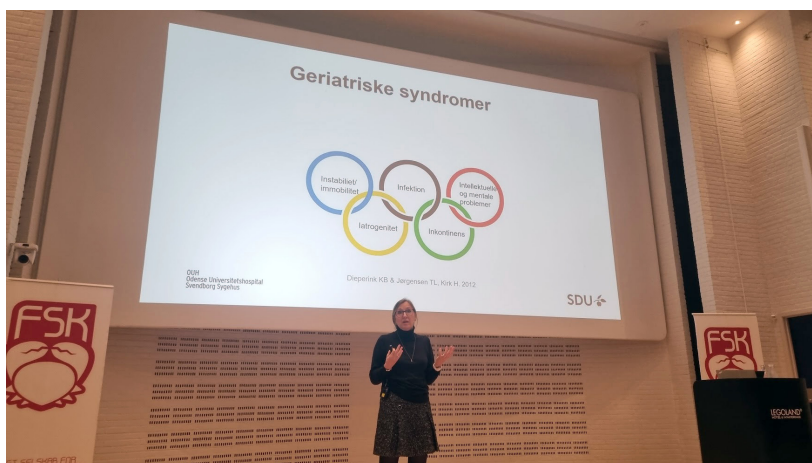
- Geratie 8 (G8)
- Charlson co morbidity index (CCI)
- The Vulnerable Elders Survey (VES-13)
- Gribestyrke (GS)

I følge Karen Dieperink skal vi have fokus på den ældres patients livskvalitet og mening, fremfor overlevelse. Massivt behandlet patienter oplever ofte mange bivirkninger og senfølger.

Når den ældre kræftpatient starter på behandling, er det her vigtigt at vi laver en tidlig behovsvurdering og evt. funktionsevne, så vi har et udgangspunkt og kan handle ud fra. Samtidig skal vi snakke med patienten om hvad der er vigtigt lige for netop ham/hende, samt inddrage familien ved fx anvendelse af video ved stuegang, så de pårørende kan deltage, uden at være fysisk til stede. Det er vigtigt at vi som sygeplejersker understøtter lægen til medicin-gennemgang, for at undgå polyfarmaci i forbindelse med kræftbehandlingen.

Det undrer Karin at der er få interventioner til familier med en ældre person med kræft, familiært fokus mangler forskning og ikke kun i den sidste tid, der skal sættes ind meget før.

Vi skal huske på at supportive care skal ske i hele forløbet, både før, under og efter.





Temadag Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker

Dato: 21.maj 2025 kl. 09:30-15:30

Sted: Comwell Klarskovgaard, Korsør Lystskov 30, 4220 Korsør

Social ulighed i sygeplejen til mennesker med kræft

Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker tager på dette års temadag, afsæt i social ulighed i sundhed.

Vi vil med denne temadag skabe rammerne for vidensdeling, således at kræftsygeplejersken får de rette forudsætninger og viden om social ulighed i sundhed, og hvad vi skal være særlig opmærksomme på.

Sundhedsstyrelsen definerer social ulighed: "Social ulighed i sundhed er betegnelsen for det faktum, at levevilkår, sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet; jo dårligere borgerne er stillet socialt set, jo højere sygelighed og dødelig har de statistisk set."

"Social ulighed i sundhed er hverken en nødvendighed eller en naturkraft. Det er et politisk valg" i følge Morten Sodemann.

Morten Sodemann læge – klinisk Professor OUH. Forskningsenhed for infektionsmedicin og Mari Holen, sygeplejerske og professor ved Roskilde Universitet vil i år berige os med oplæg om emnet.

Program for dagen

09.30-10.00	Indregistrering, kaffe, the og let morgenmad
10.00-10.15	Velkomst ved formand for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, Helle Mathiasson
10.15-12.15	Ulighedens drejebog ved Morten Sodemann, læge, klinisk Professor OUH. Forskningsenhed for infektionsmedicin
12.15-13.15	Pause/frokost
13.15-14.00	Et lige sundhedsvæsen? Hvorfor er sundhed så ulige fordelt i Danmark? Ved Mari Holen, Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. Roskilde Universitet.
14.00-14.30	Kort pause med kaffe og kage – hentes og nydes ved bordene.
14.30-15.15	Ulighed i kræftsygeplejen ved Mari Holen, Sygeplejerske, Cand.cur og ph.d. Roskilde universitet.
15.15-15.30	Farvel og tak for i dag ved formand for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, Helle Mathiasson.

Bemærk: Der kan forekomme ændringer i programmet.

Pris for deltagelse:

Medlemmer af Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker – 200,00 kr.

Ikke medlemmer af Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker – 1000,00 kr.

Tilmeldingslink til temadagen sendes ud til alle medlemmer af FSK pr. mail snarest muligt

Hjemmebehandling til patienter med myelomatose



Jannie Kirkegaard

Stilling/uddannelse: Projektsygeplejerske, MHH

Arbudssted: Hæmatologisk forskningsenhed HFE-X, OUH.

E-mail: Jannie.kirkegaard@rsyd.dk

Tlf.: 2964 8494



Tine Rosenberg

Stilling/uddannelse: Forskningsassistent, Cand.scient i Biomedicin

Arbudssted: Hæmatologisk forskningsenhed HFE-X, OUH.

E-mail: Tine.rosenberg@rsyd.dk

Tlf.: 2137 0942

Resume

Hjemmebehandling til patienter med myelomatose er i en rivende udvikling. I Center for Hjemmebehandling på Hæmatologisk Afdeling, OUH, arbejder vi målrettet på at skabe de bedste og mest fleksible løsninger for patienter, pårørende og sundhedspersonalet. På landsmødet præsenterede vi vores forskellige projekter og tanker om fremtidig hjemmebehandling.

Hjemmebehandling i Odense

Jannie Kirkegaard og Mette Kjær Hansen fra Hæmatologisk Afdeling på OUH delte ud af deres erfaringer med hjemmebehandling til patienter med myelomatose. Jannie er ansat som projektsygeplejerske i forskningsenheden HFE-X, hvor hun blandt andet er en del af styregruppen i Center for Hjemmebehandling, OUH. Hendes rolle er at bidrage til udarbejdelse, gennemførelse og opfølgelse af data i afdelingens hjemmebehandlingsprojekter. Mette Kjær Hansen er ansat i ambulatoriet og har primært at gøre med patienter med myelomatose. Mette er ansvarlig for udførelsen af deres hjemmebehandlingsprojekter i ambulatoriet.

Hvorfor hjemmebehandling?

Behandlingen af patienter med myelomatose er de seneste år markant forbedret, hvilket har forlænget deres levetid betydeligt. Idet sygdommen fortsat er uhelbredelig, betyder den forlængede levetid, at flere patienter i dag er i aktiv behandling i længere tid, og det stiller os over for en vigtig opgave: At sikre, at

patienternes ekstra tid ikke kun bruges på behandling, men også på at leve et meningsfuldt liv.

Samtidig presser flere patienter og længere behandlingsforløb et sundhedsvæsen, der allerede er udfordret af mangel på personale, centralisering af afdelinger og en aldrende befolkning. For at imødegå dette er vi nødt til at gentænke behandlingsformen, og her er hjemmebehandling en oplagt løsning. Den kan frigive ressourcer på hospitalerne og give patienterne øget livskvalitet og kontrol over deres eget behandlingsforløb.

På Hæmatologisk Afdeling, OUH arbejder vi på at bringe behandlingen hjem til patienterne ved hjælp af teknologi. Først vil vi reducere behovet for fremmøde på hospitalet. Dernæst vil vi oplære patienterne i at rapportere bivirkninger via en app og på den baggrund planlægge deres kommende behandling. I fremtiden håber vi på at levere medicin direkte til døren med droner.

Ved at tænke nyt og arbejde evidensbaseret vil vi sikre, at hjemmebehandling gavner både patienter og sundhedsvæsenet. Målet er, at patienter bruger mindre tid på hospitalet og mere tid på det, der betyder mest for dem.

Center for Hjemmebehandling

Foruden Jannie og Mette består hjemmebehandlingsteamet på OUH også af flere andre centrale personer. Fra Hæmatologisk Afdeling indgår overlæge Thomas Lund og Forskningsassistent Tine Rosenberg sammen med Jannie



Figur 1

i styregruppen og deltager i arbejdet med at planlægge, opsætte, gennemføre og opføre vores projekter. Thomas er desuden den behandlingsansvarlige i alle projekterne. Derudover deltager læge Michael Tveden Gundersen med sine statistiske kompetencer, når data skal gøres op. Fra Onkologisk Afdeling bidrager Sygeplejeforsker Karin B. Dieperink med viden og ideer om studiedesign samt dataanalyse af primært kvalitative data og fra Center for Innovativ Medicinsk Teknologi bidrager Sundhedsøkonom Maja Kjær Rasmussen med sundhedsøkonomiske analyser. Endelig deltager én af vores patienter, Anette, som via sin viden og erfaring med at leve med MM, bidrager med kritiske øjne på vores projekter herunder det patientmateriale, vi har tænkt at udlevere til patienterne.

Erfaringer med hjemmebehandling og fremtidige projekter

I vores første projekt undersøgte vi selvadministration af bortezomib, hvor 10 patienter deltog i 2020. Resultaterne viste, at både patienter og personale foretrak hjemmebehandling på grund af sparet tid og øget fleksibilitet, mens sikkerhed og individuel tilpasning også var centrale temaer. Patienterne sparede i gennemsnit knap fire timer pr. administration, og sygeplejerskerne brugte 20 minutter mindre pr. behandling.

Mette fortæller, at sygeplejerskerne i ambulatoriet forud for projektet var skeptiske. De var usikre på, hvorvidt patienterne var i stand til at varetage

behandlingen selv og til at reagere på mulige bivirkninger. De følte det som et tab af kontrol, hvilket jo aldrig rart! Efterfølgende er holdningen blevet en anden. De har fået rigtig gode erfaringer og både patienter og sygeplejersker er glade for løsningen. Hjemmebehandling med bortezomib er nu et standardtilbud på Hæmatologisk Afdeling, OUH.

I det næste projekt testede vi muligheden for, ved brug af app'en Mit Sygehus, at vurdere patienterne forud for deres kommende behandling med bortezomib. Vanlig praksis hos os er, at en ambulatoriesygeplejerske ringer patienten op dagen før planlagt behandling for at afklare, hvorvidt patienten er klar til behandlingen. Baseret på de spørgsmål sygeplejersken stiller, udviklede vi et spørgeskema og en tilhørende algoritme til stratificering af patienterne. Spørgeskemaet adresserede de væsentligste bivirkninger til bortezomib og indeholdt desuden et spørgsmål om, hvorvidt patienten selv ønskede at snakke med én fra ambulatoriet forud for behandling (se figur 1).

Patienter der rapporterede nye og/eller forværrede bivirkninger blev markeret med rødt i deres patientjournal, imens patienter, der ikke registrerede nogle bivirkninger, blev markeret med grønt. Således kunne sygeplejerskerne hurtigt få et overblik over besvarelsen uden at skulle læse hele besvarelsen igennem. Projektet omfattede 33 patienter og blev gennemført mellem maj 2021 og november 2022. Med en positiv

prædiktiv værdi på 98 % viste studiet, at algoritmen er et pålideligt værktøj til at identificere de patienter, der kan modtage deres kommende behandling uden yderligere forudgået kontakt til afdelingen. Patienterne var glade for løsningen og fremhævede, at det især var en fordel, at de kunne besvare skemaet når det passede dem og ikke nødvendigvis når de stod i Netto og blev ringet op af en ambulatoriesygeplejerske. Denne løsning er ligeledes blevet et standardtilbud på afdelingen.

Mette fortæller, at der nu er blevet oprettet en bookingkode, som gør, at der automatisk bliver sendt et spørgeskema ud til patienten, hvis vedkommende bookes med denne kode. Det letter sygeplejerskernes arbejdsgang endnu mere og de har en oplevelse af, at det er meget tidsbesparende for dem.

I et netop afsluttet projekt, har vi testet muligheden for hjemme-baseret administration af daratumumab. Projektet blev gennemført mellem marts 2022 og juni 2023 og inkluderede 30 patienter, der i projektperioden modtog cirka 2/3 af deres behandlinger udenfor hospitalet. Disse behandlinger blev administreret af en hjemmesygeplejerske enten i patientens eget hjem eller i en lokal sundhedsklinik. Dataanalysen er forsat pågående, men de foreløbige resultater viser, at også denne løsning er sikker og at det ikke koster det samlede sundhedsvæsen mere tid eller øger antallet af uplanlagte kontakter til sundhedsvæsenet. Som en del af projektet

udviklede vi ligesom for bortezomib et spørgeskema og en tilhørende algoritme til stratificering af patienter forud for behandling. Denne algoritme har også vist sig effektiv.

Mette fortæller, at ambulatoriesygeplejerskerne oplevede udfordringer med at rekruttere deltagere til projektet, fordi patienterne ikke selv måtte administrere de behandlinger, der skulle gives udenfor hospitalet. Særligt var der flere unge og mere friske patienter, der sagde nej til at deltage fordi det var forbundet med for meget ventetid; dagen før behandlingen skulle de vente på et opkald fra sygeplejersken og på behandlingsdagen skulle de først vente på levering af medicinen og dernæst på hjemmesygeplejersken. Derfor ville yngre patienter og de, der stadig var i job, hellere møde op på afdelingen til en fastsat tid. De ældre patienter, der alligevel var hjemme, syntes derimod, at det var en fordel, at de kunne blive

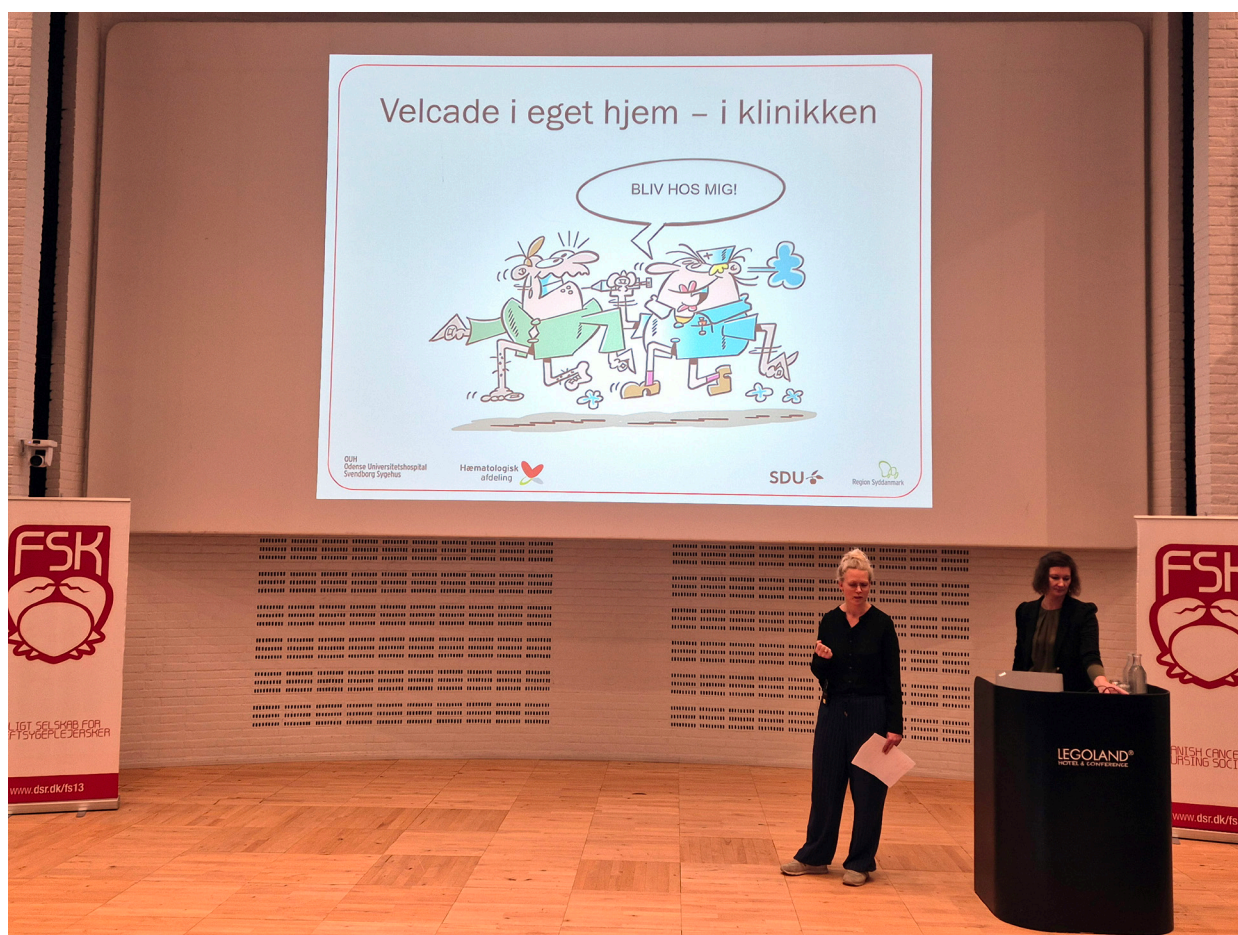
hjemme og spare deres transporttid. Hjemmebehandling med daratumumab er nu også et standardtilbud på Hæmatologisk Afdeling, OUH og for at gøre tilbuddet attraktivt for flest mulige patienter, har patienterne i dag selv lov til at afgøre, om de ønsker at administrere behandlingen selv eller om de foretrækker at en hjemmesygeplejerske gør det.

Efter at have set, hvor godt det fungerer for patienterne selv at administrere deres subkutane behandling, igangsatte vi et nyt projekt for at undersøge, hvorvidt det også er muligt at oplære dem i selv at administrere deres IV-medicin. Forsøgslægemidlet i dette projekt er carfilzomib, der typisk gives to på hinanden følgende dage. Efter oplæring møder patienterne i ambulatoriet på den første behandlingsdag, får lagt deres PVK, får deres første dosis og får den næste dosis med hjem. På anden behandlingsdag kobler de pumpen til

deres PVK, administrerer behandlingen og fjerner derefter selv adgangen. Vi har aktuelt inkluderet 8 ud af 12 planlagte patienter, der i alt selv har administreret 52 doser i hjemmet uden problemer.

Mette fortæller, at patienterne har været lidt tilbageholdende med selv at ville administrere deres IV-medicin i hjemmet, da de synes, det er et stort ansvar. De patienter, der har været med i projektet, er dog yderst tilfredse med ordningen og har et stort ønske om at fortsætte efter projektafslutning.

I vores nyeste projekt, vil vi teste selv-administration af subkutan elranatamab, der adskiller sig fra bortezomib og daratumumab ved endnu ikke at være markedsført i Danmark. Lægemidlet er godkendt af EMA til behandling af patienter med myelomatose, men i Danmark er det fortsat under vurdering af Medicinrådet. Således vil danske patienter ved deltagelse i dette projekt få



adgang til denne ellers nye og utilgængelige behandlingsmulighed. I dette projekt vil vi i højere grad end tidligere undersøge, hvilken betydning det har for patientens pårørende, at behandlingen flyttes hjem. Vi vil både bede dem registrere, hvor meget tid de bruger på behandlingerne, bede dem udfylde spørgeskemaer om deres livskvalitet og invitere dem til et uddybende interview, når patienten afsluttes i projektet. Herudover vil vi som noget nyt desuden fokusere på de patienter, der takker nej tak til deltagelse i projektet. Ved at interviewe dem, ønsker vi at blive klogere på, hvorfor hjemmebehandling ikke er den rette løsning for dem. Det, mener vi, kan gøre os klogere på, hvordan vi kan optimere vores fremtidige tilbud om hjemmebehandling, så det bliver et tilbud, der passer til en bredere skare af patienter. Vi forventer, at projektet starter inklusion til januar og har planlagt at inkludere i alt 20 patienter.

Fremtiden

Hjemmebehandling er under rivende udvikling og får større og større sundhedspolitisk opmærksomhed. I Center for Hjemmebehandling har vi store ambitioner om at videreudvikle vores tilbud og om at skabe evidens for flere gode løsninger. Dels ønsker vi at udbrede hjemmebehandling til både lymfoide og myeloide patienter og dels ønsker vi at udvikle og validere flere behandlingsspecifikke spørgeskemaer og algoritmer til stratificering af patienter. Herved vil vi skabe mulighed for, at patienterne i højere grad selv kan bestille og varetage deres behandling.

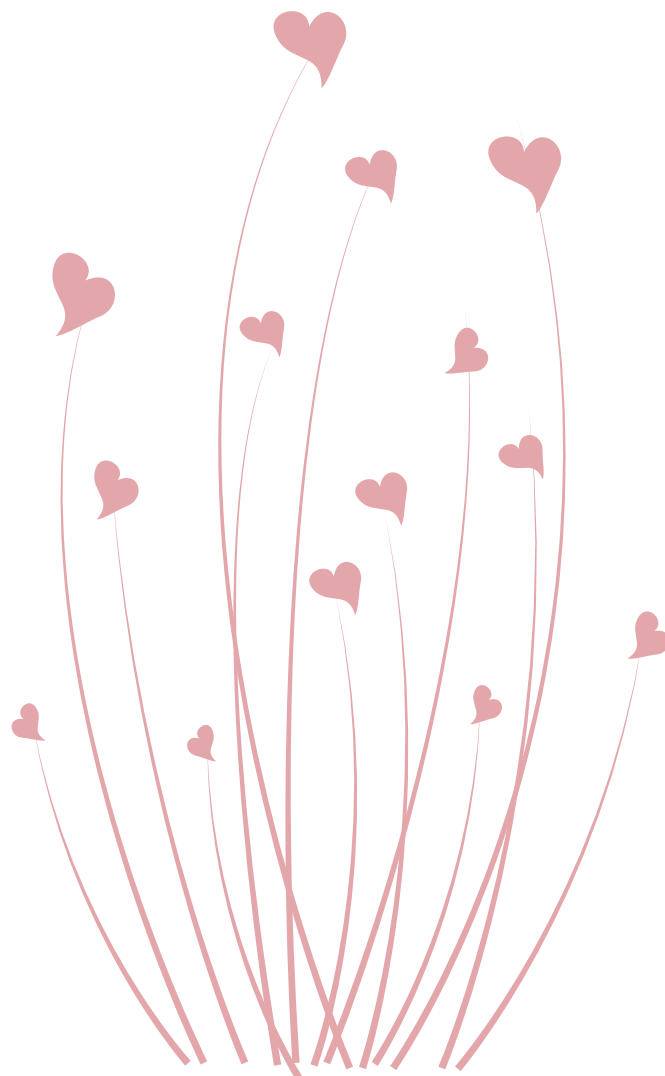
Vores håb for den fremtidige hjemmebehandling er, at blive i stand til at bringe medicinen hjem til patienterne ved brug af droner. Dette arbejder vi på i samarbejde med SDU og Center for teknologisk udvikling på OUH.

Spørgsmål

I løbet af oplægget var der sendt mange spørgsmål i app'en Slido. Vi nåede desværre kun at besvare ét af dem; Hvordan man ved hjemmebehandling sikrede sig inddragelse af det psykos-

cialt aspekt ved brug af app forud for kur samt hjemmebehandling. Mette svarede, at patienterne ikke blir sluppet aldeles og at personalet ved hvert fremmøde vurderer alle aspekter af hjemmebehandling samt hvorvidt denne forsvarligt kan fortsætte som planlagt. Patienterne har ydermere altid muligheden for at kontakte afdelingen telefonisk i tilfælde af spørgsmål eller tvivl.

Er du interesseret i at høre mere, så er du velkommen til at kontakte Tine Rosenberg eller Jannie Kirkegaard på mail: Tine.rosenberg@rsyd.dk eller Jannie.kirkegaard@rsyd.dk



Den oversete sorg hos ældre



Birgitte Grube

”Kompliceret sorg er udbredt hos ældre og skader deres helbred både fysisk og psykisk med store personlige og samfundsøkonomiske omkostninger til følge. Hvis de fejldiagnosticeres og behandles alene for en depression, kan det imidlertid bidrage til at forværre deres sorg. Derfor er det fundamentalt vigtigt, at de fagpersoner, der er ansvarlige for behandlingen, har kompetencer til at skelne mellem den komplicerede sorg og en eventuel depression.”

Sorgen bagatelliseres

Der er udbredt tendens i samfundet til at bagatellisere sorgen hos ældre, der mister efter et langt samliv. Udenlandsk og dansk forskning peger på, at ældres sorg er et overset socialt problem. Den viden har ikke bundfældet sig i samfundet, endsi­ge blandt fagprofessionelle

i ældresektoren. Forskning peger på, at kompliceret sorg er udbredt hos ældre og skader deres helbred både fysisk og psykisk med store personlige og samfundsøkonomiske omkostninger til følge.

Som en ældre kvinde, der er i terapi i det Nationale Sorgcenter, udtaler:

”Kaj og jeg havde levet sammen i over 50 år, og vi var ligesom groet sammen, vi var faktisk én person på mange områder. Og så bliver jeg mødt med udtalelser som ’men det var da godt, at I fik så mange år sammen’ eller ’vi skal jo alle sammen dø, og det er jo godt at han levede så længe’. De forstår mig ikke, ikke engang min nærmeste familie. De forstår ikke, at jeg stadig taler med Kaj, at jeg ser fjernsyn sammen med ham – fx Matador, som han elskede. Jeg kan næsten ikke være sammen med andre mennesker, fordi de alle siger, at jeg skal videre i livet. Men jeg vil ikke videre, jeg vil leve her sammen med minderne om Kaj og det, vi havde sammen.”

Efterladte enkmænd er særligt udsatte

VIVE udarbejdede i 2016 rapporten [*Enkestand – hvad fører det med sig*](#), der dokumenterer, at for de fleste ældre er en ægtefælles død en stressende begivenhed, som medfører betydelige ændringer i den overlevendes tilværelse. Der er ikke blot tale om tab af en livs­ledsager, som man har været forbundet med i mange år. Der er også tale om tab af en ressource i husstanden i forhold til fx indkomst og udførelse af praktiske opgaver i hjemmet.

Konsekvenser af enkestand er imidlertid også afhængige af en række faktorer hos det overlevende individ selv og i individets omgivelser. En dansk undersøgelse (Nielsen og Platz, 2008) har for perioden 1997-2002 belyst flere flytninger, færre sociale kontakter og færre el-



ler ingen fritidsaktiviteter, ringere selvurderet helbred og velbefindende samt ensomhed blandt borgere, der inden for en femårig periode er blevet alene, i forhold til borgere, som fortsat bor sammen med en partner, eller som har været alene i længere tid.

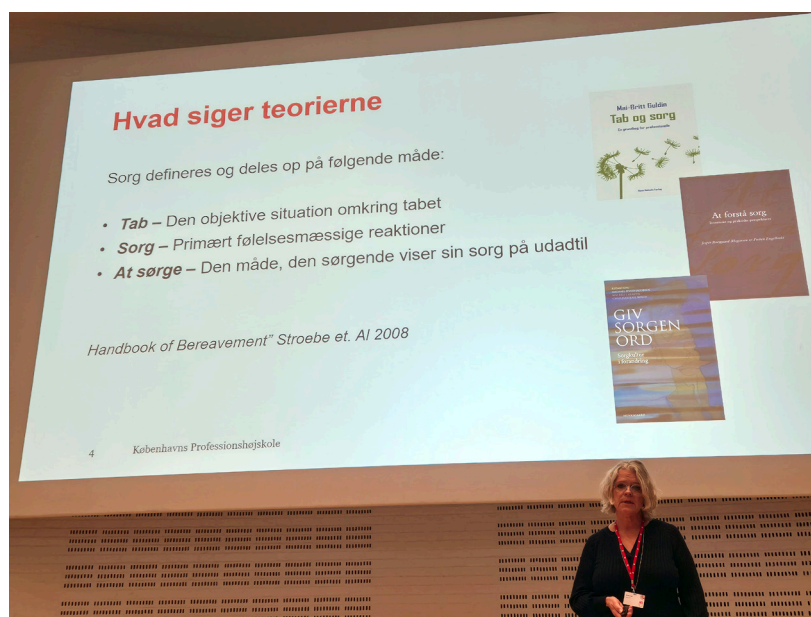
Efterladte enkemænd er en særlig udsat gruppe i forhold til vedvarende sorglidelse. De står mere alene med deres sorg og har et ofte begrænset socialt netværk og ringe mulighed for at møde andre mænd i samme situation. Efterladte mænd oplever betydeligt flere fysiske og psykiske lidelser end enker, og der ses en højere dødelighed blandt enkemænd de første måneder efter tabet.

Fagprofessionelle har brug for elementær viden om sorg

En forebyggelseskonsulent fra en mindre kommune, fortæller efter et besøg hos en enkemand 10 måneder efter, at han har mistet sin kone, at hjemmet fremstår meget beskidt, med tomme flasker allevegne, og at manden ikke har været i bad eller uden for en dør i meget lang tid. Køleskabet er næsten tomt kun med fordærvet mad. Manden siger, som noget af det første:

”Jeg er så ensom. Det var jo Gerda, der altid havde styr på det med familien og vennerne. Du er faktisk den første besøgende efter hendes død. I starten ringede de, men jeg er ikke god til det med telefonen, og har jo heller ikke fortalt, at det går dårligt. Nogle gange tænker jeg på, om jeg skulle følge efter Gerda og møde hende igen. Jeg har ikke lyst til at være her alene.”

Mange ældre har dårlig mental sundhed, herunder uopdagede psykiske lidelser. Hvis de fejldiagnosticeres og behandles alene for en depression, kan det imidlertid bidrage til at forværre den vedvarende sorglidelse. Derfor er det fundamentalt vigtigt, at de fagpersoner, der er ansvarlige for behandlingen, har kompetencer til at skelne mellem den komplicerede sorg og en eventuel depression. Fagprofessionelle har således brug for elementær viden om naturlige og komplicerede sorgreaktioner og



kompetencer til at kommunikere, vejlede og støtte de efterladte ældre borgere.

Den naturlige og komplicerede sorg

De fleste mennesker oplever sorg på et tidspunkt i deres liv. Sorg har nogle universelle træk, men hvordan den opleves og kommer til udtryk, afhænger også i høj grad af individuelle forskelle og kulturelle normer.

I et naturligt sorgforløb bevæger den efterladte sig fra akut sorg i tiden lige efter dødsfaldet gennem sorgarbejdets processer i en pendulering mellem det tabsorienterede og det reetablerende til en mere permanent tilstand, hvor sorgen er integreret i livet – hvilket betyder, at den fortsat spiller en rolle i den efterlattes liv, men den fylder mindre og er mindre forstyrrende end tidligere i forløbet.

Den komplicerede sorg varer længere, har en højere intensitet, og er på lang sigt mere ødelæggende for den efterladte. For nogle udløser tabet psykiske lidelser som depression eller PTSD. Mange efterladte med komplicerede sorgreaktioner oplever, selv mange år efter tabet, at de ikke er i stand til at fungere i livet, som de gjorde før dødsfaldet, og de har svært ved at varetage relationer til andre.

Når efterladte oplever komplicerede sorgreaktioner, er der noget, der bloke-

rer for den naturlige sorgproces. Der er omstændigheder, som forhindrer den efterlattes nødvendige arbejde med de tabs- og reetablerende processer. Forskningen har endnu ikke skabt et komplet billede af, hvad det er, der forårsager, at nogle efterladte udvikler komplicerede sorgreaktioner. Der er dog studier, som viser, at der er nogle grupper af sørgende, der er i øget risiko for at udvikle komplicerede sorgreaktioner. Disse risikofaktorer er forbundet med omstændighederne omkring dødsfaldet, personlige faktorer hos den efterladte, og forholdet til den afdøde. Specielt det at være ældre og sårbar er en tydelig risikofaktor.

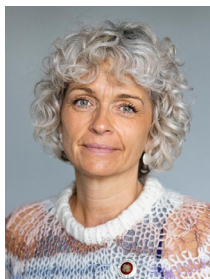
Hvis du er interesseret i mere viden om sorg og sorgreaktioner, så er du velkommen til at kontakte chefkonsulent Birgitte Grube (BIRG@KP.DK), Videreuddannelsen, Københavns Professionshøjskole.

Birgitte har tidligere været ansat i Det Nationale Sorgcenter. Hun er medudvikler af sorgrådgiveruddannelsesforløbet og ansvarlig for specialuddannelsen i kræftsygepleje.

Læs mere [her](#).

Teknologien skal bruges til at skabe mere nærhed for patienterne

Digitaliseringen i sundhedsvæsenet rummer uendelige muligheder i forhold til patientpleje, men den kan også være ekskluderende og efterlade ældre patienter med en følelse af afmagt og kontroltab.



Dorthe Boe Danbjørg

Forkvinde i Dansk Sygeplejeråd

Med løfter om effektivisering, bedre sammenhæng og højere kvalitet i behandlingen er det digitale sundhedsvæsen blevet en central del af både den politiske dagsorden og hverdagen på landets hospitaler, i kommunerne og i borgernes egne hjem.

Derfor er det også relevant at sætte fokus på, hvad digitalisering betyder for den ældre kræftpatient.

Ofte tænker vi måske, at ældre ikke rimer på digitalisering. Vi ved også, at digitaliseringen kan være kilde til frustration, men det kan også være en vej til forbedret livskvalitet.

Som forkvinde for Dansk Sygeplejeråd er jeg optaget af, hvordan vi sikrer, at vi bruger digitaliseringens muligheder og mindsker de udfordringer, der nogle gange kan synes større end de muligheder, som digitaliseringen rummer, og ikke mindst hvordan vi får di-

gitaliseringen til at understøtte kernen i sygeplejen:

OMSORG

Og jeg er lige så optaget af, at digitaliseringen ikke bliver en forhindring for omsorg.

For sundhedsvæsenet handler om mennesker, ikke om systemer.

Udfordret af teknologien

Teknologi har potentialet til at revolutionere vores måde at møde og behandle patienter på.

Og det er lige præcis det, teknologien skal bruges til. Det siger størstedelen af de mennesker, det drejer sig om i hvert fald.

En undersøgelse fra Danske Ældre-råd viser, at [77 procent af ældrerådene mener, at teknologiens primære formål bør være at forbedre livskvaliteten for den enkelte borger](#). Alligevel oplever kun 17 procent af ældrerådene, at kommunerne vægter dette formål højest. Her er der et oplagt misforhold mellem de ældres behov og systemets prioriteringer.

For mange ældre patienter kan mødet med digitale løsninger også opleves som en udfordring, der skaber afstand i stedet for nærhed.

Mødet med det digitale sundhedsvæsen skaber et forventningspres om, at de skal kunne navigere i apps, selvbetjeningsløsninger og digitale platforme, som ofte er udviklet uden tanke på særlige udfordringer. Og uden tanke på, at man måske ikke er lige så vant til at navigere i den slags teknologi, som yngre mennesker er.



I sådanne tilfælde kan teknologien være med til at fragte ældre patienter følelsen af værdighed og kontrol. Eller som en ældre patient har udtrykt det:

"Når teknologien svigter, føles det, som om hele systemet svigter."

Mulighederne

Trods udfordringerne er det vigtigt at fremhæve de områder, hvor teknologien virkelig gør en forskel.

Jeg vil nævne tre eksempler, der viser, hvordan digitalisering kan styrke behandlingen for ældre kræftpatienter, når den bliver brugt rigtigt:

- **Videokonsultationer på Ærø:**

På Ærø har ældre kræftpatienter via skærmsamtaler fået lettere adgang til specialiseret behandling uden at skulle bruge timevis på transport. Her skaber teknologien nærhed på trods af fysisk afstand mellem de sundhedsprofessionelle og patienten.

- **PRO-data:**

Ved hjælp af en app kan kræftpatienter registrere deres symptomer hjemmefra, inden de møder på hospitalet. Det sparer tid for både patienter og sundhedsprofessionelle og sikrer, at samtalen på hospitalet er målrettet patientens aktuelle behov.

- **TelePal-plattformen:**

Til palliativ behandling giver TelePal ældre kræftpatienter og deres pårørende mulighed for daglig kontakt med sundhedsprofessionelle via beskeder og videoopkald. Det er med til at skabe øget tryghed og bedre samarbejde på tværs af sektorerne – og gør livets sidste fase en lille smule mere overskuelig.

Disse eksempler viser de muligheder, som teknologien rummer.

En stærk stemme for omsorg og værdighed

I Dansk Sygeplejeråd arbejder vi for, at teknologi skal forbedre sundhedsvæsenet: Kvalitet og patientsikkerhed skal være et kriterie, når nye teknologier udvikles, udvælges og implementeres.

Relationer og omsorg er bærende elementer i sygeplejen og skal derfor prioriteres i et samspil med nye teknologier. Det er vigtigt, at teknologi bidrager til at højne kvaliteten af sygepleje. Det er en af vores 10 anbefalinger til udviklingen af teknologi som en del af fremtidens sygepleje.

Vores anbefalinger er klare:

Teknologi skal sikre lige adgang til sundhedsydelser, og de, der ikke kan bruge digitale løsninger, skal have adgang til hjælp på andre måder. Det er afgørende, at vi som sundhedsprofessionelle sikrer, at teknologiske løsninger understøtter patienternes værdighed, sikkerhed og rettigheder.

Samtidig er det vores ansvar som sygeplejersker at være med til at forme udviklingen. Vi skal være stærkt repræsenteret i beslutninger om teknologi og sundhed, både på det nationale niveau og i vores daglige praksis.

Det digitale sundhedsvæsen skal udvikles og implementeres i tæt samarbejde med os, vores tværfaglige kollegaer og ikke mindst patienterne. Kun på den måde sikrer vi os, at vi udfolder digitaliseringens potentiale og sammen udvikler løsninger til gavn for patienterne.

Derfor har vi i Dansk Sygeplejeråd også skabt en professionsstrategi, der blandt andet sætter en ambitiøs retning for, hvordan sygepleje og teknologi kan gå hånd i hånd.

Teknologi – en del af fremtidens sygepleje

Når vi taler om det digitale sundhedsvæsen, skal vi sikre, at det er patienterne og borgernes behov for sygepleje og behandling, der er i fokus.

Ligesom vi ved, at patienter oplever sygdom forskelligt, vil de også opleve digital sygepleje forskelligt. For den ældre kræftpatient kan de rigtige digitale løsninger skabe frihed, fleksibilitet og øget livskvalitet. Men det kan også være det stik modsatte.

Derfor skal der være andre end digitale sundhedstilbud til de patienter og borgere, der ikke formår eller ønsker at anvende de digitale sundhedstilbud.

Digitalisering skal ikke gøre sundhedsvæsenet mere distanceret – det skal bringe os tættere på hinanden.

Lad os sammen sikre, at teknologien bliver til gavn for de ældre kræftpatienter og for alle, der møder sundhedsvæsenet. For bag enhver skærm og hver digital løsning står der et menneske med unikke behov.

De er de mennesker, vi er her for.



Ernæring til ældre med kræft

Huston we (still) have a problem! Sådan startede oplægget, hvor ”ernæringsproblemet” underernæring blev pointeret. Kært barn har mange navne, underernæring omtales for tiden også som ”Det SORTE hul, det SORTE får, den STILLE død”... og I kender udmærket til problemet med underernæring under kræftsygdom. Desværre er det stadig et issue i år 2024, hvilket var det overordnede emne for dette oplæg på Landkurset for Kræftsygeplejersker.



Mette Theil

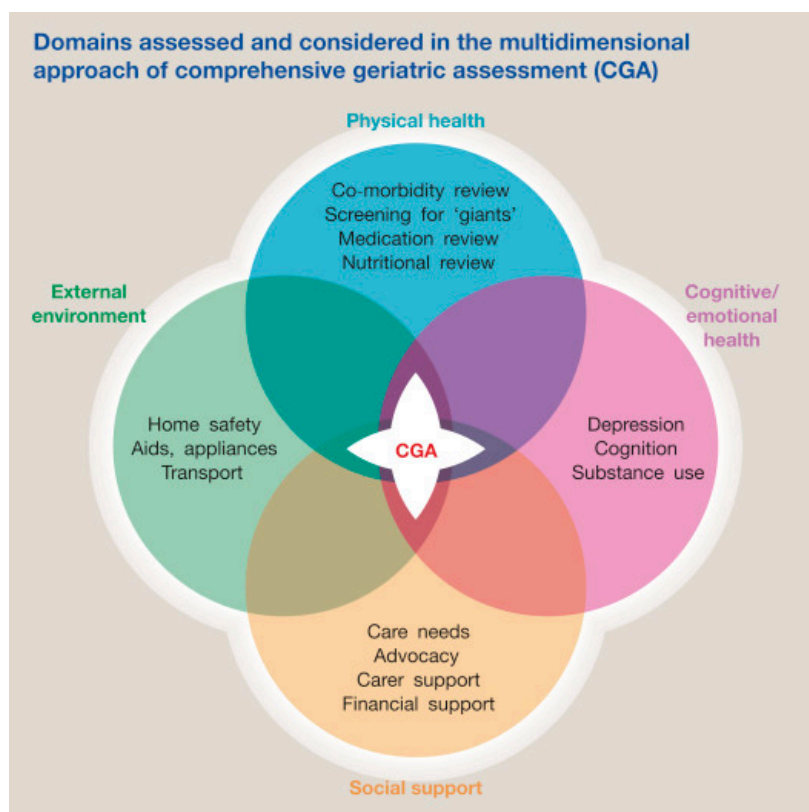
Stilling/uddannelse: Formand, MPH,
Klinisk Diætist
Arbejdssted: Fagligt selskab af Kliniske
Diætister, i Kost og Ernæringsforbundet
(Orlov fra Frederiksberg og Bispebjerg hospital)
E-mail: mp@diaetist.dk

Målgruppen ældre

Efter introduktionen af mig selv, og omkring håbet om, at underernæring får den opmærksomhed det bør, blev målgruppen ”de ældre” (forsøgt) defineret. De ældre er nemlig langt fra en homogen gruppe. Nogle er friske med højt funktionsniveau trods høj alder, andre meget svage på trods af, at de kun lige er fyldt 65 år. Vi har brug for at kunne helhedsvurdere, for at fastlægge behandlingsniveauet og hermed også for at planlægge den ernæringsindsats, der skal tilbydes under kræftbehandlingen. Til denne vurdering kan man anvende

metoden Comprehensive Geriatric Assessment CGR⁽¹⁾. Hvert domæne følges af en række diagnostiske test og vurderinger, der kan bruges til at træffe gode beslutninger omkring valg af behandling OG også fravalg af behandling.

Inden interventionerne igangsættes, anbefales det også at man scorer den ældre for skrøbelighed ud fra ”clinical frailty scale”⁽²⁾. Denne skala anvendes inden for geriatrien⁽²⁾. Hvis de ældres skrøbelighed er bedømt, vil man også bedre kunne vurdere, hvilken hjælp de har brug for, da vi godt ved, at **one size fit’s NO ONE**.



Figur 1 Comprehensive Geriatric Assessment⁽¹⁾.

CLINICAL FRAILITY SCALE

	1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM	Mennesker uden aktive symptomer på sygdom , men i mindre god form end kategori 1. Ofte motionerer de eller er meget aktive en gang imellem , f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT	Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer , selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de ikke regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne . En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme , og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (Instrumental Activities of Daily Living – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.

	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg , uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
	9	TERMINALT SYG	Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på mindre 6 måneder , som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

BEDØMMELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens. Typiske **symptomer ved mild demens** er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning.

Ved **moderat demens** er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved **svær demens** kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

Ved **meget svær demens** er man ofte sengeliggende. Mange er nærmest ophørt med at tale.



DALHOUSIE UNIVERSITY

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine-research.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.
Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kabel Nissen, University of Southern Denmark.

Figur 2. Illustration of the levels of frailty according to Clinical Frailty Scale. Rockwood Version I.2, 2009. Danish version 1, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kabel Nissen, University of Southern Denmark ⁽²⁾.

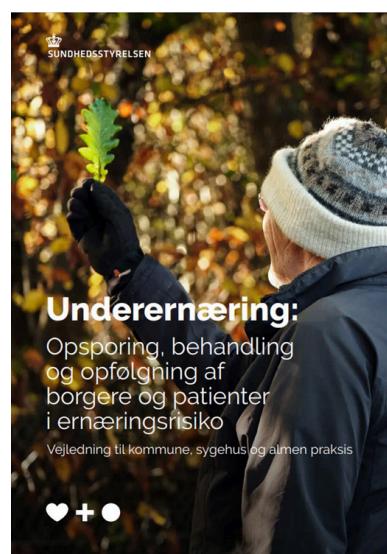
Demografien og de ældre

Ernæring til ældre med kræft er et relevant emne, da ca. halvdelen af danske patienter med kræft er 70 år+ på diagnosetidspunktet ⁽³⁾. Demografisk er der et stigende antal ældre i befolkningen og incidensen af kræft vil stige med mindst 32% frem til 2030 ⁽⁴⁾. Vi kan ikke undgå som sundhedsprofessionelle at skulle indstille os på at diagnosticere, behandle og pleje et stigende antal ældre patienter med kræft i fremtiden.

Sundhedsstyrelsens vejledning

Hvordan tilgår vi så problemet med underernæring? I 2022 udkom Sundhedsstyrelsen med en vejledning omkring underernæring, hvilken er en enorm brugbar vejledning ⁽⁵⁾. Det er ikke blot et dokument med fokus på problemet, men også en vejledning, der viser trin for trin, hvordan tilgangen til opspor-

gen, behandlingen og opfølgningen bør være og endda også af, hvem der bør gøre det. Det er en ambitiøs vejledning og opgaven, hvis den skal gøres som der angives, er tidskrævende, ressourcetung og kræver et tættere tværfagligt samarbejde. Derfor skal området tildeles al den opmærksomhed, og de ressourcer og fagligheder som der faktisk er behov for. Denne vejledning viser reelt, hvad der skal gøres for, at vi finder patienterne i risiko, og hvordan vi kan nå at gøre en indsats i tide, så det gavner. Vi ved jo desværre, at flowdiagrammerne ikke følges præcist i praksis, for så skulle der anlægges sonder på 4. dagen, hos de indlagte som ikke fik opfyldt deres ernæringsbehov. Det sker ikke systematisk. Disse flowcharts følges ikke ligesom vi følger andre flowcharts indenfor programmer for fx operationer og medicinindgift.



Fra vejledningen ønsker jeg også at fremhæve, at der er en god definition af, hvordan man kan stille diagnosen underernæring: Her skal man huske

både at se på personens fænotype = de fysiske tegn i relation til underernæringen. Det er fx hvor stort vægttabet er og kropssammensætningen hos den ældre. Dertil skal man se på ætiologien = årsagen til vægttabet. Det er fx kræftsygdommen og det heraf påvirkede kostindtag. Jeg vil helt klart opfordre til, at I går ombord i vejledningen, og begynder følge den systematisk. Det vil kunne løfte området betydeligt på sigt, også selv om I kun ser en lille del af indsatsen og ikke ser effekten af det i jeres dagligdag.

Kræftguidelines

Ud over sundhedsstyrelsens vejledning omkring underernæring, findes der også andre konkrete praktiske guidelines vedrørende ernæring under kræftbehandling. Dem bør I også anvende i arbejdet med kræftbehandling. Guidelinen fastlægger eksempelvis, at energibehovet ligger på 25-30 kcal/ kg / dag og proteinbehovet er 1-1,5 g p/ kg/ dag. Årsagen er blandt andet, at der er øget CRP, og man skal også være opmærksom på den øget glukoneogenese og insulinresistensen ^(6, 7). Andre "call to action" pointer fra ekspertgrupper er følgende:

- Screen all patients with cancer for nutritional risk early in their course of care, regardless of BMI and weight history; regularly rescreen nutritional status.
- Increase nutrition assessment to include measures of anorexia, body composition, inflammatory biomarkers (e.g., Glasgow prognostic score), resting energy expenditure, and physical function.
- Use nutritional intervention with individualized plans, including care focused on increasing nutritional intake, decreasing inflammation and hypermetabolic stress, and increasing physical activity ⁽⁷⁾.

Vurdering af fysisk funktion og øgning af fysisk aktivitet er noget der kommer mere og mere fokus på i fremtiden, i relation til ernæringsindsatsen også. Så ambitionerne bliver ikke mindre,

faktisk mere og mere omfattende. Lad guidelines være en rettesnor i indsatsen, men naturligvis vil der være nogle justeringer der skal foretages i den praktiske virkelighed. I bund og grund handler det om at holde øje, sætte i gang, og følge op, og reagere på de negative ændringer.

Udfordringer relateret til de ældre

Årsagen til underernæring ved ældre er et komplekst område at få afdækket. Tyske forskere, Volkert et.al. ⁽⁸⁾, har udviklet en model som også kan anvendes til at dykke ned i determinanterne for underernæring, når det vedrører særligt de ældre. Årsagen til underernæring kan skyldes en risikofaktor, der kræver medicinsk behandling, men kan også være relateret til den mentale tilstand, der kan kræve behov for psykolog eller som omhandler et socialt element som fx ensomhed ⁽⁸⁾.

I den danske kontekst, er de udfordringer vi oftest vurderer hos dem med underernæring, de såkaldte Nutrition Impact Symptoms. De forkortes til "NIS" og på dansk er de kaldet: Kostbegrænsende faktorer ⁽⁵⁾. Følgende er typiske kostbegrænsende faktorer, også ved ældre med kræft:

- Dysfagi
- Mundtørhed
- Tandproblemer
- Lufthunger
- Smagsforandringer
- Anoreksi
- Kvalme
- Opkast
- Obstipation/Diarré
- Tidlig mæthed
- Depression
- Angst
- Spytproblemer

Diætister oplever, at der er mere fokus på disse kostbegrænsende faktorer, særligt når der samarbejdes i ernæringsteams. Disse ernæringsteams ser jeg fortrøstningsfuldt en større udbredelse af. Af gode eksempler på disse, kan jeg bl.a. fremhæve OUH hæmatologisk afdeling X, som har løftet kvaliteten i deres afdeling, ved at bringe tvær-

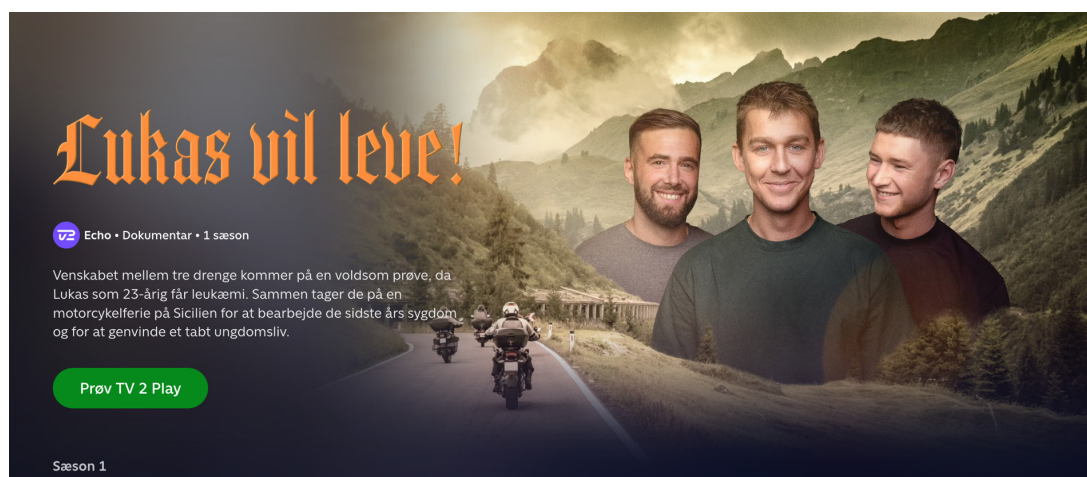
faglighed i spil i opgaveløsningen. De arbejder med en overbevisning om, at kvaliteten løftes ved at bringe flere faggrupper i spil. De ser at både patienter og medarbejdere oplever et kompetenceløft ved, at flere kompetencer bringes i spil, se [Rette-Kompetencer-til-Rette-Opgaver](#).

Fagforeningen Kost og Ernæringsforbundet og Danske Regioner har lavet et større projekt, se [regionaltarbejdsliv.dk/kost-og-dr-ernaeringsfaglige-i-det-regionale-sundhedsvaesen](#), som viser behovet for og hvordan ernæringsfaglige kan bruges. Her er gode cases, hvor også sygeplejersker udtaler sig omkring deres erfaringer med det. Måske det kan inspirere flere af jer?

Lukas vil leve

For nyligt er der lavet en dokumentarfilm, der hedder "Lukas vil leve!" som kan ses på TV2 Play [play.tv2.dk/lukas-vil-leve](#).

Serien handler om en ung mand på 23 år, som er igennem et kræftforløb. Der er fokus på de unges særlige venskab, der kommer på en hård prøve i dokumentaren, men jeg lægger mærke til at den unge kræftpatient siger, at han taber sig 20 kilo under forløbet. Det får mig til tastene! Kan det passe i 2024, at det stadig sker? Jeg får hul på kontakten til Lukas via instagram, og spørge ind til, hvad han oplevede der blev gjort eller ikke gjort i forbindelse med hans vægttab. Han har givet tilladelse til at jeg må sige dem videre og et af hans svar var, at han godt kunne bruge en "kontakt-diætist" ligesom han havde en kontakt-sygeplejerske, og at denne diætist fik lov til at følge ham tættere. Han siger også, at maden han fik, ikke passede til hans appetit, og maden blev serveret uappetitligt og sygeplejersker ofte gik med på hans kritik af maden, men der blev ikke gjort noget ved det. Jeg spurgte indtil om han fik sondeerernæring, men hans oplevelse var, at det blev "serveret" som noget der var absolut sidste løsning, og som kunne give en masse andre problemer. Så på trods af hans vægt raslede ned, blev det ikke brugt som en god løsning. Jeg fik mange



gode pointer omkring hans oplevelse af ernæringsindsatserne på de afdelinger han var på, og dem er jeg gået i videre dialog med ham om.

I sommers afsluttede jeg en Master of Public Health, hvor min afhandling var en "etnografisk undersøgelse af madens betydning for underernærede patienter i ernæringsbehandling". Her var nogle af mine fund også, at dem jeg interviewede, oplevede noget af det samme som Lukas fortæller om. Temaer som Usikkerhed, frustrationer, eget ansvar var til stede, og informanterne oplevede, at maden skaber fællesskab, men også en usikkerhed og frustration, hvis de ikke inddrages i dialogen om maden og ernæringsbehandlingen.

Mine informanter blev frustreret over der ikke rigtig blev gjort noget ved problemet, og at maden var forbundet med en masse både smerter, savn, identitet. De var meget sårbare i deres situationer, hvilket indikerer, at der er brug for en meget tæt og personlig tilgang til ernæringsindsatsen for at vi rammer omsorgsfuldt og effektivt.

ACTION

I min introduktion påpegede jeg underernæringsproblemet, men også at jeg var fyldt med håb omkring bedre samarbejde om patienternes ernæring: NU. Oplægget var ikke bare et oplæg om et emne, men en mulighed for, at vi kan skabe en god kontakt mellem os diætister og sygeplejersker – og få HANDET på det her emne. Forhå-

bentligt vedbliver det ikke at være det "sorte får".

Praktiske tips

Som afslutning på oplægget blev der vist links til "Småt men godt" cancer.dk/pjece-smaat-men-godt/, Kost og Cancer's hjemmeside kostogcancer.dk, hvor der er praktiske hverdagstips i forhold til at spise trods bivirkninger samt henvisninger til filmen om 9 tegn på underernæring vpt.dk/9-tegn-paa-underernæring.

Det er ofte en god hjælp til nogle patienter, med lidt håndgribeligt materiale. Det kan også hjælpe de pårørende på vej. Materiale er til inspiration, og må ikke opleves som en løftet pegefinger over hvad de må, bør og skal. For løftede pegefingre smager bare heller ikke så godt. Som Lukas på 23 år siger, og mange andre, skal vi huske den gode re-

lation og se mennesket bag diagnosen. Og vi som sundhedsfaglige skal tage ansvaret, når vi kan se, at de har brug for hjælp til deres ernæring. Uanset hvad de er indlagte med, og hvilken alder de har.

Take home points:

- Optimer deres ernæring
- Gør det tværfagligt så vi bruger hinandens kompetencer bedst
- Og følg op, så vi timer det korrekt, så vi undgår flere komplikationer
- Det kræver inddragelse af den enkelte og ofte også de pårørende, et hav af screeninger, vurderinger og justeringer
- Det kan ikke siges nok: Det kræver en masse rigtig tæt tværfagligt samarbejde
- We can do this!

REFERENCER

- 1) Stott, D.J, Quinn, T.J, Principles of rehabilitation of older people, Medicine in older adults, 2013; 41(1):1-4
- 2) Rockwood K, Song X, MacKnight C et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173(5):489-95.// Fournaise A, Nissen SK, Lauridsen JT, et al. Translation of the updated clinical frailty scale 2.0 into Danish and implications for cross-sectoral reliability. BMC Geriatr. 2021;21(1):1-3
- 3) Nye kræfttilfælde i Danmark 2018. <http://www.sundhedsdatastyrelsen.dk/>
- 4) Emertz M. et al. Trends in cancer in the elderly population in Denmark, 1980–2012. Acta Oncol, 2016; 55:(suppl 1):1-6
- 5) Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis. 2022
- 6) Muscaritoli, M. et al, ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in cancer. 2021; 40: 2898-2913
- 7) Arends, J. et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. Clinical nutrition. 2017; 36 (5): 1187-96
- 8) Volkert et al. Development of a Model on Determinants of Malnutrition in Aged Persons: A MaNuEL Project, Gerontology and Geriatric Medicine. 2019; 5:1-8

Delirium som endnu en byrde hos den kræftramte patient

Resume: Med udgangspunkt i en ”besværlig” patients oplevelse beskriver artiklen hvad delirium er, hvad der kan ligge til grund at delirium opstår, hvordan vi kan opdage, når det er til stede og hvilken tiltag der bør indtænkes, når patienten er deliøs.



Helle Svenningsen

Sygeplejerske, lektor, ph.d.
 Sygeplejerskeuddannelsen og Forskningscenter
 for sundhed og velfærdsteknologi
 VIA University College, Hedeager 2,
 8200 Aarhus N
HESV@via.dk
orcid.org/0000-0002-2180-2163
[Helle Svenningsen — UC Viden — Professions-
 højskolernes Videndatabase](#)

Den besværlige patient

”Sonden var en gren af en slags, som ville vokse fast ved hjælp af skud. Den ville sætte sig fast i min næse, mit halsrør mm, så jeg gjorde hvad jeg kunne for at trække den ud. Hvilket lykkedes mange gange. Sygeplejerskerne var rigtig trætte af mig kunne jeg mærke...”

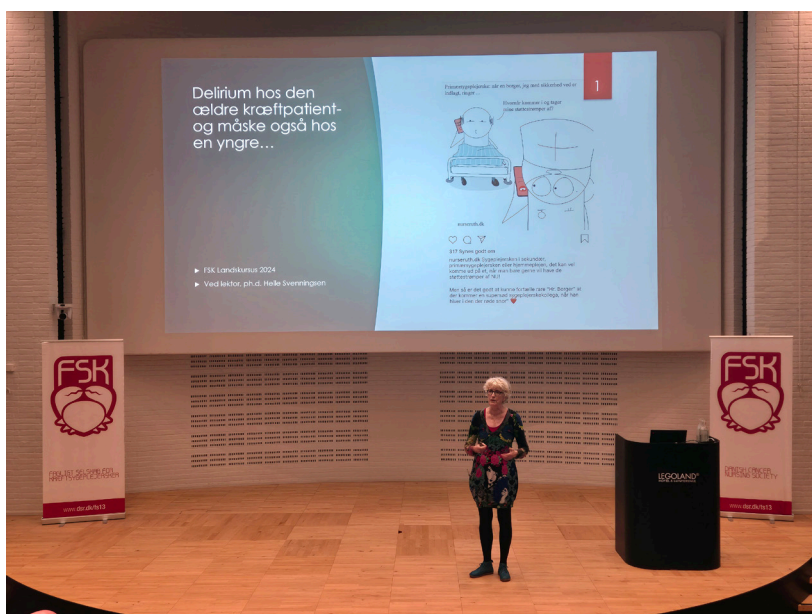
Hvordan kan en ellers helt normal patient reagere så u hensigtsmæssigt? Igen og igen trække den sonde ud, som skal sikre hende den vigtige ernæring? Hun gjorde det med vilje – men ikke for at være ”uartig” – men fordi hun ikke ville have at den voksede fast inde i hende. Hun kæmpede med andre ord for sin overlevelse på sin måde, og sygeplejerskerne der igen og igen anlagde sonden, kæmpede på deres måde. Deliriet, som patienten led af, klingede lige så stille af



i takt med at behandlingen for hendes grundsygdom begyndte at virke. Men oplevelsen sad i hende for bestandigt, fortalte hun til undertegnede mere end ½ år efter at hun var udskrevet og rask.

Hvad er delirium?

Delirium er en forstyrrelse i bevidstheden med nedsat klarhed og opmærksomhed på omgivelserne og med nedsat evne til at koncentrere sig, opretholde eller skifte opmærksomhed⁽¹⁾. Der vil ofte være en ændring i kognition som ses som fx hukommelsesbesvær, desorienteret-hed, sproglige forstyrrelser eller udvikling af ændret opfattelsesevne. Det udvikles over en kort periode (som regel timer til dage) og har en tendens til at variere i løbet af døgnet. Det skyldes en fysiologisk konsekvens, og kaldes også organisk delirium. En del oplever hallucinationer eller illusioner, men det er ikke et kardinalpunkt for om delirium er til stede. Delirium er altid en konsekvens af noget – og dermed også et tegn på at





"noget går den gale vej" for patienten. Hvis vi kan fjerne den udløsende årsag, kan vi også få deliriet til at forsvinde, om end det kan tage noget tid.

Hvorfor får patienter med kræft hyppigere delirium?

Delirium er meget hyppigt hos patienter med fremskreden kræft⁽²⁾. Det kan skyldes flere faktorer: akut sygdom, hypoksi, dehydrering, metaboliske forstyrrelser, nyre- eller leversvigt, medicin (fx steroider, opioider, eller psykoaktive lægemidler), forgiftning eller abstinenser (ved alkoholabstinens er der i stedet tale om delirium tremens, som har fysiologiske symptomer som hypertension, kraftig tremor mm. Denne tilstand beskrives ikke yderligere her). For patienter med kræft er mange af disse risikofaktorer uundgåelige. Delirium ses desuden ofte når døden er nært forestående.

Særligt disponerede for at udvikle delirium er: patienter med alvorlig somatisk sygdom, mange smerter, sygdomme i hjernen (fx hjernemetastaser, apopleksi eller demens), nedsat almen-tilstand og underernæring, nedsat syn eller hørelse, og generelt gælder jo højere alder, jo større risiko.

Hvordan opdager vi delirium?

Delirium kan se meget forskelligt ud fra patient til patient. En del vi være hyperaktive (som damen der trak sonderne ud) og der er man ofte ikke i tvivl om at noget er galt. Men hovedparten af patienterne med delirium er i hypo-aktivt delirium, hvor de fremstår tilbagetrukne, har forlænget reaktionstid, psykomotorisk hypoaktive, "sovende" eller apatiske. Oplevelsen af at være i delirium er ekstremt sjældent noget patienten selv er klar over, og slet ikke

noget der tales højt om. Delirium er som mange andre psykiatriske tilstande tabubelagt for langt de fleste. Så vi kan ikke forvente at patienten selv gør opmærksom på at der er noget anderledes end normalt. Derfor er det nødvendigt med en systematisk screening for delirium hos alle patienter i risikogruppen. Der findes en del redskaber der er oversat til dansk⁽³⁾. Flere af redskaber kræver at man har et forudgående kendskab (dage/uger) til patienten, mens andre inkluderer en test der kan hjælpe med at afgøre hvorvidt patienten har påvirket koncentration eller bevidsthed. Det ældste af redskaberne (CAM⁽⁴⁾) er blevet brugt en del. Vurderingen giver et dikotomi udfald (delirium eller ej), hvorimod flere af de nyere redskaber angiver i hvor høj grad en patient er delirøs. Her kan især anbefales at anvende 4AT⁽⁵⁾, som er velvalideret, oversat til dansk, gratis at anvende og kræver meget lidt oplæring, når først sygeplejersken har kendskab til hvad delirium er – og ikke er.

Ingen af redskaber kan sige mere om hvorfor en patient har delirium, ligesom et termometer heller ikke angiver hvorfor en patient har feber. Men begge dele bør lede til nysgerrighed hos personalet, og bestræbelser på at fjerne den eller de udløsende årsager når det er muligt.

Behandling

Den eneste valide behandling af delirium er at fjerne årsagen! Det vil desværre ikke altid være muligt, men omvendt må en kræftdiagnose, eller en palliativ tilstand ikke forhindre at vi forsøger. Terminalt delirium ses hos mere end 85%, og skyldes ikke sjældent den medicinske behandling. Men behandling af tilgrundliggende årsag kan betyde reversibilitet for op til 50%⁽⁶⁾. Og med tanke på at både patienter og pårørende oplever delirium som lidelsesfuldt, så bør vi gå langt for at fjerne de udløsende årsager. Lidelsen hos både patient og pårørende kan mindskes med oplysning/undervisning og den rette pleje: sanseoptimering, re-orientering, mobilisering, skærmning mm⁽⁷⁾.

Medicinsk er haloperidol det foretrukne stof til behandling, men generelt findes der ikke evidens for effekt at nogen medikamenter ⁽¹⁾. Tværtimod bør patientens medicinliste gennemgås, og

evt. seponering eller udtrapning overvejes i samarbejde med lægerne.

På Dansk Delirium Netværks hjemmeside ⁽⁸⁾ findes foldere til pårørende, plejepersonale i primærsektor, under-

visningsmateriale til alt personale, podcast og andet delirøst guld der kan hjælpe i en travl hverdag.

REFERENCER

1. NKR: Forebyggelse og behandling af organisk delirium [Internet]. [cited 2021 Jun 2]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/nkr-forebyggelse-og-behandling-af-organisk-delirium>
2. Delirium ved fremskreden kræft – Lægehåndbogen på sundhed.dk [Internet]. [cited 2024 Oct 14]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/kraeft/tilstande-og-sygdomme/palliativ-medicin/delirium/>
3. Svenningsen H, Larsen LK, Collet MO, Nielsen AH, Pedersen H. Redskaber til deliriumscreening. Ugeskriftet.dk [Internet]. 2024 Feb 19 [cited 2024 Nov 4];186. Available from: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/redskaber-til-deliriumscreening>
4. Villadsen B, Courier E, Stage CT. Confusion Assessment Method (CAM) til identifikation af delirium hos voksne, indlagte patienter (Klinisk retningslinje, kræft) [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 9]. Available from: http://www.dmcgpal.dk/files/kliniske-retningslinjer/delirium/dmcg%20pal_delircam_admin_godk300420.pdf
5. 4AT – RAPID CLINICAL TEST FOR DELIRIUM [Internet]. [cited 2024 Nov 4]. 4AT Dansk. Available from: <https://www.the4at.com/4at-dansk>
6. LeGrand SB. Delirium in Palliative Medicine: A Review. J Pain Symptom Manage. 2012;44(4):583–94.
7. Svenningsen H, Birgens AB. Delirium. In: Sigaard L, Birgens AB, editors. Kræft – klinik og sygepleje. 1. udgave. Roskilde: FADL; 2019. p. 328–35.
8. Danish Delirium Asso [Internet]. [cited 2023 Apr 18]. Dansk delirium Netværk. Available from: <https://www.danishdeliriumassociation.org>

Pligtoplysninger/Forkortet produktresumé

Verzenios® 50 mg, 100 mg og 150 mg filmovertrukne tabletter (abemaciclib)

Indikationsområde: Tidlig brystcancer: Verzenios i kombination med endokrin behandling er indiceret til adjuverende behandling af voksne patienter med hormonreceptor (HR)-positiv, human epidermal vækstfaktor receptor 2 (HER2)-negativ, tidlig brystcancer med positiv lymfeknude spredning med høj risiko for recidiv. Hos præ- eller perimenopausale kvinder bør den endokrine behandling med aromatasehæmmer kombineres med en luteiniserende hormon-frigivende hormon (LHRH) agonist. *Fremskreden eller metastatisk brystcancer:* Verzenios er indiceret til behandling af kvinder med lokalt fremskreden eller metastatisk HR-positiv, HER2-negativ brystcancer i kombination med en aromatasehæmmer eller fulvestrant som indledende endokrinbaseret behandling, eller hos kvinder, der har fået forudgående endokrin behandling. Hos præ- eller perimenopausale kvinder bør den endokrine behandling kombineres med en LHRH agonist.

Dosering: Behandlingen med Verzenios bør iværksættes og overvåges af læger med erfaring i brug af lægemidler mod cancer. *Verzenios i kombination med endokrin behandling:* Den anbefalede dosis er 150 mg abemaciclib to gange dagligt, når lægemidlet anvendes i kombination med endokrin behandling. Se den anbefalede dosering af den endokrine behandling i produktresuméet for det pågældende lægemiddel.

Varighed af behandling: *Tidlig brystcancer:* Verzenios skal tages kontinuert i to år eller indtil der opstår recidiv eller uacceptabel toksicitet. *Fremskreden eller metastatisk brystcancer:* Verzenios bør indtages kontinuert, så længe patienten opnår en klinisk fordel ved behandlingen, eller indtil der opstår uacceptabel toksicitet. Hvis patienten kaster op eller glemmer en dosis Verzenios, bør patienten instrueres i at tage den næste dosis på det sædvanlige tidspunkt. Patienten skal ikke tage en ekstra dosis. Verzenios er til oral anvendelse. Dosis kan tages med eller uden mad. Den bør ikke tages sammen med grapefrugt eller grapefrugtjuice. Patienterne bør tage doserne på omtrent samme tidspunkt hver dag.

Tabletten skal synkes hel (patienterne må ikke tygge, knuse eller dele tabletterne, inden de synker dem).

Bivirkninger: De hyppigst forekommende bivirkninger er diarré, infektioner, neutropeni, leukopeni, anæmi, træthed, kvalme, opkastning, alopeci og nedsat appetit. Af de mest almindelige bivirkninger var grad ≥ 3 hændelser mindre end 5 % med undtagelse af neutropeni, leukopeni og diarré.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Der blev rapporteret om neutropeni hos patienter, der fik abemaciclib, herunder neutropeni med feber (ikke-almindelig bivirkning). Det anbefales at justere dosis hos patienter, der udvikler grad 3 eller 4 neutropeni. Fatale hændelser med neutropeni sepsis forekom hos $<1\%$ af patienterne med metastatisk brystcancer. Patienter bør instrueres i, at de skal kontakte lægen i tilfælde af feber. Der blev rapporteret om højere forekomst af infektioner hos patienter, som fik abemaciclib. Der blev rapporteret om lungeinfektion uden samtidig neutropeni hos patienter, der fik abemaciclib. Fatale hændelser forekom hos $<1\%$ af patienterne med metastatisk brystcancer. Patienter skal monitoreres for tegn og symptomer på infektion og have passende medicinsk behandling. Erythema Multiforme og fotopsi er set hos $<1\%$ af patienterne. Fotopsi er set hos ILD/pneumonitis blev rapporteret hos patienter, der fik abemaciclib. Patienterne skal monitoreres for tegn og symptomer på ILD/pneumonitis og have passende medicinsk behandling. Venøse tromboemboliske hændelser er set hos patienter, der fik behandling med abemaciclib plus endokrin behandling. Patienter bør monitoreres for tegn og symptomer på dyb venetrombose og lungeemboli og have passende medicinsk behandling. Baseret på graden af VTE kan det være nødvendigt med dosisændring af abemaciclib. Der er set øget risiko for arterielle tromboemboliske hændelser (ATE), herunder myokardieinfarkt i metastatisk brystkræftstudier, hvor abemaciclib er givet i kombination med endokrine behandlinger. Fordele og risici ved fortsat behandling med abemaciclib hos patienter, der oplever alvorlig ATE, bør overvejes. Der blev rapporteret om stigning i ALAT og ASAT hos patienter, der fik abemaciclib, og det kan være nødvendigt at ændre abemaciclibdosen. Diarré er den mest almindelige bivirkning. Diarré kan være forbundet med dehydrering. Patienterne bør påbegynde behandling med lægemidler mod diarré, såsom loperamid, ved det første tegn på løs afføring, øge deres orale væskeindtag og kontakte deres læge. Det anbefales at justere dosis hos patienter, der får diarré $\geq$ grad 2. Samtidig brug af CYP3A4-induktorer bør undgås på grund af risikoen for nedsat virkning af abemaciclib. Der foreligger ingen data vedrørende abemaciclibs virkning og sikkerhed hos patienter med visceral krise. Bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactoseintolerans, total lactasemangel eller glucose/galactosemalabsorption. **Interaktioner:** Abemaciclib metaboliseres primært via CYP3A4. Samtidig administration af abemaciclib og CYP3A4-hæmmere kan øge plasmakonzentrationen af abemaciclib. Samtidig brug af stærke CYP3A4-hæmmere og abemaciclib bør undgås. Hvis samtidig administration af stærke CYP3A4-hæmmere er nødvendig, bør abemaciclibdosis reduceres, efterfulgt af nøje monitorering for toksicitet. Grapefrugt og grapefrugtjuice bør undgås. Dosisjustering er ikke nødvendig for patienter, som behandles med moderate eller svage CYP3A4 inhibitorer. Der skal dog monitoreres nøje for tegn på toksicitet. Samtidig brug af stærke CYP3A4-induktorer (inklusive, men ikke begrænset til: Carbamazepin, phenytoin, rifampicin og perikon) bør undgås på grund af risikoen for nedsat virkning af abemaciclib. Abemaciclib og dets aktive hovedmetabolitter hæmmer de renale transportører organisk kationstransporter 2 (OCT2), *multidrug and extrusion toxin protein* (MATE1) og MATE2-K. *In vivo*-interaktioner mellem abemaciclib og klinisk relevante substrater for disse transportører, såsom dofetilid eller kreatinin, kan forekomme. Med udgangspunkt i den *in vitro*-hæmning af P-glycoprotein (P-gp)-substrat og brystcancerresistent protein (BCRP), der er set med abemaciclib, kan der opstå *in vivo*-interaktioner mellem abemaciclib og substrater for disse transportører med snævert terapeutisk indeks, såsom digoxin eller dabigatranetexilat. Det er for nuværende ukendt, om abemaciclib kan reducere virkningen af hormonelle kontraceptiva med systemisk virkning, og derfor bør kvinder, der bruger hormonelle kontraceptiva med systemisk virkning, rådes til at supplere med en barrieremethode. **Fertilitet, graviditet og amning:** Kvinder i fertil alder skal anvende sikker kontraception (f.eks. dobbelt barrierekontraception) under behandlingen og i mindst 3 uger efter behandlingen. Der er ingen data fra anvendelse af abemaciclib til gravide. Det frarådes at anvende Verzenios under graviditeten og til kvinder i fertil alder, som ikke anvender kontraception. Det er ukendt, om abemaciclib udskilles i human mælk. Patienter, der får abemaciclib, bør ikke amme. Abemaciclibs virkning på fertiliteten hos mennesker kendes ikke. **Overdosering:** Træthed og diarré kan forekomme i tilfælde af overdosering af abemaciclib. Der bør gives almen understøttende behandling.

Lægemiddelformer: Filmovertrukken tablet

Pakningsstørrelser og priser: 50 mg, 28 tabletter. 100 mg, 28 tabletter. 150 mg, 28 tabletter. 150 mg, 56 tabletter. For dagsaktuel pris henvises til medicinpriser.dk

Udleveringsgruppe: BEGR

Tilskudsstatus: Ingen

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Holland.

Produktresuméet er omskrevet og forkortet i henhold til det produktresumé, som er godkendt af det Europæiske Lægemiddelagentur. Det fuldstændige produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos Eli Lilly Danmark A/S, Lyskær 3E, 2. tv., 2730 Herlev. Telefon: 45 26 60 00.

PP-AL-DK-0146

Verzenios er den første CDK 4/6 hæmmer der er indiceret til adjuverende behandling af patienter med HR+/HER2-, tidlig brystcancer med positiv lymfeknude spredning med høj risiko for recidiv.^{1,2,3}

Ved adjuverende behandling skal Verzenios tages kontinuerligt i to år.

Terapeutiske indikationer¹

Tidlig brystcancer: Verzenios i kombination med endokrin behandling er indiceret til adjuverende behandling af voksne patienter med hormonreceptor (HR)-positiv, human epidermal vækstfaktor receptor 2 (HER2)-negativ, tidlig brystcancer med positiv lymfeknude spredning med høj risiko for recidiv. Hos præ- eller perimenopausale kvinder bør den endokrine behandling med aromatasehæmmer kombineres med en luteiniserende hormonfrigivende hormon (LHRH) agonist.

Fremskreden eller metastatisk brystcancer: Verzenios er indiceret til behandling af kvinder med lokalt fremskreden eller metastatisk HR-positiv, HER2-negativ brystcancer i kombination med en aromatasehæmmer eller fulvestrant som indledende endokrinbaseret behandling, eller hos kvinder, der har fået forudgående endokrin behandling. Hos præ- eller perimenopausale kvinder bør den endokrine behandling kombineres med en LHRH agonist.

Ønsker du at blive informeret om ledelsesgodkendte møder og webinarer samt modtage nyheder om vores lægemidler, så scan QR-koden og registrér dig.



Referencer:

1. Verzenios (abemaciclib) SPC
2. Ibrance (palbociclib) SPC
3. Kisqali (ribociclib) SPC

Eli Lilly Danmark A/S
Lyskær 3E, 2. tv
DK-2730 Herlev Danmark

PP-AL-DK-0151 01.12.2024
© 2025 Eli Lilly and Company. All rights reserved.
Lilly and Verzenios® are registered trademarks of Eli Lilly and Company.

Den oversete seksualitet hos ældre med hæmatologisk kræft



Andrea Lange

Sygeplejerske og Cand. Scient. San.
Afdeling for kræftbehandling,
Klinik 4 – Herlev og Gentofte Hospital
Andrea.lange.01@regionh.dk



Melissa Street Chamberlin

Bioanalytiker og Cand. Scient. San.
Afdeling for blodsygdomme,
Klinisk forskningsenhed – Rigshospitalet
Melissa.street.chamberlin@regionh.dk

Seksualitet er en vigtig del af livet. I takt med, at vi lever længere og med et bedre helbred, er seksualitet også en del af alderdommen. Når vi rammes af kræft, er seksuel dysfunktion dog en uundgåelig bivirkning til behandling, som vi ikke taler tilstrækkeligt om. For at understøtte patienters livskvalitet under og efter et kræftforløb, er det derfor vigtigt at sætte seksualitet på dagsordenen.

Seksuel sundhed hos ældre

Denne artikel tager udgangspunkt i et kandidatspeciale, der undersøgte seksuel sundhed (se boks 1) hos ældre med hæmatologisk kræft. Ud fra spørgeskemabesvarelser fra 201 ældre fik vi indblik i seksuel sundhed, seksuel funktion, livskvalitet og seksuel belastning relateret til sygdom og behandling. Når vi taler om ældre, er det i henhold til Sundhedsstyrelsen definition personer ≥ 65 år.

Seksualitet er en vigtig del af livet. En opgørelse viser, at henholdsvis 89 % af ældre danske mænd og 78 % af ældre danske kvinder er seksuelt aktive⁽¹⁾. Forskning har vist, at et velfungerende seksualliv øger livskvalitet og sygdomsmestring. Det er derfor vigtigt at håndtere patienters seksuelle problemer for at understøtte livskvalitet under og efter behandling⁽²⁾. At seksualitet har betydning for livskvalitet, kunne

bekræftes i vores studie, hvor vi så en sammenhæng mellem seksuel aktivitet og selvrapporteret livskvalitet. Den patientgruppe, der var mest seksuelt aktive, havde den bedste livskvalitet, mens dem der var mindst seksuelt aktive, havde den dårligste livskvalitet.

Seksuelle udfordringer hos ældre

Ældre er potentielt sårbare overfor seksuel dysfunktion, idet fysiologiske aldersbetingede forandringer kan påvirke både seksuel funktion og lyst⁽³⁾. Efter menopause kan kvinder opleve vaginal tørhed, smerter ved samleje og lystproblemer. Mænd kan efter andropausen få rejsningsbesvær og svære ved at opnå orgasme. Hos begge køn ændrer håret farve, huden ændrer struktur og muskelmassen reduceres, hvilket kan påvirke ens body image⁽³⁾. Hvis man oplever den aldrende krop som uattraktiv, kan dette føre til mindre lyst til intimitet⁽⁴⁾. Befolkningsundersøgelsen Projekt Sexus har vist, at andelen af mænd og kvinder med seksuel dysfunktion stiger med alderen. Henholdsvis 19-29 % af ældre mænd oplever rejsningsbesvær, mens 33-51 % af de ældre kvinder har seksuel dysfunktion⁽²⁾.

I tillæg hertil kan en række hyppigt forekommende kroniske sygdomme, såsom hypertension og diabetes, og behandling herfor, påvirke seksuel funktion⁽³⁾.

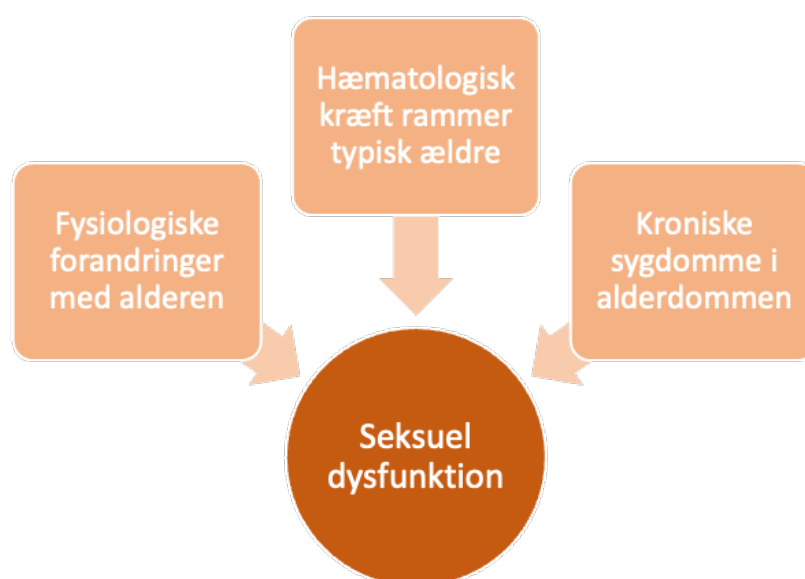
BOKS 1 – SEKSUEL SUNDHED:

“En tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social trivsel relateret til seksualitet. Det er ikke alene fraværet af sygdom, dysfunktion eller skramlighed. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, fri for tvang, diskrimination og vold”.

WHO, 2006

Når man oveni rammes af hæmatologisk kræft, hvor behandlingen er toksisk, kan en række bivirkninger føre til påvirket seksuel funktion, aktivitet, lyst og body image. I vores studie fandt vi, at 91 % mænd og 80 % kvinder rapporterede seksuel dysfunktion. Andelen med seksuel dysfunktion var altså større end i den danske befolkning, hvilket indikerer, at det at være ældre og have en kræftsygdom øger risikoen for seksuel dysfunktion, se figur 1. Desuden viste studiet, at mænd over 75 år havde rejsningsbesvær i højere grad end mænd i alderen 65-75 år. Dette kan skyldes, at andropausen indsætter omkring 75-års alderen, hvorefter de kliniske tegn på testosteronmangel opstår⁽³⁾. De ældste mænd kan altså også have behov for støtte til at håndtere seksuelle symptomer relateret til både alder og behandling.

Men er seksuel dysfunktion egentlig et problem? Det kan det tyde på, da deltagere i studiet angav at være seksuelt belastede. Seksuel belastning dækker over følelser som frustration, utilstrækkelighed og bekymringer relateret til seksualitet samt skyld og vrede over udfordringer med seksuallivet⁽⁵⁾.



Figur 1

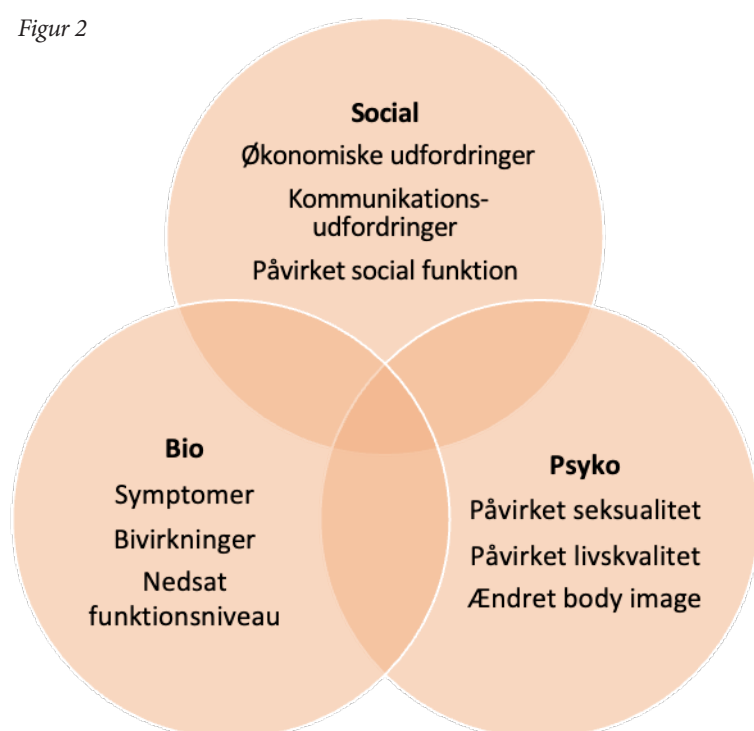
Sygdom og seksualitet

Påvirket seksualitet under og efter kræftbehandling er en underestimeret komplikation. Sygdomsmonitorering og behandling er ofte fokuseret på fysiske gener, mens de psykosociale gener er underprioriteret. Seksualitet kan anskues ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv, hvor disse tre faktorer påvirker hinanden dynamisk. Behandling for

hæmatologisk kræft kan give symptomer, der kan påvirke patientens seksualitet på alle tre faktorer⁽³⁾, se figur 2. Biologiske følger kan være udtørring af slimhinder, hvilket kan medføre vaginal tørhed og smerter ved samleje. Hos ældre mænd kan det påvirke testosteronkoncentrationen drastisk, hvilket kan føre til rejsningsbesvær. Generelt kan kræftbehandling give dårligere funktionsniveau og almen tilstand som tilsammen kan påvirke overskud og lyst til seksuelt samvær⁽⁶⁾. I studiet så vi faktisk, at de deltagere, der havde et højt funktionsniveau, havde mindre grad af seksuel dysfunktion.

Psyriske følger til sygdom og behandling kan være fatigue, bekymringer, angst, mindre livskvalitet og body image forandringer, der alle kan påvirke lysten til intimitet og sex negativt⁽⁷⁾. Sociale faktorer kan være bekymringer relateret til økonomi og livssituation. Alvorlig sygdom kan medføre rolleforandringer i familien og ændret ansvarsfordeling, hvilket kan give et identitetstab, som kan påvirke seksuallivet negativt⁽⁸⁾. En seksuel dysfunktion kan derfor ikke kun anskues som et kropsligt aspekt, men ligeledes et psykosocialt aspekt, der kan påvirke psyken, selvværdet og parforholdet⁽³⁾. Tidligere forskning og vores studie peger på, at seksuel dysfunktion kan forebygges el-

Figur 2



ler udskydes ved at være seksuelt aktiv. Vi så i studiet en sammenhæng mellem mindre grad af seksuel dysfunktion hos seksuelt aktive deltagere i forhold til seksuelt inaktive. Dette peger på, at der er behov for fokus på seksualitet og understøttende indsatser, så patienter kan bevare deres seksualitet uanset alder og sygdom.

Seksualitet på dagsordenen

Til trods for at sygdom og bivirkninger til behandling kan påvirke seksuallivet på flere parametre, bliver seksuelle symptomer i forbindelse med behandling ikke italesat i tilstrækkelig grad. I vores studie af ældre med hæmatologisk kræft svarede 93 % af deltagerne, at de ikke havde talt med en sundhedsprofessionel omkring seksuelle anliggender. Og hvorfor er det sådan?

Der hersker et to-vejs-tabu i sundhedsvæsenet, der får såvel sundhedsprofessionel som patient til at fortie emnet. For begge parter gælder, at man anser seksualitet som et privatanliggende og af frygt for at krænke den anden, undgår emnet. Barrierer hos den sundhedsprofessionelle er manglende viden om seksuelle symptomer og støttemuligheder. Derudover føler den sundhedsprofessionelle sig presset af tid og fysiske rammer, der ikke fordrer

private samtaler. Den ældre patient kan anse seksuel dysfunktion som udenfor kræftafdelingens ansvar og kompetenceområde og derfor fortie problemet⁽⁹⁾.

Desuden har vi som samfund en diskurs omkring ældre som asexuelle, til trods for at undersøgelser har vist, at ældre er seksuelt aktive⁽¹⁾. Derudover anses seksualitet som en sundhedsfaktor. Dermed kan seksualitet hos ældre og syge blive overset. Når vi ser patienten med disse briller, kan vi nemt glemme vigtigheden i at italesætte seksuelle

følger til sygdom og behandling på lige fod med øvrige bivirkninger. Dette gælder ikke kun ved kræft, men også andre sygdomme.

For at aftabuisere seksualitet bør der rutinemæssigt spørge ind til seksuelle symptomer på lige fod med andre bivirkninger til behandling. Allerede fra diagnosetidspunktet bør der informeres om de potentielle bivirkninger, der kan have betydning for seksualitet og samliv. Dermed skaber vi som sundhedsprofessionelle en åbning for, at

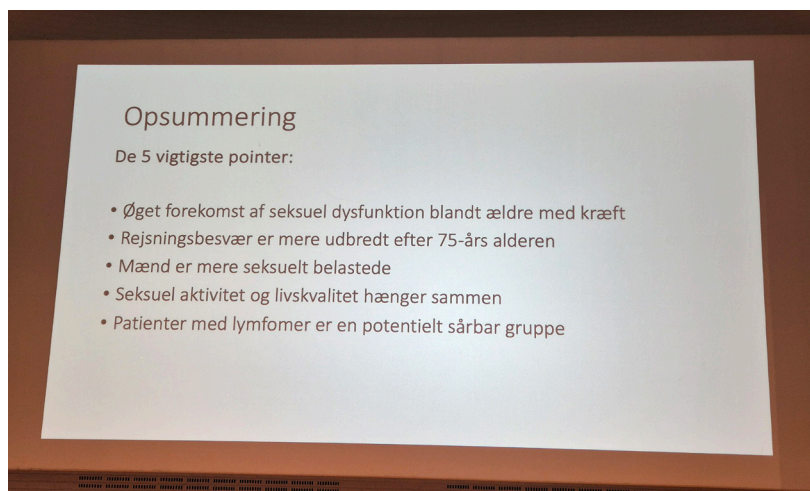


KILDER

1. Træen B, Štulhofer A, Janssen E, Carvalheira AA, Hald GM, Lange T, et al. Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries. Arch Sex Behav [Internet]. 2019;48(3):815–29. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1256-x>
2. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andersen JB, Graugaard C. Projekt SEXUS [Internet]. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet. 2019. 749–753 p. Available from: <https://www.projektsexus.dk/>
3. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Sexologi. 1st ed. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, editors. Munksgaard; 2019. 53–61, 279–298, 409–427, 429–433, 688–690 p.
4. Cameron E, Ward P, Mandville-Anstey SA, Coombs A. The female aging body: A systematic review of female perspectives on aging, health, and body image. J Women Aging [Internet]. 2019;31(1):3–17. Available from: <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1449586>
5. Derogatis LR, Revicki DA, Rosen RC, Jordan R, Lucas J, Spana C. Psychometric validation of the Female Sexual Distress Scale-Desire/Arousal/Orgasm. J Patient-Reported Outcomes [Internet]. 2021;5(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00359-1>
6. Thygesen KH, Schjødt I, Jarden M. The impact of hematopoietic stem cell transplantation on sexuality: A systematic review of the literature. Bone Marrow Transplant. 2012;47(5):716–24.
7. Tsatsou I, Mystakidou K, Panagou E, Adamakidou T, Kalemikarakis I, Vastardi M, et al. Sexuality and quality of life of patients with hematologic malignancy and hematopoietic stem cell transplantation: a critical review. J BUON. 2020;25(4):1693–706.
8. Tsatsou I, Mystakidou K, Adamakidou T, Konstantinidis T, Kalemikarakis I, Galanos A, et al. Sexual Function of Male Survivors of Hematological Malignancy Treated by Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Multicenter Controlled Observational Study. J Sex Marital Ther [Internet]. 2023;49(6):630–42. Available from: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2167756>
9. Traumer L, Jacobsen MH, Laursen BS. Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. Scand J Caring Sci. 2019;33(1):57–66.
10. Sommer C. Hjælp patienten til selv at handle. Dansk Sygepleje Råd. 2020.

patienterne kan søge hjælp og støtte til seksuelle dysfunktioner under og efter deres behandlingsforløb. Der findes konkrete samtaleværktøjer, der kan guide samtalen om seksuelle anliggender. PLISSIT er et værktøj, der kan bruges til åbent at spørge ind til seksuel sundhed, men også hjælpe til at identificere mere komplekse problemstillinger, hvor professionel hjælp er nødvendig⁽¹⁰⁾.

Det er vigtigt at klæde sundhedsprofessionelle på til vejledning omkring seksuelle dysfunktioner. Der skal fokus på, at den sundhedsprofessionelle får mere viden om seksuelle symptomer under et kræftforløb, og hvilke støttemuligheder der findes internt i afdelingen og eksternt. Dette kan være i form af kurser eller undervisning indenfor området, som bør tilbydes både nyuddannede og erfarne kræftsygeplejersker.



Der er begyndt at være mere fokus på seksualitet, men ifølge den seneste barometerundersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse er der stadig 77 % af patienter med behov for hjælp vedrørende

seksualitet og samliv, hvor dette behov ikke imødekommes. En start er at være åben og nysgerrig og huske på, at seksualitet ikke har en alder.

DR. WARMING CRITICAL CARE

Hudpleje til meget følsom,
skadet og strålebehandlet hud
samt intimgener.



Produceret i
Danmark
gennem mere
end 20 år

INDEHOLDER
KUN 4
INGREDIENSER



 [drwarming.dk](https://www.drwarming.dk)

Dr. Warming Critical Care kan købes på apoteket,
førende webshops og udvalgte helsekostbutikker.

Læs mere på [drwarming.dk](https://www.drwarming.dk)

NORDIC CONSUMER HEALTH DANMARK, CONSUMERHEALTH.DK

Karen-Marie Lillelund

Hvordan kan vi bruge humoren til at skabe arbejdsglæde



Vibse Bjerrum

Sygeplejerske for kræftområdet
Esbjerg Kommune

Dette års landsmøde, sluttede med Karen Marie Lillelund og jeg har fået en ret umulig opgave, at give et resume af hendes oplæg. Men hun skal opleves. Denne humørbombe gav 1 times uafbrudt grin, så man gik hjem med ondt i maven. For min skyld kunne man have hende hvert år.

Det er hendes mimik og måde at sige tingene på der er så humoristiske, at der er ikke ord for det. Jeg vil dog komme med lidt af hendes pointer.

Humor er det værktøj der hjælper os til at overleve, de svære tider. I travlheden glemmer vi humoren. Når vi skruer ned for kommunikationen mellem os, skruer vi ned for humoren. Der skal være plads til de sjove historier. Vi møder bump hver dag og hvis vi hver gang

skal lave en planche om det, så bliver det svært.

Derfor er det afgørende at vi genopretter tillid til at vi vil hinanden det godt, at folk gør deres bedste.

Vi afskaffer PYT knappen. PYT knappen er opfundet fordi jeres leder ikke gider høre på jeres frustrationer. Karen-Marie spørger: Hvem er jer her i salen har ikke været på kursus i at lære at sige Pyt (hele salen griner), nogle har måske endda skulle male på sten hvor de skrev PYT. Vi skal forstå at vi er skabt forskelligt, nogle ser det gode i alt, andre ser det der er galt. Men vi skal ikke evaluere alt i stykker, vi skal bruge vores humor. Den giver energi og humoren kan distrahere hjernen et øjeblik i en travl hverdag.



Så find de sjove historier frem, gerne med selvironi. Kommer der en kollega og fortæller noget sjov, så grin med, selv om du måske er presset af arbejdsopgaver. Lad være med at stjæle andres glæde og trække folk ned, bare et giv et lille "tøhø" et smil. Når mennesker prøver at få os til at le, prøver de at give os en pause. Humor er hjernes frikvarter, så tag imod når en kollega kommer og prøver at være humoristisk. Humor holder medarbejder robuste. Vi skal dele ud af vores overskud ellers kommer vi til at dele ud af vores underskud. Slut arbejdsdagen med et smil.

2 huskeregler

Man skal invitere til at man godt må grine af en. God humor er forbundet med varme. Det varmer andre mennesker op.

Hvis vi skal have det sjovere på arbejdspladsen, så gør noget selv.



Opfølgning på evaluering af Landskursus 2024

Tusind tak for de mange evalueringer vi har modtaget efter Landskursus 2024 på Hotel Legoland i Billund. På bestyrelsesmødet 27/11-24 har bestyrelsen gennemgået evalueringerne.

Overordnet er det det nogle meget flotte evalueringer I har givet. Dem siger vi mange tak for. Der er også kommet nogle kritikpunkter som vi i bestyrelsen har talt om.

Forplejning

Der var en del kritik af afholdelsen af frokosten, hvor der især fredag var meget lange køer ved de to buffeter. Vi forsøgte at optimere det til lørdagen ved at få opsat tre buffeter, men det løste ikke helt problematikken. Vi vil i samarbejde med vores kontakt på Hotel Legoland arbejde på, om frokosten kan afholdes på en alternativ måde. Det er i alles interesse, at vi ikke bruger vores tid på at stå i kø for til sidst at nå frem til tomme fade.

Lokation for Landskurset

Bestyrelsen har indgået en tre-årig kontrakt med hotel Legoland, hvilket vil sige at vi også de næste to år skal være i Billund. Dette valg skyldes, at vi med en sådan aftale har kunne få en meget fordelagtig, fast pris. Derudover er det tidsbesparende for bestyrelsen at være et sted vi kender og som kender os. Der er mange detaljer der skal på plads, men mange af dem løses lettere når vi er samme sted.

Kontrakten med Hotel Legoland går til og med 2026. Vi er derfor allerede nu i gang med at finde egnede steder til afholdelse af kurset. Der er mange krav der skal opfyldes. Både ift. antal af værelser, plads til udstillere samt en acceptabel pris. Vi er bevidst om, lokaliteten betyder meget for deltagerne. Men vi ved

også, at uanset hvor vi afholder Landskurset, så vil nogle synes det er let tilgængeligt, mens det er mere besværligt for andre. Men vi lover at lægge os i selen for at finde et godt sted til Landskursus 2027.

Firmaudstilling, posters, patientforeninger og SIG-grupper

Vi har fået positive tilbagemeldinger på at have delt udstillingen op, så der var kun var firmaudstillinger fredag. Lørdag var det posters, patientforeninger og SIG-grupper der kunne "besøges". Ved denne opdeling kom der mere tid til at besøge de enkelte udstillere. I bestyrelsen vil vi fortsat have fokus på at finpudse denne del af Landskurset.

Fremtidige emner til Landskurset

Der er kommet mange forslag og ønsker om fremtidige emner til Landskurset. Dem lægger vi "i idébanken". Nogle emner kan blive relevante til fremtidige landskurser, men vi vil også have forslagene in mente til temadag og som emner til temaer i "Fokus på Kræft og Sygepleje".

Vi er taknemmelige for, at I gav jer tid til at evaluere Landskurset. Det giver os inspiration til planlægningen fremover.





Evaluering/oplevelser i forbindelse med Landskurset 2024

Hvad synes I generelt om landskurset?

Det var et meget veltilrettelagt, fagligt inspirerende og underholdende Landkursus 2024 med temaet "Sygepleje til den ældre kræftpatient".

Hvilke oplæg har gjort mest indtryk på jer? Og hvorfor?

Der var rigtig mange, meget gode, lærerige og tankevækkende oplæg, og vi vil her blot nævne nogle få.

Det første oplæg om sårbarhed hos ældre gjorde et stort indtryk. Oplægsholder Dorthe Nielsen er professor i sårbarhed og viste imponerende dedikation til emnet, og det rørte os, at sårbarhed er en værdi, der forskes i.

Der blev sat fokus på, hvordan vi som sygeplejersker er med til at gøre den ældre patient sårbar på grund af kulturen i afdelingen og på grund af vores forforståelse og narrativer.

Men ja, der er en særlig sårbarhed på spil blandt ældre. Ældre har behov for respekt, omsorg og medmenneskelighed på lige fod med andre.

Oplægsholder Birgitte Grube havde et oplæg om den oversete sorg hos ældre. Meget spændende! Ældres sorg kan være overset på grund af vores sorgkultur. Vi siger og tænker for eksempel: "Han har jo alderen", "Det er jo naturens gang" osv. Men sorgen er ikke anderledes hos den ældre og en eventuel kompliceret sorg opdages måske ikke, men der gives istedet antidepressiv medicin. Undersøgelser viser, at der mangles kompetencer og handleplaner i både kommuner og på hospitaler i forhold til håndtering af sorg og kompliceret sorg.

Helle Svenningen havde et meget levende og praksisnært oplæg om delirium.

Vi blev bl.a. præsenteret for de tre D'er – delirium, demens og depression og for, hvordan man hos den

ældre patient kan skelne imellem disse. Vi stiftede også bekendtskab med Deliriumblomsten, som personalet kan udfylde sammen med de pårørende – som en hjælp til at møde og kommunikere med den delirøse patient.

Hvad har inspireret jer fagligt og hvilke budskaber tager I med hjem til jeres afdeling

Vi tager fra Landskurset med en større indsigt i sygeplejen til den ældre kræftpatient.

Mange af de tanker og dilemmaer vi kender fra vores afdeling blev italesat.

Vi har fået inspiration til at få fokus på dem sammen med vores kollegaer, i vores afdeling Stråleklíník Vest.

Vi tager også herfra med fyldte maver og gode grin.

Karen Marie Lillelunds oplæg "Humor som værktøj til arbejdsglæde" lærte os at selvhøjtidelighed er humorens værste fjende. Mens humor er intelligens der leger, og leg gør os glade.

Humor er hjernens frikvarter – og ikke det samme som positivitet og glæde!



Navn: Gitte Andersen og Gitte Bak Liljenberg
Stilling: Sygeplejersker og stråleterapeuter,
Stråleklíník Vest, RHG





Evaluering/oplevelser i forbindelse med Landskurset 2024

Hvad synes du generelt om landskurset?

Et fagligt inspirerende landskursus med en holistisk ramme om temaet:

'Sygepleje til den ældre kræftpatient'

Vores nysgerrighed på begrebet ældre og vores stigma blev vakt, til en forståelse for ældres sårbarhed. Hvordan screening af skrøbelighed hos ældre samt den ældres egne og netværkets ressourcer, kan sikre et bedre kræftforløb. Ligeledes afprøvet at ældre også har ressourcer til at samarbejde om at varetage egen hjemmebehandling.

Forståelse for at ældres sorg ikke skal bagatelliseres og fagfolk mangler viden til at skelne mellem naturlig og vedvarende sorg. Ligeledes at ældres seksualitet kan opleves som et 2-vejstabu og det fordrer behovsafdækning af de ældres seksuelle problemstillinger, som er af betydning for ældres livskvalitet. Identifikation af skrøbelige ældre som en tværfaglig indsats kan sikre bedre ernæring og kræftbehandlingsforløb. Viden om delir og redskaber til, hvordan vi identificerer og møder ældre med delir og deres pårørende.

Inspireret og fyldt med motivation for sygepleje til ældre sluttede Landskurset med at sætte fokus på vigtigheden af humor og hvor sundt det er at give, men også at modtage daglige "Thø hø" i mødet med hinanden.

Hvilke oplæg har gjort mest indtryk på dig?

Og hvorfor?

Er der en særlig sårbarhed på spil blandt ældre med kræft?

Dorthe S. Nielsen, Sygeplejerske, Professor i sårbarhed
Min forforståelse blev sat i spil, for der er jo noget om, at vi omtaler og ser anderledes på ældre. På min arbejdsplads er der en kultur i at bruge ordet sårbar,

men mener vi det samme, når vi taler om sårbarhed? Vi er gode til at identificere de ydre faktorer for sårbarhed som sundhedsprofessionelle og Dorthe S. Nielsen har en pointe i at: "Hvor ofte spørger vi den ældre om deres oplevede sårbarhed, og hvordan vi kan støtte dem?" Jeg er enig med Dorthe S. Nielsen, der pointerer, at vi ofte informerer de ældre, om det vi som sundhedsprofessionelle har besluttet de skal vide, men kommer også til at gøre det uden at høre dem om, hvad der har betydning for dem. Det gjorde indtryk, at vi bevidst og ubevidst kan lave og dele narrativer om de ældre med dæmonisering, offerfortællinger og barnlig fortælling, hvor vi taler ned til den ældre eller primært henvender os til de pårørende. Det gjorde indtryk, at vi gør de ældre mere sårbare, når vi ikke er nysgerrige på deres sårbarhed. F.eks. deres behov for støtte af en psykolog, støtte til seksuelle problemer, behov for kontinuitet og faste rutiner.

Der er en særlig sårbarhed hos ældre og vi skal være nysgerrige på den. Vi skal være opmærksomme på vores egne fordomme og tale åbent om dem i en professionel kontekst. Nogle gange har vi brug for mere faglig viden, andre gange mere information fra patienten, nogle gange fra forskning, og andre gange det sanselige med reference til Kari Martinsen. Vi kan ikke altid fixe problemerne, men finde ud af den ældres livshistorie og forstå, hvorfor der ikke er compliance.

Hvilke budskaber tager du med hjem til din afdeling?

Fokus på vores egen kultur og narrativ om ældre. Være nysgerrige på livshistorien i mødet med ældre under og efter et kræftforløb, samt deres pårørende.

Fælles forståelse og indsatser f.eks. screening til identifikation af sårbarhed, skrøbelighed, frailty i

kræftforløb. Familiesygepleje med fokus på ældres behov støtte ift. sorg, seksualitet, ernæring og delir.

Fælles opfordring til at give og tage imod humor og grin – men starte ved sig selv 😊

Hvad har inspireret dig fagligt?

Agecare – Supportive care til den ældre patient og fam berørt af kræft

Karen Dieperink

Ældre med kræft er noget særligt, fordi de repræsenterer størstedelen med kræft og antallet er stigende. Der bliver forsket for lidt i, hvordan ældre reagerer på behandling, og der er store udfordringer.

Ældre med kræft har typisk komorbiditet, polyfarmaci og truet ernæringstilstand. De er i større risiko for funktionstab, depression, træthed/ fatigue, ensomhed og har sparsomme samt skrøbelige netværk med store krav.

Karen Dieperink kom med flere mulige screeningsredskaber til at vurdere den ældre med kræft: Fit – Vulnerable – Frail. Screening gør en forskel og kan have indflydelse på og betydning for behandlingen og overlevelse.

Den ældres perspektiv er vigtig, da behandling til ældre har fokus på livskvalitet, og om det giver mening, mere end det handler om overlevelse. Det kræver en holistisk tilgang til ældre og deres pårørende, for at undgå at blive ensom eks at få italesat sorgprocessen ved deres oplevelse af *tab af raskhed*.

Ældres behov

1. Ernæring og velbefindende
2. At mestre fysiske symptomer og bivirkninger
3. Efterspørger mindre information end yngre
4. Bor alene er en risikofaktor.

Her opridsede Karen Dieperink flere brugbare optimeringstiltag eks. få koordineret kontinuitet og færre hospitalsbesøg. Bedre kommunikation og omfavne alle aspekter af sygdommen eks. med geriater mhp. at sikre, at den ældre får maksimalt udbytte af behandlingen eks. farmaceuter til medicingennemgang.

Præ -Rehabilitering ved tidlig kontakt til kommunen om opstart af den ældres kræftforløb og kommunen skal tage kontakt. Det viser sig, at flere ældre slet ikke har fået kræftrehabilitering.

Patientinddragelse ved hjælp af Aktivt PRO skema, kan være gavnligt til at finde ud af, hvordan den ældre har det, og igangsætte en tidligere indsats ift. at kunne nå at gøre en indsats. Forventningsafstemning af forløbet med den ældre og deres pårørende. *"Hvad er vigtigt for dig, hvem er vigtig for dig og hvor meget er I villige til at investere i dette kræftforløb?"*



Navn: Irene Dyhrberg Andersen

Stilling: Sygeplejerske i Kræftrehabilitering



Evaluering/oplevelser i forbindelse med Landskurset 2024

Hvad synes du generelt om landskurset?

Jeg syntes overordnet det har været en af de bedste Landskursus i mange år og jeg har været med til mange 😊. Syntes det har været super at firma udstillere var om fredagen og patient foreninger samt SIG-grupper var om lørdagen. Vi i SIG-grupperne havde pludselig god tid til at gå på firma stande også. Det var super godt og ikke så stressende.

Meget bedre præsentation af posters – i stedet for de bare hængte på væggen.

Super gode oplæg, god forplejning og fint i fandt ud af to ”mad øer” var for lidt.

Dejligt at jeg som SIG gruppe medlem for en gangs skyld boede tæt på det hele. Ville være super fint kunne man tage hensyn til dette fremover.

Super med måden man kunne stille spørgsmål. Vi ste sig jo virkelig også folk fik stillet spørgsmål. Desværre var programmet presset så meget der ikke helt var tid til spørgsmålene. Men altid svært at kalkulere med.

Super god fredag aften. God mad og dejligt musik

Jeg kunne tænke mig næste år vi havde nogle flere 1-3 minutter med op at stå og bevæge sig lidt med gymnastik øvelser. Man bliver så stiv af at sidde så mange timer, hvilket vi ikke er vant til 😊. Jeg kan evt. stå for det 😊

Hvilke oplæg har gjort mest indtryk på dig?

Og hvorfor?

Sygepleje til den ældre kræft patient, ældre og sorg, Age Care. Delirium hos den ældre kræft pt.

Alt var så praksis nært og lige til at tage med hjem i afd. og arbejde videre med.

Alle virkelige gode oplægsholdere. Super inspirerende.

Hvilke budskaber tager du med hjem til din afdeling?

Rigtig mange gode ting vi måske allerede gør, men bliver lidt mere opmærksomme på HVAD vi gør ved og for patienterne.

Vente sorgen – de palliative patienter – hvordan kan vi støtte bedre op om dem, så de lever livet mens de har det med den bedst mulige livskvalitet.

Vi skal vide det er vigtigt hvad vi bidrager med på afd.

”Man skal forstå hvordan det er ikke at blive forstået for at forstå”

Hvad har inspireret dig fagligt?

Især den med man ofte bruger familie som tolke selvom vi godt ved de måske ikke oversætter alt som de skal.

Er vi som sygeplejersker med til at gøre pt. Mere sårbare? Interessant spørgsmål.

Den demoniserende fortælling, eksotiske fortælling, barnlige fortælling og offer fortællingen.

Geriatrisk vurdering GCA scoring.



Stilling: Kræft sygeplejersker og sexolog
Helle B. Krüger
Sønderborg

GENERALFORSAMLING 2024

Referat Generalforsamling for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker

Fredag den 7. november 2024 på Hotel Legoland i Billund.

1. **Valg af dirigent:** Louise Bregnhøj Mortensen
2. **Godkendelse af dagsorden:** Ja
3. **Valg af referent:** Helle Gyldenvang
4. **Valg af stemmetællere:** Stine K. Pedersen, Marianne Taarnborg, Birgit Longmose Jakobsen
5. **Bestyrelsens beretning findes på hjemmeside <https://dsr.dk/faglige-selskaber/kræftsygeplejersker/general-forsamling/> så alle medlemmer af FSK kan læse den inden landskursus 2024:** Gennemgang af bestyrelsens medlemmer og poster, og deltagelse i nationale- og internationale konferencer og temadage.

Næste temadag i FSK-regi bliver på Hotel Comwell Klarskovgaard i Korsør den 21. maj 2025, hvor emnet bliver ”Ulighed”, – så sæt kryds i kalenderen.
Helle M deltager i udarbejdelsen af Kræftplan 5.

6. **Forelæggelse og godkendelse af revideret regnskab. Regnskabet kan ligeledes findes på hjemmesiden under generalforsamling 2024 (se hjemmeside):** Gennemgang/Kommentarer til regnskabet i hovedtræk. Året udmunder i underskud på ca. kr. 80.000, - men foreningen har ca. 1,1 mill kr.
Temadagen til FSK-medlemmer er gratis, men DSR skal have administrationsgebyr, – derfor pris ca. 200,- (koster 1000,-).
Bestyrelsen har haft brug for at finde sammen som gruppe og et fælles stædet, derfor b.l.a. deltagelse i konferencer m.m. Der laves artikel til FSK-bladet efter hver deltagelse i konference/temadag. Der er ca. 700 medlemmer af FSK. Der er ikke tilkommet nye medlemmer på trods af kontingent nedsættelse. Gør gerne reklame for FSK ude i Afdelingerne.

7. **Forelæggelse af rammebudget for regnskabsåret (se hjemmeside):** Budget 2014-2025: Mindre indtægter pga. kontingent nedsættelse. Der skal altid stå kr. 650.000, – på kontoen, så der altid er penge til at betale landskursus (hvis det f.eks. skulle blive aflyst).

8. **Beslutning om størrelsen af kontingentet i det kommende regnskabsår:** Bestyrelsen foreslår at fastholde et kontingent på 200,- kr./år
Der vil fremad blive differenceret kontingent alt efter hvornår man melder sig ind i FSK på året.
 - Indmeldelse i perioden 1. juli – 31. december (1. og 2. kvartal af regnskabsåret) koster 200,-
 - Indmeldelse i perioden 1. januar – 31. marts (3. kvartal af regnskabsåret) koster 100,-
 - Indmeldelse i perioden 1. april – 30. juni, som i dag uden beregning
 Afstemning: Forslag godkendt.



9. Indkomne forslag (er udsendt):

- A) Ny overskrift, og underpunkter er essens fra tidligere punkter. Bestyrelsen har haft en konsulent i arbejde med at blive sammentømret og tale sig frem til forslaget. Tanken bag er, at vi nærer kærlighed til hinanden og vores fag. Bestyrelsens forståelse af *Nære* forstået som "at give næring til", så noget, der allerede er der, vokser.

At nære kærlighed til kræftsygeplejen

Ved at

- Arrangere faglige kurser/temadage for selskabets medlemmer på tværs af specialer og sektorer.
- Deltage aktivt i samarbejdet omkring specialuddannelse, politiske initiativer, faglige konferencer i ind- og udland mm.
- Give selskabets medlemmer økonomisk støtte til kurser, konferencer mm.
- Give støtte og sparring til selskabets særlige interessegrupper
- Gøre kræftsygeplejen synlig i offentlige debatter
- Være aktiv i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde inden for pleje, behandling og forskning

Så

- Kompetencerne for sygeplejersker der arbejder med mennesker med kræft ajourføres og videreudvikles.
- Fagligt netværk og kollegialt sammenhold styrkes blandt selskabets medlemmer.
- Kærligheden fremmes og mennesker med kræft oplever kompetente og omsorgsfulde sygeplejersker

Drøftelse: Er ordet "Kærlighed" det rigtige i en professionel sammenhæng? Er vi tilbage til kalds-tankens? Kan det afskrække nogen, kan det virke ufagligt, mindre professionelt?

Vil vi godkende forslaget med sætningen *At nære kærlighed til kræftsygeplejen?*

Afstemning: Forslag ikke godkendt.

- B) Derudover stiller bestyrelsen et ændringsforslag til §7 stk 2., da "Sygeplejersken" ikke længere vil trykke indkaldelsen til Generalforsamling:

Generalforsamlingen afholdes en gang årligt. Indkaldelsen sker med mindst 14 dages varsel via mail og på hjemmesiden under generalforsamling.

Afstemning: Forslaget godkendt.

10. **Valg af bestyrelsen, kandidater som genopstiller** (kan læses på hjemmesiden under Generalforsamling) 2024: Charlotte Petersen (Odense), Christina Thagaard Wilhelmsen (Odense), Mona Gundlach (Rigshospitalet). Alle 3 er genvalgt.

11. **Valg af suppleanter:** Ingen

12. **Valg af revisor:** Via DSR

13. **Evt.:**

- Forslag fra salen om frikøb af bestyrelsesmedlemmer. Bestyrelsen mener ikke selv, at det er en forsvarlig måde at anvende foreningens penge på, men er ofte i dialog med DSR om frikøb betalt af DSR. I Norge er bestyrelsesarbejdet lønnet og frikøbt.
- Stor anerkendelse og applaus til bestyrelsen for deres store arbejde



Konstituering af bestyrelsen i Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker 2024/2025

Efter generalforsamlingen i november, har bestyrelsen 27/11-24 konstitueret sig som følger:



Helle Mathiasson:
Formand og SoMe-ansvarlig



Mona Gundlach:
Næstformand, redaktør og Web-ansvarlig, repræsentant i
specialuddannelsesrådet for specialuddannelsen.



Carsten Rye Gregersen:
Kasserer, Nordisk ansvarlig



Mette Munk:
Kursussekretær



Malika Lynggaard Uth:
Sponsoransvarlig



Charlotte Edith Petersen:
SIG-ansvarlig, sponsor-bogs-ansvarlig, "lille" kursussekretær



Christina Thagaard Wilhelmsen:
Europæisk og international ansvarlig, merchandise-ansvarlig





Livet som ung kræftpatient med hjemmeboende børn

*Der findes forskellige tilbud til unge (18-39 år) med kræft.
Men hvis de unge har hjemmeboende børn – har de så andre behov end unge uden børn?*

Vi inviterede de unge voksne med hjemmeboende børn til feedbackmøde med deltagelse af tværfagligt personale. Læs her mere om de unge behov og prioriteringer.



Birgitte Bjerre

Kvalitetskoordinator, klinisk Onkologisk
Afdeling og Palliativ Enhed, SUH



Lise Bjerrum Thisted

Klinisk sygeplejespecialist, klinisk Onkologisk
Afdeling og Palliativ Enhed, SUH
Mail: liset@regionsjaelland.dk
Tlf.: 4732 5125



Mette Buur Bergmann

Sygeplejerske og Ungekoordinator for unge
med kræft, Hæmatologisk Afdeling, SUH
Mail: mberg@regionsjaelland.dk

Baggrund

I Region Sjælland får ca. 300 unge årligt kræft. Dertil er det en region, hvor der kan være betydelige transport afstande til de fleste tilbud i sundhedsvæsenet. (Region Sjælland, 2024)

I Region Sjælland har vi etableret et tilbud til unge med kræft ml. 18-39 år, som hedder Mod!Kræft. Det er et tilbud om netværk og fællesskab, hvor unge i kræftforløb kan møde andre unge i samme situation. Mod!Kræft er navngivet af de unge og hører fysisk til i en gammel villa, som ligger tæt på hospitalet i Roskilde. At møde lige-stillede, lave aktiviteter sammen med andre unge, giver mulighed for at ungelivet kan deles og at fokus på sygdom glemmes for en stund. Mod!Kræft er et regionalt tilbud organiseret på tværs af onkologisk og hæmatologisk afdeling og tager i mod alle unge i regionen, som er i og efter kræftbehandling.

Ved etableringen af Mod!Kræft i 2017 var kravet, at der også skulle etableres et ungepanel. Panelet er et forum, hvor unge i et kræftforløb på SUH sammen beslutter, hvad der er vigtigt at have fokus på fx aktiviteter, respons på patientinformationsmateriale mv.

I marts 2023 blev der nedsat en tværgående og tværfaglig unge arbejdsgruppe imellem Onkologisk og Hæmatologisk afdeling under ledelse af chefsygeplejerske Helle Gert Christensen, Onkologisk afdeling, SUH. For at kvalitetssikre indsatsen for unge i kræftforløb blev det aftalt at dette kvalitetsarbejde fokuserer på tre arbejdsområder iht. unge og kræft. Der blev etableret følgende arbejdsgrupper indenfor:

- Unge pakkeforløb – organisatoriske tværfaglige aftaler/opgaver
- Undervisning af personale om unge og kræft
- Støttetilbud/arrangementer for unge i kræftforløb

Der er ungeambassadører uddannet og ansat i afdelingerne, hvor der kommer unge i behandlingsforløb og som har samtaler med de unge, men vi var usikre på, hvilke støttetilbud de unge savnede og søgte inspiration hos andre. Derfor tog en arbejdsgruppe på studiebesøg i foråret 2023 til bl.a. Kræftværket ved Rigshospitalet. Med erfaringer fra Mod!Kræft og besøget i Kræftværket stod det klart herefter, at vi måtte undersøge nærmere, hvad de unge i

region Sjælland har brug for, hvorfor vi inviterede dem til et feedbackmøde.

Feedbackmøder – et anderledes fokusgruppeinterview

Feedbackmøder giver muligheden for at inddrage og interviewe patienter, imens personale lytter på. Inden feedbackmødet defineres formål og målgruppe. Herudfra udarbejdes invitationer, drejebog, interviewguide mv. Når lokalet skal findes, skal man være opmærksom på, at der skal være plads til at personale og patienter skal kunne sidde grupperet ved to forskellige borde, og at man skal kunne høre hinandens synspunkter. Rekruttering udføres iht. feedbackmødets formål og in- og eksklusionskriterier.

Det er primært patienterne, der fortæller om deres oplevelse og svarer på spørgsmål, der stilles ud fra en interviewguide med åbne spørgsmål. Under interviewet skrives pointer ned på post-it, som rubriceres under de forskellige udvalgte emner. Efter interviewet af patienterne 'åbnes' der for, at personalet kan fortælle, hvad de har hørt, og hvad der har gjort særlig indtryk på dem. Her er det vigtigt, at der ikke forklares eller

PRIORITEREDE POINTER FRA DE UNGE FRA FEEDBACK MØDER, REGION SJÆLLAND

- Mere guidning til, hvordan man håndterer arbejdslivet og at man skal holde kontakt til kolleger.
- Mere støtte til pårørende
- Det er givende at møde andre i samme situation som nogle af dem havde prøvet i Mod!kræft og på de ungestuer, der er indført i de onkologiske ambulatorier i Næstved.
- Der er ikke stor kendskab til tilbud andre end Mod!kræft. Bedre formidling og mere støtte til at tage kontakt, fordi det kan være svært at komme ind i et etableret netværk
- Oplysning om og evt. støtte af psykolog/sexolog – og husk det mentale efter afsluttet behandling incl. senfølger
- Læge/sygeplejerske skal bede om tilladelse til berøring inden fysisk undersøgelse
- Der skal sikres, at der gives vejledning om fertilitet tidligere i forløbet
- Udvælg de mest relevante pjecer – der er for mange
- I dialogen med personalet, skal vi huske at lytte og gøre informationen individuel
- Kontinuitet- samme læge/sygeplejerske og del gerne noget af og om dig selv – personcentreret

modargumenteres, men at man anerkender og genfortæller det man har lagt særlig mærke til patientgruppen har sagt og som måske har vækket en nysgerrighed. Derefter bliver patientgruppen bedt om at prioritere i deres egne udtalelser ud fra de nedskrevne post-it (pointerne). Hvad oplever patienterne, der er vigtigst at ændre? Hele feedbackmødet bliver afviklet under en skarp tidsstyring, så man kommer godt igennem hele processen. Et feedbackmøde tager typisk to timer. Efter et feedbackmøde er det afdelingens ledelse og de deltagende personalegrupper, som har til opgave at arbejde videre med de prioriterede emner.

Resultater fra feedbackmøder

Vi havde valgt at afholde to feedbackmøder i henholdsvis Næstved og i Roskilde, dels for at dække hele regionen iht. transportafstande, dels fordi kræftbehandlende afdelinger findes begge steder og sluttelig for at de unge kunne vælge for dem den bedst egnede dato og vi kunne få deltagelse af forskellige ledere, faggrupper mv. Ved rekruttering af deltagere afdækkede vi overordnet demografiske oplysninger ved selvudviklet kort spørgeskema med ikke person henførbare data fx data om bopælskommune og anvendelse af eksterne støttetilbud.

Feedbackmøderne blev afviklet i starten af foråret 2024. I alt deltog 11 unge voksne med kræft (10 kvinder og 1 mand). Gennemsnitsalderen var 35 år og der var bred repræsentation fra hele regionens kommuner. De unge voksne havde i gennemsnit 1,8 barn i alderen fra 3 år til 17 år og otte af dem boede sammen med partner. 12 sundhedspersonaler deltog i møderne og de bestod af læger, sygeplejersker, uddannede ungeambassadører samt ledelser fra hhv. onkologisk som hæmatologisk afsnit.

Under feedbackmødet drøftede de unge voksne emnerne: Hverdagsliv; familie og pårørende; at mødes med andre i samme situation; kropsforandringer; første møde med afdelingen; kontakt med personale og de unges uddannelse/arbejdsliv. Emner udvalgt iht. erfaringer fra ungepanelmøder og møder i Mod!Kræft.

Feedbackmødet blev afholdt i Kræftens Bekæmpelses lokaler i Næstved og i Mod!Kræfts lokaler i Roskilde. De unge var meget åbne, trygge og delte flere private oplevelser om intime og følsomme emner, som parforhold, seksualitet, frygt for tilbagefald mv. Det gjorde et stort indtryk på alle de deltagende personalegrupper.

Under hele mødet blev pointer samlet op. Afslutningsvis fik de unge mulighed for at prioritere. Disse prioriteringer under de overordnede emner udgjorde resultatet af feedbackmøderne.

Resultater fra feedback møder

Artiklens omfang gør vi ikke kan uddybe alle prioriterede pointer jf. tabel 1. og vi uddyber her nogle. Næsten alle unge havde flere i deres netværk, der havde hjulpet dem, men specielt forældrene havde haft stor betydning. Forældrene havde blandt andet hjulpet med at få hverdagen med børn til at hænge sammen samtidig med, at de var stor psykisk støtte og omsorg. Et andet fund var de unges viden om netværkstilbud målrettet unge. Ingen kendte til kommunens tilbud, mens næsten alle kendte til Ung Kræft og Kræftens Bekæmpelse, men de var knap halvdelen som benyttede sig af tilbuddene. De unge som brugte tilbuddene oplevede, at det var nemmere at snakke om svære ting og det mindskede oplevelsen af at være alene. Flere af de unge beskrev imidlertid, at det var svært at komme ind i et etableret netværk og efterlyste at blive "holdt i hånden" og taget med.

Andre unge havde nok i egne netværk og havde ikke et behov for at være en del af nye netværk. Det var en overraskelse for personalet, at ingen pegede på transport udfordringer, tidspunkt på dagen for arrangementer i Mod!Kræft eller pasning af børn som forhindringer i at deltage i netværk for unge med kræft. Tværtimod, hvis det var relevant og vigtigt oplæg/møde, så prioriterede de det. Det som primært manglede, var at få information om disse tilbud og blive hjulpet på vej. (Se i øvrigt tabel 1.)

De unge pegede også på, hvad skal bibeholdes og gav indblik i, hvor der var forbedringspotentiale i behandlingsforløbet. For eksempel: Udlevering af for mange pjecer. Der var et ønske om, at vi minimerede antallet og i højere grad guidede de unge til de rette pjecer, de kunne bruge i situationen.

Kropslige forandringer kan udfordre de unge, men vigtig er det at fagpersoner inden de undersøger/rører ved den unge at spørge om tilladelse.

I informationen pointerer de unge at de har brug for konkret/kontant viden, og siden vil de gerne tale med læge/spl. som ikke kun viser faglig professionalisme men også viser hvem de er som mennesker bag kitlen fx deler oplevelser eller noget om dem selv som fx jeg går også til styrketræning, jeg har også sovet dårlig i nat pga. min treårige. De unge står i en ny situation og er ikke bekendte med sundhedsvæsenets rammer og forventninger.

Metaforer blev hyppigt anvendt og idet metoden er gruppebaseret, inspirerer disse metaforer til flere synspunkter fra såvel de unge som personalet som interviewes fx som en ung deltager sagde: "Det er som et tog, man stiger på, som kører derudaf og man ved ikke, hvor lang togrejsen er".

Konklusion

Feedbackmøder med de unge voksne med børn gjorde uden tvivl et stort indtryk på det sundhedspersonale, der deltog og samtidig er det et yderst godt redskab til at få en patientgruppes feedback om deres oplevelse af møde med sundhedssystemet. Resultatet af feedbackmødet har medført der ikke er etableret nye lokale unge tilbud, men fokus er på mere systematiseret information og indsats med afsæt i en personcentreret indsats.

I de tre arbejdsgrupper er status i indgangen til 2025, at der er udgivet en personaleinstruks vedr. unge og kræft, som beskriver, hvordan vi mere systematisk og personcentreret skal tilgå de unge; informere de unge om støttetilbud; spørge om lov af røre og undersøge den unge mv.

For personalet er der afholdt temaeftermiddag med bl.a. oplæg fra Ung i Tale, og afdelingerne indgår også i nationale forskningsprojekter om unge og kræft (NAYA – [Network for AYA cancer research in Denmark – NAYAcare DK – DCCC – Danish Comprehensive Cancer Center](#)). Lokalt er alle afsnit i gang med at implementere instruksen, hvilket bl.a. også omfatter arbejdsangæftaler mellem sekretærer,

læger og sygeplejersker, booking af behandlinger til unge-spor, og flere unge ambassadører er under uddannelse og deltager i arrangementer som afholdes af Mod!Kræft. Mao. vi har netop på baggrund af de unges tilbagemeldinger ikke igangsat nye tiltag til dem, men i stedet for taget initiativ til at sikre os, at de unge præsenteres for de eksisterende tilbud systematisk.

Vi er langt fra færdige og arbejder videre, og vil bl.a. også bruge Mod!Kræfts ungepanel til at få forslag til videre indsatser, ligesom de unge er behjælpelige med at teste og tilrette fx velkomstbrevet, som de modtager ved indkaldelsen og før mødet med ungekoordinatoren i afdelingerne. Vi oplever det har stor værdi, hver gang de unge får en stemme.

Selv om vi som sundhedspersonale gør os umage for at inddrage og forstå patientens perspektiv, så vil der altid være risiko for, at vi bliver blinde for vores egen kliniske praksis. Det kan derfor varmt anbefales at benytte feedbackmøder, som metode om end, at det er ressourcekrævende at stable på benene, så er det hele arbejdet værd.

REFERENCER

[Feedbackmøder – Patientinddragelsesguiden \(regionh.dk\)](#)

[Uddannelsesanalyse 2024: Region Sjælland er en region i vækst – Region Sjælland – Vi er til for dig](#)

[Redskaber til mødet med unge kræftpatienter](#)

[Ung-i-tale Tjekliste.pdf](#)

Kræftens Bekæmpelse. At være ung og få kræft. En spørgeskemaundersøgelse af den unges behov og oplevelser under og efter sygdom og behandling. København 2015

Abbey Elsbernd, Kirsten A. Boisen, Maiken Hjermin, Carsten U. Niemann, Gitte Petersen, Helle Pappot, Lisa Lyngsie Hjalgrim. Developing age-appropriate supportive facilities, resources, and activities for adolescents and young adults (AYAs) with cancer across departments and diagnoses: a single center experience. Journal of Adolescent and Young Adult Oncology 2018, accepted

10th World Congress of the ERAS[®] SocietyERAS[®] Society

erascongress.com

September 18-20, 2024

Hotel IPV Palace
Malaga, Spain

Den 18. til 20. september 2024 var vi tre sygeplejersker fra DGCG (Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe) Sygeplejegruppen, der havde lejlighed til at deltage ved 10th World Congress of the ERAS[®] Society.

DGCG Sygeplejegruppen er en gruppe af sygeplejersker fra de højt specialiserede afdelinger i Danmark, der udreder og behandler gynækologisk kræft. DGCG Sygeplejegruppen har eksisteret siden 2011, hvor vi har arbejdet på at ensrette og kvalitetsudvikle sygeplejen til denne patientgruppe. Gruppens arbejde er i høj grad centreret omkring data, idet formålet med at danne gruppen i 2011 var at indgå i DGCD (Dansk Gynækologisk Cancer Database) som den første database i Danmark med sygeplejedata. DGCD er en kvalitetsdatabase under RKKP (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram).

DGCG Sygeplejegruppens formål

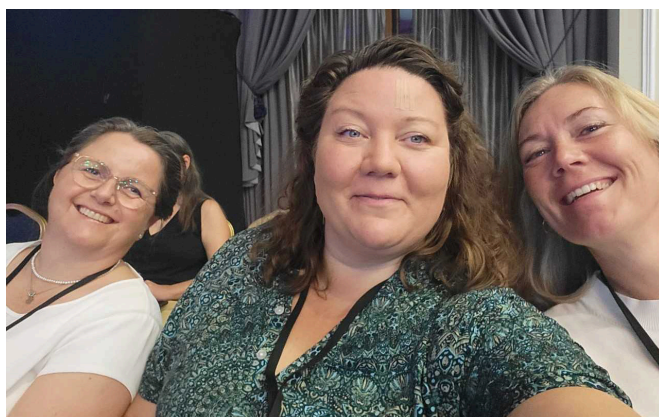
- ✚ At sikre en ensartet registrering af kvaliteten af pleje og behandling til kvinder opereret for gynækologisk cancer i Danmark for målrettet at kunne forbedre og udvikle disse patientforløb.
- ✚ På baggrund af data at bidrage til tværfaglig kvalitetsudvikling inden for pleje og behandling til patienter med gynækologisk kræft i Danmark.
- ✚ På baggrund af data at bidrage til kvalitetsudvikling af sygeplejen til patienter med gynækologisk cancer i Danmark.

- ✚ At inddrage patienter og pårørende i kvalitetsudvikling af sygeplejen til patienter med gynækologisk cancer i Danmark.

I DGCG Sygeplejegruppens arbejde bruger vi i stor udstrækning ERAS Guidelines som arbejdsredskab til at definere den gode pleje og behandling. Gruppen har vedholdende arbejdet på at implementere og fastholde ERAS komponenter både mono- og tværfagligt på tværs af afdelingerne i Danmark.

Dette arbejde var vi stolte af at kunne præsentere ved årets internationale ERAS konference. Udover at præsentere gruppens arbejde, fik vi også en masse inspiration til hvad der rører sig inden for ERAS feltet samt mulighed for networking både nationalt og internationalt, mono- og tværfagligt. Ved konferencen var der 421 deltagere fra 41 lande fra hele verden.

Over de 3 dage konferencen varede hørte vi utallige spændende oplæg. Her er et uddrag af hvad der var mest interessant for vores kliniske hverdag.



Jeanette Pedersen

Sygeplejerske,
Kvindesygdomme
og fødsler, Aarhus
Universitetshospital

Helle Hartmann Sørensen

Klinisk Sygeplejespecialist,
Gynækologisk Obstetrisk
Afdeling D, Odense
Universitetshospital

Sara Ravn Francis

Klinisk sygeplejespecialist,
Cand. Cur, Ph.D.,
Kvindesygdomme
og fødsler, Aarhus
Universitetshospital

Præhabilitering

At udvælge hvilke patienter der skal tilbydes dette er udfordrende. Dog overstiger gevinsterne ved indsatsen de ulemper der kan være ift forsinkelse af behandling og omkostninger ved præhabiliteringsindsatsen. Under præhabilitering er spændende emner som:

- Frailty (skrøbelighed)
- Ernæringsoptimering
- Træningsprogram
- Jernmangel og B12 vitamin mangel
- AI (Artificial Intelligence) til identificering af risiko patienter til præhabilitering

Forberedelse til operation

Der har siden ERAS blev introduceret været stor fokus på den præoperative forberedelse af patienter, da en god forberedelse har stor indflydelse på hvordan man kommer sig efter operation. Her fremhæves:

- Sip Til Send – patienten må drikke indtil de kaldes på operationsgangen (1 glas/time)
- Tarmudrensning inden operation – forskellige metoder samt for og imod

Den per- og postoperative fase havde ligeledes stort fokus og her kan fremhæves

- Ortostatisk intolerance
- Probiotika
- Har epidural analgesi for mange bivirkninger? Bør forskellige typer blokade foretrækkes?
- Fluid management
- Blood management

HVAD ER ERAS

ERAS (eng.: Enhanced Recovery After Surgery) er designet til at standardisere kirurgisk behandling, med sigte på at reducere det kirurgiske stress respons og hermed forbedre organfunktionen i relation til operation.

ERAS inkluderer flere komponenter, der tilsammen udgør en multimodal behandlingsstrategi præoperativt, intraoperativt og postoperativt.

Tilgangen til ERAS er multidisciplinær involverende anæstesilæger, kirurger, sygeplejersker og andre personalegrupper.



Sygeplejekultur

Sidst men bestemt fik vi et indblik i hvor forskellige vilkår vi har som sygeplejersker afhængig af hvor i verden vi arbejder. Mange afdelinger også fra europæiske lande har en ERAS koordinator ansat (ofte en sygeplejerske) idet den menige sygeplejerske ikke har tradition for at indgå i ERAS arbejdet. Vi kan i Danmark sætte pris på den indflydelse vi som almindelige sy-

geplejersker har på den enkelte patients forløb. Vi går fra konferencen med den opfattelse, at sygeplejersker på vores afdelinger ALLE er ERAS sygeplejersker.

I DGCG Sygeplejegruppen glæder vi os over, at vi har mandat til at sætte tonen og deltage aktivt i udviklingen af både behandling og pleje i en tværfaglig setting både lokalt i den enkelte afdeling men også nationalt til blandt andet auditmøder.



Konferencen for faglige selskaber, DASYS og DSR



Helle Mathiasson

Formand for Fagligt Selskab for
Kræftsygeplejersker.

Den 28. november 2024 deltog Carsten, Malika, Mette, Mona og Helle på monofaglig konference i Middelfart med Dansk Sygeplejeråd (DSR), DASYS – Dansk Sygepleje Selskab og de 34 andre faglige selskaber i Dansk Sygeplejeråd. Emnet er Sygeplejerskernes rolle i et transformerende sundhedsvæsen.

Dagens program stod på oplæg af bl.a. Dorthe Boe Danbjørg forkvinde i DSR om sygeplejerskernes rolle i et sundhedsvæsen under forandring.

Professor og Sociolog ved CBS Niels Åkerstrøm Andersen holdt et oplæg om hvordan man kan være i et sundhedsvæsen under konstant transfor-

mation. ”Hvis transformation er svaret, hvad er så spørgsmålet?”

Det var et rigtig godt og meget filosofisk oplæg. Han mente at vi som sygeplejersker fortsat skulle have blikket for vores patienter. Oprindeligt var det ikke godt med transformation. Kun guderne måtte forvandle sig. En god leder var en som stod fast og ikke transformerede sig. I dag er transformation uden endemål. Man skal give plads for den ukendte fremtids komme. Fortiden er uheldige bindinger. Nutiden er forkert pr. definition. Man skal være på vej til at blive noget andet end man er. Vi sø-



ger stabilitet gennem et konstant flow af dybdegående forandringer.

Vi hylder ifølge Niels Åkerstrøm forandring for det ukendte at tænke ud af boksen, disruption, at gøre op med det vi plejer og vi ynder at sige at vi lægger sporene mens toget kører.

Men når vi hylder dette, vil man også kunne se transformationens mørke side, som fastholder usikkerhed og ubestemthed, alt hvad der tidligere var og er er forkert. Erfaringer tæller ikke længere, heller ikke de faglige erfaringer, dvs. at vi får et system, der ikke kan høre, hvad vi erfare.

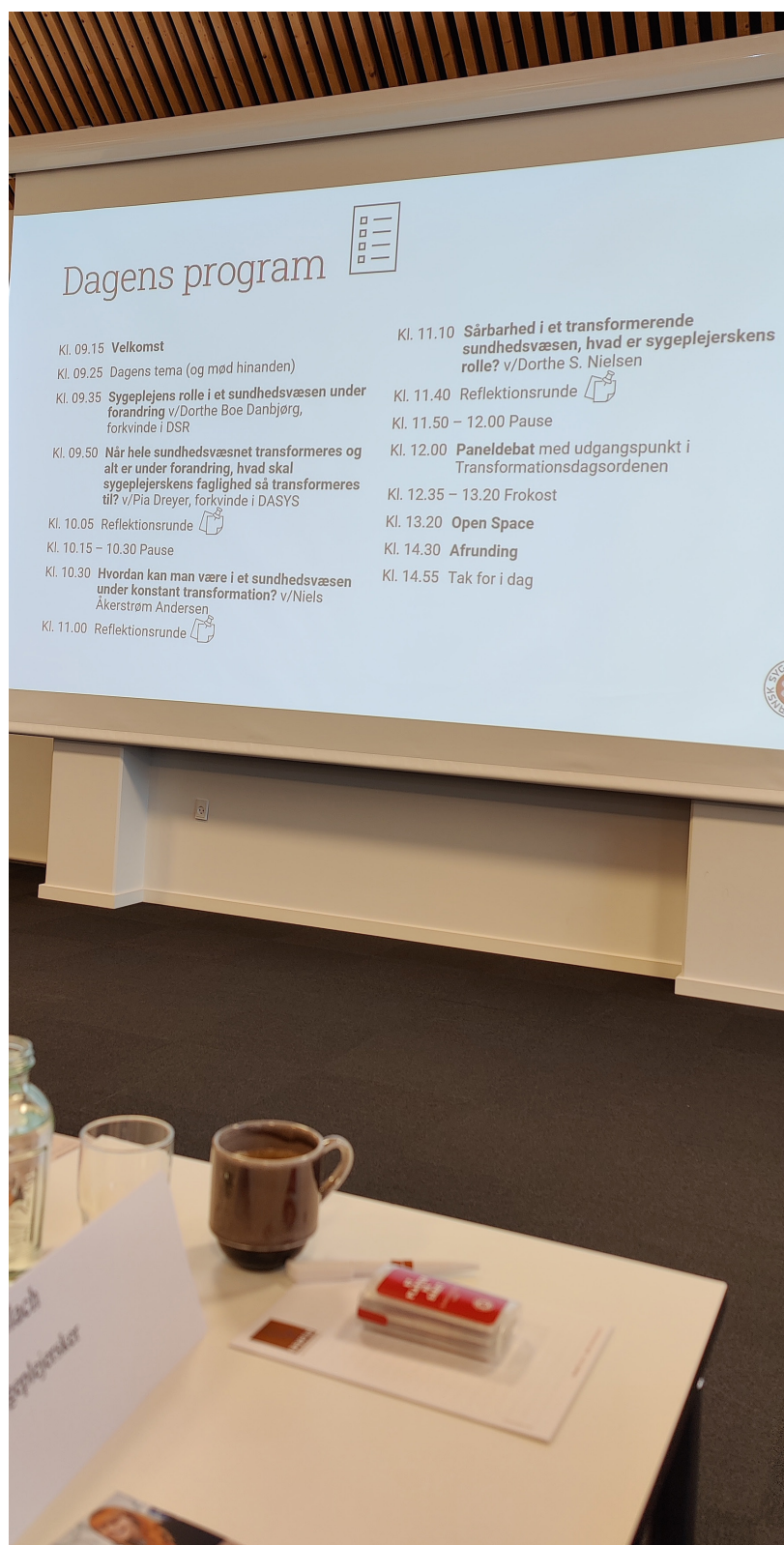
Dorthe Nielsen, sygeplejerske og Professor i sårbarhed, som også var med på vores Landskursus, holdt et oplæg om Sårbarhed i et transformerende sundhedsvæsen, hvad er sygeplejerskens rolle?

Ifølge Dorthe Nielsen er der behov for strategier, der sikrer, at udsatte patienter, modtager ligeværdig og målrettet pleje, uanset socioøkonomisk baggrund eller digitale færdigheder.

En vellykket transformation skal fokusere på at bevare relationel pleje, gennem tværfagligt samarbejde og balance mellem teknologi og menneskelige værdier.

Der er behov for målrettet støtte, opkvalificering og stærkt lederskab for at minimere sårbarheden og sikre høj kvalitet i plejen.

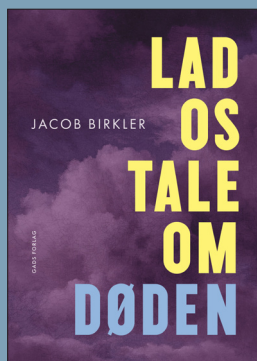
Mona Gundlach og jeg holdt en workshop om eftermiddagen om transformation i vores faglige selskab. Vi talte bl.a. om vores elektroniske fagblad Fokus på Kræft og Sygepleje og SoMe. Vi gjorde også reklame for vores seje SIG grupper, med blandt andet deres podcast og QR-koder. Det var sjovt at tale med de andre faglige selskaber om



hvordan de udgiver medlemsblade og bruger, eller ikke bruger, SoMe.

Det var en super spændende dag med gode diskussioner om sygeplejen anno 2024 og fremtiden.

BOGANMELDELSE

**Lad os tale om døden**
af Jacob Birkler

Antal sider: 153
Pris: 249,95 kr.
Udgiver: Gads Forlag
Udgivelsesår: 2024



Anmeldt af:
Sygeplejerske og klinisk vejleder, med sundhedsfaglig diplomuddannelse i Sundhedsformidling og klinisk uddannelse, Charlotte Holm Skov, ansat i Afsnit for Kvinde-sygdomme, AUH

”Lad os tale om døden”

Jacob Birkler, filosof med speciale i etik, er en rockstjerne og et fagligt idol, hvad angår udgivelser til gavn for alle mennesker.

Denne gang hitter han med bogen ”Lad os tale om døden”.

Døden er et livsvilkår for os alle, trods det finder mange samtalen om døden svær og tabubelagt.

Bogen udspringer af Jacob Birklers samvær med døende, deres pårørende og hans arbejde med forskning, formidling og rådgivning i sundhedsvæsenet.

Desuden indfrier han et gammelt løfte til en tibetansk munk, som ønskede, at Jacob Birkler skulle fortælle os, hvordan vi kan leve med døden, uden at livet bliver en kamp for dens udsættelse.

Det er præcis, hvad han gør igennem bogens seks kapitler.

Bogens formål er at give døden et sprog og derved gøre den mere omgængelig, så vi kan blive bedre til at håndtere, leve med og kvalificere samtalen om den.

Ideen er, at vi får ”liv i døden”, og måske kan samtaleens værdi føre til, at vi ændrer måden, vi lever på.

Jacob Birkler udfolder på filosofisk og videnskabelig vis alle tænkelige perspektiver på:

”Livet med døden” og ”døden i livet”.

Han kommer med referencer til de gamle tænkere, til forskning, maleriske metaforer og konkrete eksempler fra sit arbejde i sundhedsvæsenet.

Begreber som førstehjælp, næstehjælp, medmenneske, aktiv og passiv dødshjælp, er nogle blandt mange, der defineres og diskuteres.

Han fremhæver, at der er fokus på behandling, men ikke garanti for omsorg.

Jeg kan varmt anbefale bogen ikke kun til fagprofessionelle, men til alle, da den er livsbekræftende og inviterer til refleksion og omtanke.

Den kan med fordel anvendes på uddannelsen til den nye generation af sygeplejersker, så de er bedre rustet til ”livet med døden” i klinikken.

Bogen kan desuden være et input og give eftertænkning til den politiske debat om aktiv dødshjælp, som blomstrede op, efter statsministeren erklærede sig som fortalende for dette, på Folkemødet på Bornholm i 2023.

Jacob Birkler har ikke kun skrevet en banger, men en klassiker.



BOGANMELDELSE



Sårbarhed og aldring i et sygeplejersperspektiv
af Ben Farid Røjsgaard Nielsen og Lotte Evron
[red]

Antal sider: 248
Pris: 399,95 kr.
Udgiver: FADL's Forlag
Udgivelsesår: 2024



Anmeldt af:
Pernille Fastholm, sygeplejerske, cand.scient. san og klinisk sygeplejespecialist i Afdelingen for Kræftbehandling, Rigshospitalet.

Sårbarhed og aldring i et sygeplejersperspektiv

Ben Farid Røjsgaard Nielsen, sygeplejerske, cand. cur og Lotte Evron, sygeplejerske, ph.d – begge lektorer på København Professionshøjskole – er redaktører på bogen.

De har samlet en perlerække af dygtige og relevante forfattere; såvel forskere, undervisere og klinikere, som bidragsydere til bogens kapitler.

Formålet med bogen er at bidrage til større viden og forståelse af sårbarhed og aldring i relation til sygeplejen. Dette gør bogen på fin vis med en bred vifte af perspektiver på aldring lige fra ensomhed blandt ældre, migrantperspektiver, multisygdom samt LGBT+-perspektiver på mødet med sundhedsvæsenet mv.

Sundhedsvæsenet står overfor en stor udfordring med en voksende ældrebefolkning og en kompleks opgave i at møde disse borgere med fokus på individet. Her bidrager bogen med relevant viden til at styrke både sygeplejerskens kliniske beslutningstagning og kliniske lederskab i forhold til den ældre patient og borger.

Bogen belyser mangfoldigheden blandt de ældre med fokus på både sårbarhed, biologiske og psykosociale perspektiver og beskæftiger sig også med, hvordan aldersisme kan forebygges i sygeplejen og gør op med forestillingen om ældre som en homogen gruppe med fælles behov.

Bogen består af 15 kapitler, som er flankeret af cases og refleksionsspørgsmål, som hjælper læseren til at forholde sig refleksivt til det teoretiske indhold og overføre dette til klinisk praksis.

Bogen henvender sig både til sygeplejestuderende og sygeplejersker, der beskæftiger sig med ældre sårbare borgere og patienter i såvel det nære sundhedsvæsen som på hospitalerne.

Bogen er velskrevet og let tilgængelig. Den kan læses i helhed eller med fokus på udvalgte kapitler med særlig relevans for egen praksis.

Bogen kan varmt anbefales og bidrager med mange relevante pointer til et kvalificeret professionelt møde med sårbare ældre med alt, hvad dette indebærer.



FSK's bestyrelse 2023/2024



Formand og SoMe-ansvarlig

Helle Mathiasson

Afdelingen for Kræftbehandling
Stråleterapi, Herlev Hospital
E-mail: helle.mathiasson@regionh.dk



Næstformand, webansvarlig og redaktør

Mona Gundlach

Center for Kræft og Organsygdomme,
Afdelingen for Kræftbehandling,
klinik 5012, Rigshospitalet
E-mail: mona.gundlach@regionh.dk



Kasserer og Nordisk ansvarlig

Carsten Gregersen

Onkologisk afdeling, Aalborg
E-mail: carsten.fsk@gmail.com



Kursussekretær

Mette Munk

Hæmatologisk amb X4, OUH
E-mail: mette.munk@rsyd.dk



Sponsor ansvarlig

Malika Uth

Strålelinik Herning,
Kræftafdelingen AUH
E-mail: maluth@rm.dk



SIG-ansvarlig, "lille" kursussekretær

Charlotte Petersen

Urinvejskirurgisk afd. L, OUH
Mail: cep@live.dk



Europæisk og international ansvarlig

Christina Thagaard Wilhelmsen

Hæmatologisk afdeling, OUH
Mail: christina.thagaard.wilhelmsen@rsyd.dk