



Kreftsykepleie

NR. 1-2016 • ÅRGANG 32

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

TEMA Sykdom og helse i et
flerkulturelt samfunn

Sykepleien

Innhold

NR. 1-2016 • ÅRGANG 32

KREFTSYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds faggruppe Forum for Kreftsykepleie, i samarbeid med Sykepleien. ISSN: 0804-0567

ANSVARLIG UTGIVER
NSFs Faggruppe Forum for Kreftsykepleie v/leder Mona Grytten

Tlf: 98 80 72 56
monagrytten@gmail.com

REDAKTØR
Marte Wolden, Tlf 95 04 61 21
marte.wolden@gmail.com
marte.wolden@stolav.no

REDAKSJONSUTVALG
Marte Wolden, Åse Grøthe
Elianne Ulsaker og Irene Bjållhag

MEDLEMSANSVARLIG
Bjørn Arne Holtbråten
holtbraten@hotmail.com
Tlf: 92 81 23 20

ANNONSEANSVARLIG
Ellen Rosseland Hansen
Tlf: 41 61 17 93
ellen.rosseland.hansen@halden.kommune.no/elrh@halden.net

HJEMMESIDE
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN
Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALISTER
faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT
Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEILLUSTRASJON:
Monica Hilsen/Colourbox

NESTE UTGAVE:
8. september 2016

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

ANNONSEPRISER

Størrelse	Enkeltann	Årsavtale*
1/2 side farge	kr. 12 000	kr. 35 000
1/1 side farge	kr. 8 000	kr. 25 000
1/2 side farge	kr. 6 000	kr. 15 000
1/4 side farge	kr. 4 000	kr. 10 000

* Årsavtale gjelder for 3 utgivelser. Kontaktperson annonser: Ellen Rosseland Hansen
ellen.rosseland.hansen@halden.kommune.no/elrh@halden.net



- 3 Leder: Mona Grytten
- 4 Styremedlemmer og lokallagsledere
- 5 Redaktør: Marte Wolden
- 6 Smånytt
- 8 Tid – det sterkeste kortet
- 11 Ble sykepleier i Norge
- 12 Familiebånd styrker livslysten
- 14 Sykepleier blant flyktninger
- 16 To kulturer – to refleksjoner
- 20 Fordeling av stipend
- 22 Tilbakeblikk
- 24 Den tause forståelsen
- 30 Lærer bort åndelig omsorg i palliasjon
- 34 Kreftforeningens tilbud til fremmedspråklige

«I Tyrkia kan man møte opp for å få hjelp uten avtale på forhånd.» Side 16



Illustrasjonsfoto: Nordic/ller/Terje Rakkevi/Scampix

24



34



30

INVITASJON TIL FAGDAG

Psykososiale utfordringer
ved brystkreft

Dato: 27. oktober 2016
kl 09.00 – 15.30

Sted: Radiumhospitalet,
Forskningsbygget, Auditoriet 1. etg.

Kostnad: Kr 750, lunsj inkludert

Tema: Kognitiv svikt, seksuell helse,
selvhjelpsprogram v/fatigue og
endokrinbehandling

Målgruppe: Fagpersoner innen
brystkrefthandling

Nærmere informasjon om
programmet kommer!

Velkommen!

LEDER:
Mona Grytten



Vi gjør så godt vi kan

Når du leser dette tidsskriftet er 2016 godt i gang. Det er ikke lenge til våren er her. Personlig syns jeg våren er en årstid full av forventninger – dagene blir etter hvert lengre og solen besøker oss oftere. Alt det vi har gledet oss til gjennom vinteren ser vi nå begynnelsen på.

FKS har fått nytt hovedstyre, og jeg har fått gleden og æren av å bli leder. Det nye hovedstyret er ennå bare i startgropen av det viktige og interessante arbeidet vi skal ta fatt på. Verv og oppgaver er fordelt, og vi lover å gjøre så godt vi kan. En av mine beste venninner og kollegaer har som motto å gjøre så godt hun kan. «Makan!» tenkte jeg. Det var da voldsomt, og samtidig litt enkelt, men, jo, det er et godt motto. Vi som er sykepleiere i kreftomsorgen gjør så godt vi kan, om vi jobber i kommunehelsetjenesten eller jobber i spesialisthelsetjenesten, om vi legger til rette for hjemmedød eller om vi gir det siste innen kreftmedisin. Vi informerer om virkninger og bivirkninger. Vi trøster og lindrer. Vi møter pasienten og pårørende der de er. Vi utfører kunnskapsbasert sykepleie, vi har teoretisk og praktisk kunnskap. Vi har kunnskap som gjør det mulig å se og imøtekomme pasientens behov. Vi gjør så godt vi kan.

Noen dager føler jeg at jeg ikke har gjort «så godt jeg kan», alt har ikke stemt helt. Jeg har ikke fått gjort alt jeg skulle, sagt de rette ordene eller trøstet så godt jeg ønsket. Det er lette å tenke «Kunne jeg ha strukket meg litt lenger?» Kanskje vi må slutte å gå på akkord med oss selv? Kanskje det er greit å si til seg selv innimellom «Jeg gjorde så godt jeg kunne i denne situasjonen.» Det er klart vi alltid skal etterstrebe forbedring, men godt nok kan også være best.

Mona Grytten
LEDER FKS

Lokallagsledere i Forum for Kreftsykepleie

TROMS

Kristin Bergum

kristin.bergum@tromso.kommune.no
T: 91 80 21 90

NORDLAND

– AVD. BODØ/SALTEN

Trude Kristiansen

trude.Merete.Kristiansen@norlandssykehuset.no
T: 95 17 07 59/75 51 80 55

MØRE OG ROMSDAL, SUNNMØRE

Tanja Yvonne Alme

tanja.alme@sula.kommune.no
tanja.alme@gmail.com
T: 95 16 06 42

SØR-TRØNDELAG

Lisbeth Angen

lisbeth.angen@gmail.com
lisbeth.angen@stolav.no
T: 45 88 57 50

NORD-TRØNDELAG

Anne Lise Olsen

fsk-nordtrondelag@hotmail.no
olsen-dama@hotmail.com
T: 90 54 32 36

MØRE OG ROMSDAL

– AVD. KRISTIANSUND

Laila Merethe Andersen

laila.m.andersen@gmail.com
T: 71 12 22 87/99 26 00 71

ROGALAND

Marit Klævdal

marit-lerkeskogen36@hotmail.com
klma@sus.no
T: 51 51 87 05(a)/92 08 47 41/
51 59 56 93 (p)

HORDALAND

Anne Britt Hauge (leder)

annebritt.hauge@bergen.kommune.no
brithaug@online.no
T: 55 56 17 45/41 44 99 46

VESTFOLD

Karin Sjøe

karin.sjue@siv.no
kasju@online.no
T: 48 04 20 34

TELEMARK

Anne Torill Tufte

anne.torill.tufte@sthf.no
T: 97 51 18 27

AGDER

Pia Sætra

pia.satra@sshf.no
piasaetra@gmail.com
T: 91 88 19 64

OPPLAND OG HEDMARK

Gerd Ida Akeren Røste

gerd.ida.roste@gmail.com
T: 93 88 44 72

SOGN OG FJORDANE

Berit Ullebust

berit.ullebust@forde.kommune.no
T: 90 64 17 04

ØSTFOLD

Kine Torgersen

Senter for kreftbeh.
Sykehuset Østfold
kintor@online.no
T: 69 86 12 08/69 86 12 11 (a)
T: 99 47 59 76/69 32 88 87 (p)

OSLO OG AKERSHUS

Margrethe Ronge

margrete.Ronge@ahus.no
T: 67 96 46 43/91 78 99 01

SIG-STAMCELLE-/

BENMARGSTRANSPL.

Julia Vogel

julia.vogel@radiumhospitalet.no
T: 22 93 43 37 (a)/93 40 56 55

SIG-BARN OG UNGDOM

Britt Ingunn Sævig

britt.Ingunn.Saevig@barnekreftforeningen.no
T: 99 24 86 15

Styremedlemmer i Forum for Kreftsykepleie

LEDER

Mona Grytten

Oslo
monagrytten@gmail.com
T: 98 80 72 56

NESTLEDER

Signe Øverland

Rogaland
signeoverland@gmail.com
T: 48 10 59 96

KASSERER

Evelyn Karlsen

Tromsø
eve-karl@online.no
T: 91 80 21 90

SEKRETÆR

Signe Øverlan

Rogaland
signeoverland@gmail.com
T: 48 10 59 96

REDAKTØR TIDSSKRIFTET

Marte Wolden

Trondheim
marte.wolden@gmail.com
T: 95 04 61 21

REDAKSJONSUTVALG

Åse Grøthe

Hordaland
frisken@online.no
abjg@haraldsplass.no
T: 99 29 53 18

VARAMEDLEM

Elianne Ulsaker

Oslo
elianneulsaker@hotmail.com
T: 47 66 46 16

VARAMEDLEM

Irene Bjällhag

Vestfold
irene.vivian.bjallhag@tonsberg.kommune.no
T: 92 44 57 88

LOKALLAGSKONTAKT

Tanja Alme

Møre og Romsdal
tanja.alme@sula.kommune.no
T: 95 16 06 42

Ellen Rosseland Hansen

Østfold
ellen.rosseland.hansen@halden.kommune.no
T: 41 61 17 93

Eli Bente Lote Henden (varamedlem)

Sogn og Fjordane
eli.bente.lote.henden@eid.kommune.no
T: 97 07 66 51

NORDISK KONTAKT

Åse Grøthe

frisken@online.no
abjg@haraldsplass.no
T: 99 29 53 18

EONS KONTAKT

Mona Grytten

monagrytten@gmail.com
T: 98 80 72 56

ANNONSEANSVARLIG

Ellen Rosseland Hansen

ellen.rosseland.hansen@halden.kommune.no
T: 41 61 17 93

WEB/MEDLEMSREGISTER

Bjørn Arne Holtbråten

Hedemark
holtbraten@hotmail.com
T: 92 81 23 20

FACEBOOK

Tanja Yvonne Alme

tanja.alme@sula.kommune.no
T: 95 16 06 42

REDAKTØR:
Marte Wolden



En flerkulturell verden

Verden er i endring. Det er den alltid, og de siste årene, og kanskje spesielt det siste halvåret, har vi vært vitne til en stor flyktningstrøm og migrasjon av folk som av ulike årsaker søker trygghet og nytt håp i en annen del av verden. Mange av disse er kommet – og kommer – til Norge.

Folk på vandring er ikke noe nytt fenomen. Opp gjennom historien har mennesker søkt seg bort fra sitt hjemland – frivillig eller tvunget. Folkevandringer går i bølger. Årsakene er mange, men uansett om det skyldes krig, forfølgelse, miljøkatastrofe, matmangel eller et håp om bedre økonomi og tryggere framtidsutsikter, så tenker jeg at dagens migrasjonsbølge er en del av globaliseringen. Og globalisering, med økt åpenhet, samhandling og gjensidig avhengighet mellom verdens land medfører en rik mangfoldighet og muligheter, men har selvsagt også mange utfordrende sider.

Som helsearbeidere i en flerkulturell verden kan vi oppleve utfordringer i møtet med pasienter og pårørende knyttet opp til kultur, kropp, sykdoms- og helseforståelse, familierelasjoner, religion og språk. Flere levekårsundersøkelser de senere år viser at innvandrernes helse jevnt over er dårligere enn majoritetsbefolkningens helse, og dette er det vårt ansvar og moralske plikt å ta tak i. Når vi tenker globalt – at vi er en del av verdenssamfunnet – har vi også et medansvar for å bidra til bedre helse og behandling av sykdom og lidelse for folk i hele verden.

I Helsedirektoratetets strategidokument «Nasjonale mål og prioriterte områder på helse- og omsorgsområdet i 2015» står det at: «Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten møter ulike befolkningsgruppers behov. Det er behov for spesiell oppmerksomhet om urbefolkningens og innvandreres helsemessige behov. Nasjonal strategi om innvandreres helse legger til grunn at helsepersonell på alle nivåer får nødvendig opplæring for å kunne yte likeverdige helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer at helsepersonell har kunnskap om behov og eventuelle spesielle helseutfordringer hos ulike grupper av innvandrere. God kommunikasjon er viktig i møte

mellom helsepersonell og pasienter, brukere og deres pårørende. Bruk av kvalifisert tolk vil da være nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp. Den samiske befolkningen har tilsvarende rett til bruk av kvalifisert tolk og tilrettelagte tjenester.» Det er ingen ting som tyder på at ikke det samme gjelder for 2016 og årene framover. Vi har derfor prioritert dette som tema i dette første Kreftsykepleie i år.

Det er mange ulike stemmer innenfor temaet som kommer fram i dette nummeret. Vi har med stemmer fra både pasienter og helsearbeidere som på ulike måter står midt i «flerkulturelle utfordringer» knyttet til sykdom og behandling, både blant flyktninger og innvandrere, urbefolkning i vårt eget land og helsearbeidere i en helt annen del av verden. Vi har prøvd å vinkle «bredt» – og håper du som leser finner inspirasjon og kunnskap til å møte de utfordringene du selv har i arbeidshverdagen.

Jeg har et håp om og tro på at det går an å møte alle pasienter med større åpenhet og respekt, uansett hvor de kommer fra, hvilket språk de snakker eller hvordan de opplever og forstår kropp, helse, sykdom og behandling. Men da må vi interessere oss for hverandres kultur, historier og liv, og legge til side fordommer og forforståelse som skaper flaskehalser og frustrasjoner. Vi må øke kunnskapsnivået vårt om «behov og eventuelle spesielle helseutfordringer hos ulike grupper av innvandrere» for det er bare på den måten vi har mulighet til å møte enkeltmenneskene «der de er» og gi dem den individuelle støtten, sykepleien og behandlingen alle har krav på.

Ønsker dere alle en nydelig vår! I skrivende stund er vi i starten av mars – og her i Trondheim skinner sola, og det drypper forhåpningsfullt fra takene og trærne rundt om. Det gjør godt for alle sanser.

Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

Den tause sykdommen

Over 4000 nordmenn rammes av tarmkreft hvert år. Dette gjør den til den nest vanligste kreftformen. Likevel er den blant de kreftformene vi har minst kunnskap om. Problemet med tarmkreft er at den er vanskelig å oppdage. Jo tidligere den oppdages, dess større er sjansene for å overleve.

Kilde: Kreftforeningen.no



Kreft i Norge 2014

Rapporten «Cancer in Norway 2014» foreligger nå i trykket utgave og kan bestilles fra Kreftregisteret. Publikasjonen er på 143 sider og inneholder både kreftstatistikken for 2014 og Special Issue «Catch-HPV», opplyser Kreftregisteret på sine hjemmesider. Publikasjonen er gratis og kan bestilles via Kreftforeningens hjemmesider.

Kilde: Kreftregisteret.no

SMÅNYTT

Mer skånsomt for barn

Protonterapi er et godt alternativ til vanlig strålebehandling for barn med kreft. Gevinsten gjelder først og fremst på bivirkningssiden, og da på lang sikt. På hjemmesiden til OUS, opplyser Henriette Magelssen, som er fagansvarlig overlege i avdeling for kreftbehandling ved OUS, om fordelene ved protoner. Hun forteller at stråledosen til friskt vev rundt svulstene som bestråles, blir vesentlig lavere. På denne måten reduseres risikoen for strålerelaterte bivirkninger som sen kognitiv utvikling og risiko for å få kreft senere i livet. Det friske vevet foran svulsten kan skånes noe, men det er særlig vevet bak som skånes for strålingen. Protonterapi egner seg derfor ved bestråling nær kritiske organer, uansett alder. Norske barn sendes i dag til utlandet for behandling med proton, men det er et mål at Norge skal ha et protonterapitilbud for sine pasienter i 2022. Et nasjonalt idéfasearbeid er allerede igangsatt.

Kilde: OUS



«Selv ikke den som halter går baklengs.»

Kahlil Gibran

Nyttig app om etikk

Hva gjør du som sykepleier om pasienten nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Eller hvordan takler du det, om du ikke får tid til å sitte hos en døende? Hva er egentlig rett og hva er galt? Sykepleien har utviklet en app som kan gjøre det litt enklere for sykepleiere å ta beslutninger i vanskelige situasjoner. De har nemlig samlet over 40 artikler rundt temaet etikk, forfattet

av eksperter innen området. Her kan du muligens få noen nyttige tips og svar som kan løse dine egne dilemmaer. I appen finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Alle artiklene er tidligere publisert i Sykepleien. Etikk-utgaven i Sykepleiens App for nettbrett kan lastet ned gratis fra AppStore eller Google Play.

Kilde: Sykepleien



Livsmot eller mismot

Undersøkelser viser at nedstemthet, depresjon og psykosomatisk sykdom er mer utbredt blant personer med innvandringsbakgrunn enn ellers i befolkningen. Kvinner med pakistansk bakgrunn er særlig utsatt. Forskere ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har intervjuet innvandrerkvinner over 50 år, for å stimulere til nytenkning, mer brukerorientering og bedre samhandling med kvinnene om helsefremmende opplegg de finner aktuelle.

Kilde: Aldring og helse

Ufarlig med trening

Lungekrefteropererte har god effekt av trening kort tid etter operasjonen, viser en doktorgradstudie. Stipendiat Elisabeth Edvardsen ved Norges idrettshøgskole har, sammen med Oslo universitetssykehus, utført studien som belyser effekten av trening på pasienter som nylig er operert for lungekreft. Med tett oppfølging og egen personlig trener, viste det seg at flere av pasientene kom i bedre form enn før operasjonen.

Kilde: Nih.no



Overvurderer seg selv

Menn tror de er mer aktive enn de i virkeligheten er, viser en nasjonal kartlegging som ble presentert i høst. Men kvinner er faktisk mer aktive enn menn i alle aldre. Idrettshøgskolen utstyrte 5000 deltakere med såkalte akselerometer rundt livet, for å registrere alle bevegelsene og sammenligne resultatene. Det viste seg at forskerne fant et avvik, spesielt hos menn, mellom hvor aktive de oppga at de var i forhold til registreringene.

Kilde: Forskning.no

Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox

Nye konsepter for mat

Tygge- og svelgevansker kan ramme personer i alle aldersgrupper. Men det er mest vanlig hos eldre. Enkelte kreftpasienter kan også ha utfordringer knyttet til matinntak. Seniorforsker Jan Thomas Rosnes i Nofima jobber med å utvikle nye måltidskonsepter som kan avhjelpe situasjonen for disse menneskene. Sammen med kolleger og kokker fra Gastro-nomisk institutt undersøker han hvordan mat bør behandles for å oppnå strukturerer som gjør det enklere å spise. Forskerne tester blant annet ut soya, bønnestivelse og algeproduktet agar, som såkalt konsistensgivere. De ser også på muligheten for å gjøre maten mer næringsrik ved at den kan inneholde mer av én type næring for mennesker som trenger spesielt mye av denne. Kunnskapen skal brukes i utviklingen av nye produkter, med tanke på å få dem ut i dagligvarebutikker etter hvert. Og produktene skal baseres på rene råvarer med høyt naturlig innhold av proteiner og energi.

Kilde: Nofima



Prostata og kosthold

Kosthold og livsstil er viktige faktorer som kan påvirke utvikling av prostatakreft, viser flere studier. Fedme er blant risikofaktorene, forteller professor Fahri Saatcioglu ved Institutt for biovitenskap i et intervju på Universitetet i Oslo sine nettsider. Professoren nevner at når det gjelder mat, har det østrogenliknende plantefargestoffet genistein (som man finner mye av i soyabønner og soyaproduktet tofu) en gunstig effekt mot prostatakreft. Positiv effekt har også lykopen – et karotenoid og antioksidant som gir farge til blant annet tomater, grapefrukt og vannmelon. Videre anbefaler Saatcioglu at man reduserer forbruket av rødt kjøtt som er saltet, røkt eller behandlet for å forlenge holdbarheten. Bearbeidet rødt kjøtt bør man spise enda mindre av. Det kommer heller ikke som en overraskelse at fysisk aktivitet og stressreduksjon også er gunstig.

Kilde: Titan.uio.no





Av Merete Brungot
Kløvning, kreftkoordinator,
Ålesund kommune

Tid – det sterkeste kortet

Kreftpasienter og pårørende fra andre kulturer synes det er vanskelig å orientere seg i de ulike tilbudene som finnes. Språklige forvirringer gjør ikke situasjonen enklere. Som kreftkoordinator tenker jeg at det er viktig med tid. Tid til å bli kjent, skape tillit og forhåpentligvis hjelpe der det trengs.

Som kreftkoordinator i en mellomstor bykommune møter jeg av og til kreftrammede og pårørende fra andre kulturer. Det kan være den middelaldrende mannen fra Øst-Europa, som jobber i Norge og har sine nærmeste i hjemlandet. Det kan være familiefarene fra Afghanistan med ektefelle og små barn, eller den unge flyktningen fra Eritrea som er alene i Norge.

Det å møte mennesker med en alvorlig kreftdiagnose er alltid sterkt. Familien og enkeltindividet kan være i en stor krise, hverdagen endres og blir gjerne mer uforutsigbar. Mange kreftrammede og pårørende kjenner på en grad av usikkerhet. Dette gjelder uansett nasjonalitet, kjønn og alder. Når den syke kommer fra en annen kultur, er det enda flere faktorer vi må være oppmerksomme på. Språk, holdninger og forståelse av sykdom, lite nettverk og manglende kjennskap til norsk helsevesen kan gi nye og andre utfordringer.

Uoversiktlig

Så hvordan kan kreftkoordinatoren være til hjelp og støtte for kreftrammede og pårørende fra andre kulturer? Jeg skulle gjerne hatt mer kunnskap om de kulturelle forskjellene. Om ulike kulturers forståelse av sykdom, og hvordan man snakker sammen om sykdom i familien. I Norge er vi opptatt av retten til informasjon, både den sykes rett til informasjon, og pårørendes rettigheter. Også barn

blir mer og mer inkludert. Det blir for eksempel sett på som viktig at barna er med og informeres om foreldres sykdom. Dette kan variere veldig hos mennesker fra andre kulturer. Noen har det i ryggmargen at familien skal skånes, og det snakkes ikke om sykdom og behandling på samme måte som vi er vant til. Språklige forvirringer gjør nok også at informasjon kan bli misforstått, og at den andres oppfattelse blir mangelfull. Mitt sterkeste «kort» som kreftkoordinator i møte med mennesker fra andre kulturer tenker jeg er at jeg har TID. Tid til å bli kjent, skape tillit og forhåpentligvis at vi kan forstå hverandre bedre. Jeg kan også hjelpe og henvise til andre instanser ved behov. Mange fremmedkulturelle synes det er vanskelig å orientere seg i ulike tilbud som finnes.

Kommunikasjon

Jasmine var en ung kvinne som nylig hadde gjennomgått brystbevarende kirurgi i forbindelse med brystkreft. Hun ventet på beskjed om videre behandling – om hun skulle ha cellegift eller strålebehandling. Dette sto nøyte beskrevet i brevet fra sykehuset. Jasmine hadde bodd mange år i Norge, og snakket ganske godt norsk. Likevel ble det vanskelig for henne å få med seg all informasjon på sykehuset. Ord som strålebehandling, fraksjoner og kjemoterapi var helt ukjent for henne. Vi brukte mye tid sammen til å gå gjennom brev og skriftlig



informasjon. Slik ble hun tryggere og fikk bedre oversikt over hva som skulle skje.

En middelaldrende mann fra Bulgaria var alene i Norge og arbeidet innen byggebransjen. Han snakket ikke norsk, og hadde i tillegg veldig dårlige engelskkunnskaper. Her ble det helt avgjørende å benytte tolk i all kommunikasjon. På den måten fikk han informasjon om sykdommen og behandlingsmuligheter. Samtidig fikk han anledning til å si noe om hvordan han selv hadde det, stille spørsmål og få svar. Utfordringen ble den mer daglige kommunikasjonen. Planlagte informasjonsmøter sammen med tolk fungerte godt. Men når han gradvis ble dårligere og hadde behov for en mer løpende kontakt og kommunikasjon med kreftkoordinator og lege om blant annet smerte og kvalme, ble det vanskelig. En veldig forenklet bruk av ESAS ble faktisk redningen. Symptomer som kvalme og smerte ble visualisert og tegnet, og han skjønnte godt tallvurderingen og kunne svare på den.

Bruk av tolk er viktig for at informasjonen skal bli forstått, og ikke minst for at pasienten selv skal kunne få stille spørsmål og melde sine behov. Det er ikke alltid like enkelt å få tak i tolk som snakker det aktuelle språket. Et land kan også ha flere språk, eller ulike dialekter som gjør at tolken mister viktige detaljer i kommunikasjonen. En annen utfordring kan være at eneste tilgjengelige tolk samtidig er en nær venn eller et familiemedlem.

Kulturelle forskjeller

Jeg ble kontaktet av kreftpoliklinikken med beskjed om at en familiefar med to små barn hadde fått alvorlig kreft. Han og familien hadde bodd i Norge i rundt to år. På poliklinikken var de bekymret for hvordan det gikk med familien. Han kom alltid alene til behandling. De hadde ofte spurt ham om hvordan det sto til med kone og barn, og svaret var alltid det samme: «Tusen takk, det går veldig bra». Poliklinikken tilbød samtale med kona, men dette var ikke nødvendig mente han. Jeg møtte ham

flere ganger, og vi snakket om kreftsykdommen og behandlingen som han holdt på med. Han var veldig takknemlig for hjelpen han fikk i Norge. På spørsmål om hvordan kone og barn hadde det, fikk jeg samme svar som sykehuset hadde fått: «Tusen takk, det går veldig bra». Vi holdt kontakten, men det tok tid å komme dit hen at jeg fikk møte familien. Etter hvert ble han dårligere, og det ble klart at det nærmet seg slutten. Jeg fikk tillatelse til å kontakte skole og barnehage for å informere om situasjonen. Det viste seg at de var helt ukjent med farens sykdom. Den var kun omtalt som et «magebesvær». I tiden fremover holdt jeg skole og barnehage løpende orientert, og var også den som informerte da han døde. Skole og barnehage var glade for å få informasjon. Det gjorde deres oppfølging av barna lettere.

Kona var heller ikke informert om omfanget av sykdommen, og var utrøstelig i situasjonen. Mens mannen snakket brukbart norsk, kunne hun bare enkeltstavelser. Han hadde ikke informert henne om omfanget av sin sykdom. At han nå var døende, ble derfor et stort sjokk for henne. Hun hadde lite

«Jeg skulle gjerne hatt mer kunnskap om de kulturelle forskjellene.»

nettverk i Norge, og hadde ikke gått norskkurs. Hun hadde ingen annen økonomisk støtte enn barnestrygden, og sto på bar bakke da mannen døde. Som kreftkoordinator ble dette en familie jeg fulgte over tid, også etter at mannen var død. Jeg fikk gjort avtale med NAV og fulgte henne dit. Hun kunne ikke forklare behovene sine, og kjente heller ikke til hva NAV kunne bistå med. Siden jeg nå var ganske godt kjent med familien visste jeg en del om utfordringene hennes. NAV tok godt imot oss, og hun fikk akutt hjelp i forhold til mat til seg og barna. Videre ble det søkt støtte til boutgifter, barnehage og slikt.



Det neste som var viktig, var å få hjulpet henne å søke plass på norskkurs. Etter hvert ble hun mer selvstendig og fikk nytt fotfeste i tilværelsen.

Når det gjaldt skole og barnehage deltok jeg på personalmøter og hadde refleksjon sammen med ansatte som skulle ivareta barna. Vi snakket mye om hvordan en best mulig kunne ta imot barna når

«Erfaringsmessig tar det tid å bli kjent og knytte kontakt.»

de kom tilbake etter å ha mistet en forelder. Hva kunne de si til andre barn? Hva hvis andre foreldre spurte? Og hva er egentlig normale sorgreaksjoner? Dette og andre problemstillinger reflekterte vi igjennom sammen, og tanker og bekymringer ble luftet. Personalet ga uttrykk for at det var godt å få sette ord på tanker de hadde rundt dette.

Samarbeid med andre aktører

Felles for mange fremmedkulturelle jeg har vært i kontakt med som kreftkoordinator, er at jeg har

kommet sent inn i bildet. De tar ikke kontakt selv, og kjenner ikke til ordningen med kreftkoordinator i kommunen. Det er dermed viktig at fastleger og personell i andrelinjetjenesten er spesielt oppmerksom på behovene til kreftrammede fra andre kulturer, og henviser til kreftkoordinator. Erfaringsmessig tar det tid å bli kjent og knytte kontakt, spesielt der språket er en utfordring.

Rettighetene og oppfølgingen av enkeltindividet er ulikt ut fra om den fremmedkulturelle er flyktning, innvandrere, om det er familiegjenforening, eller om pasienten er i landet for en kortere periode på grunn av studier eller jobb. Som sykepleier er jeg vant til å tenke på enkeltmenneskets behov, mens flyktningkontor og andre har som oppgave å se det totale bildet. Dette kan noen ganger komme i konflikt, men med godt samarbeid kan utfordringer løses til det beste for de vi er satt til å hjelpe. Det er en bratt læringskurve å være kreftkoordinator i møte med pasienter fra andre kulturer. Samtidig er det også spennende og veldig kjekt! Jeg ser frem til å lære, og få mer erfaring på dette området i fremtiden. ■

Ble sykepleier i Norge

– Noe av det jeg opplever som åpenbare kulturforskjeller mellom persisk og norsk kultur, er familienærheten og generell nærhet til andre mennesker.

Tekst **Ramesh Batol Khajavi**, sykepleier.



FRA IRAN: Ramesh Batol Khajavi er født (1966) og oppvokst i Iran.

Jeg kom til Norge med mann og barn i 1993 på familiejenforening. Min mor, far og to søstre hadde bodd i Fauske siden mai 1988. Mitt første møte med Fauske var en selsom opplevelse. En gate omgitt av noen hus ble kalt «sentrum». Knapt et menneske var å se her. «Byen» virket helt død. Det var en ekstrem overgang fra gatelivet i Teheran. Etter 15 måneders opphold i Norge, kom jeg inn på Sykepleierhøgskolen i Bodø. Det var en tung og vanskelig tid, og jeg tilbrakte tiden sammen med tykke ordbøker. Men etter fire år med studier, var jeg endelig blitt sykepleier. Jeg måtte lære meg et helt nytt alfabet, og jeg måtte lære meg å lese og skrive fra venstre mot høyre. Det var en stor utfordring den gangen.

Jeg jobbet hele tiden mens jeg studerte, både på medisinsk- og kirurgisk avdeling samt på sykehjem. Rett etter at jeg ble ferdig med sykepleierutdanningen, jobbet jeg på en kirurgisk avdeling. To år senere (2002–2003) tok jeg videreutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen i Bodø.

Etter endt videreutdanning har jeg 13 års erfaring fra intensivavdeling ved Nordlandssykehuset i Bodø og Stavanger universitetssjukehus (SUS).

Åpenbare forskjeller

Noe av det jeg opplever som åpenbare kulturforskjeller mellom persisk og norsk kultur er familienærheten og generell nærhet til andre mennesker. Nordmenn er mer distanserte, både til egen familie og andre mennesker

enn det jeg er vant til fra egen kultur. Dette synes jeg ofte gjenspeiler seg også i møte med pasienter. Ved alle avdelingene jeg har jobbet gjennom årene, har jeg sett mye av det samme: Enslige pasienter i vanskelige livssituasjoner, med en familie som ofte ikke er invol-

«Nordmenn er mer distanserte til familie og andre mennesker.»

vert i sykdomsforløpet. Dette er noe som hadde vært helt utenkelig i Iran, og kanskje den største enkeltforskjellen mellom kulturene våre.

I 2013–2015 tok jeg en master i helsevitenskap/selvalgt fordypning ved Universitetet i Stavanger. I oppgaven skrev jeg om pasientsikkerhet i forbindelse med overflytting av pasienter fra intensiv avdeling til kirurgisk avdeling. Oppgaven skal nå brukes til å endre prosedyrene i forbindelse med overflytting av pasienter, og jeg er blitt leder for dette prosjektet.

Min opplevelse

Idag jobber jeg som kreftforskningssykepleier ved Gastrokirurgisk avdeling ved SUS. Her jobber jeg med å inkludere pasienter, forklare forskningen, samtykkeskjema, blodprøvetaking og vevsprøvetaking i samarbeid med patolog og operatør samt biobanking.

Forholdet til mine kolleger er som for de fleste ansatte i en stor bedrift, vil jeg tro. Noen kommer man godt overens med, andre ikke. Jeg opplever gjerne at

de som har reist litt og sett andre deler av verden er lettere å komme i kontakt med enn andre. Noen ser nok på hudfargen min og tenker «hjemmeværende husmor, storfamilie, streng mann, æreskodeks og slikt», men persisk kultur er generelt sterkt basert på likestilling

og sterke familiebånd hvor kvinnen har en stor og viktig plass; både i og utenfor hjemmet. Iranske kvinner har ofte høy utdanning, og bidrar i familien på alle måter.

Et fortrinn

Mitt møte med pasientene har alltid vært problemfritt. Jeg legger vekt på å være et medmenneske like mye som en sykepleier (ref: kulturell bakgrunn). Spesielt viktig synes jeg faktisk dette er i min nåværende jobb, hvor jeg ofte opplever at ensomme mennesker kommer til meg med dødsangst i en særdeles vanskelig livssituasjon. Ofte er de helt alene, noe som aldri slutter å forundre meg... Derfor prøver jeg å bruke så mye tid som mulig i samtale med pasienten, og det får jeg ofte gode tilbakemeldinger på; både fra pasienter og kolleger.

Kulturforskjellene mellom meg og mine pasienter synes jeg i dag snarere er en fordel enn et hinder. Nå som språket er på plass, kan jeg fungere i den rollen jeg ønsker i møte med pasientene mine. ■



Familiebånd styrker livslysten

Nære relasjoner til familie og venner gir eldre kreftsyke mening i hverdagen.

Tekst Johan Alvik

Mange eldre med uhelbredelig kreft opplever hverdagen som meningsfull, til tross for livstruende sykdom. Nære relasjoner med familie og venner ser ut til å være det viktigste i denne sammenhengen, viser doktorgradsavhandlingen til Sigrid Helene Kjørven Haug.

Haug er psykiatrisk sykepleier og forsker ved Sykehuset Innlandet. Hun forteller til Forskning.no at samvær med ektefelle, barn og venner gir styrke og gjør at pasienten henter fram ressurser til å tåle motstand.

– Flere uttrykte at de nære relasjonene styrket deres ønske om å leve lengst mulig og best mulig den tiden som var igjen. Den sosiale støtten var med på å motivere til å tåle tøffe behandlingsperioder, sier Haug.

I arbeidet med doktorgraden sin intervjuet Haug 21 eldre, 12 menn og 9 kvinner i alderen 70–88 år. Pasientene bodde hjemme, og de fikk lindrende behandling og pleie fra sykehusene på Gjøvik og Hamar. De fleste fikk behandling med cellegift.

Studien viste at tross alvorlig sykdom fant pasientene styrke til å leve videre. Denne styrken viser seg å bestå av fire temaområder: å anerkjenne betydningen av nære relasjoner, å opprettholde et normalt hverdagsliv, å gi rom for tro, verdier og meningsfylte aktiviteter og å håndtere det gradvise tapet av helse.

Pasientene var også fornøyde med den lindrende behandlingen og pleien de fikk av helsepersonellet, fra sykepleiere, leger og andre. De opplevde å være prioritert, noe som styrket deres ønske om å leve best mulig i hverdagen.

Kilde: Forskning.no

 **NOVARTIS**
ONCOLOGY

*– Vi forbedrer,
forlenger og
redder liv*

Novartis Norge AS – Postboks 237 Økern – 0510 Oslo
Tlf. 23 05 20 00 Fax. 23 05 20 01 www.novartis.no

artell.no
NO1401167350

Lær mer om nevroendokrin kreft på en enkel måte



Ta NET Nurse QUIZ og test dine kunnskaper om den sjeldne sykdommen nevroendokrin kreft (NET).

Utviklet for sykepleiere som pleier pasienter rammet av NET, og som har behov for mer kunnskap på dette området.

Enkel tilgang - både fra pc, nettbrett og mobil.

Vil du vite mer eller delta i NET Nurse QUIZ?

Kontakt:

Liv Sylvi Meyer: liv.meyer@helse-bergen.no

Kristin Skrede Mordal: kmordal@ous-hf.no

Anita Henriksen: anita.henriksen@novartis.com



Sjukepleiar blant flyktningar



SJUKEPLEIAR: Tine Renee Sætrevik arbeidet med asylsøkerer på transittmottaket i Kirkenes. Foto: Privat.

Tine Renee Sætrevik var ein av dei første sjukepleiarane som tok imot asylsøkarar på transittmottaket i Kirkenes i fjor.

Tekst **Åse Grøthe**, sykepleier

Tine Renee Sætrevik er 29 år og har fra midten av september blitt utleigd fra helsestasjon i Sør-Varanger for å jobbe som sjukepleiar i flyktningehelsetjenesten. Ho vart tilsett for å koordinere arbeidet med flyktningar som kom over grensa fra Storskog til Fjellhall, som ligg omlag ei mil fra den russiske grensa.

Lite visste Tine om kva jobb ho skulle stå i dei neste månadane. I byrjinga var strømmen av asylsøkarar håndterbar. Dei fleste som kom over grensa til Norge var unge friske menn fra Syria og Afghanistan. Tine var med å gjennomføre

helsesamtale med alle og forteller at ho hadde god oversikt over arbeidet sitt. Etterkvart auka flyktningestraumen og frå slutten av oktober kom det fleire familiar, eldre og sjuke.

– *Korleis håndterte de personar med kreftdiagnose?*

– Stort sett fikk vi vite om kreftsjukdom i første samtale. Vi hadde tidleg i perioden både eit barn med kreft og ein veldig kreftsjuk mann. Det viktigaste for oss var å kartlegge kor sjuke dei var med blodprøvar, samtale og undersøkelse. Vi prøvde etter beste evne å sile ut dei som var sjuke og la

vekt på å informere mottakskommune om eventuell framtidig pasient med spesielle behov for oppfølging. Mange av flyktningane hadde vi kommunikasjonsproblem med og dei kom ofte over grensa med russiske papir. Bruk av telefontolk var den viktigaste måten å prøve å gjere ein god kartlegging på. I mottaket hadde vi tilsett arabisktalende tolk og ein tolk som snakka dari.

Uforutsigbar arbeidsdag

Tine Renee Sætrevik seier at dei møtte mange utfordringar.

– Det viste seg fort og i takt med



aukande flyktningestraum at vi hadde utfordringar med bemanning. På åtte veker gikk vi fra å vere fire tilsette sjukepleiar til 12! I tillegg fikk dei tilsett lege på fulltid og to sekretærar. Fire av sjukepleierane var innleidt fra kommunen og resten fra vikarbyrå. Avdelingssjukepleiar som vart tilsett snakka arabisk, noko som var ein verdifull kompetanse. Det var veldig viktig med stabile sjukepleierar som lærte seg innholdet i ein svært uforutsigbar arbeidskvardag. Det kom 20 til 30 personar innom kontoret vårt kvar dag. Vi hadde ikkje kapasitet til å kartlegge grundig, men det vi gjorde var å lage informasjonsskriv til kreftpasientar og andre diagnosar som vi sendte med pasienten i handa. Vi sendte og med blodprøvesvar som var relevante. I tillegg sendte vi helseopplysningar til aktuell mottakskommune i etterkant. Å gi informasjon med pasienten var det viktigaste og den sikraste måten å prioritere at pasienten fikk rask helsehjelp på.

Stopp i inntaket av asylsøkere

Etterkvart som flyktningestrømmen auka hadde vi ikkje kapasitet til å ha helsetale med alle som kom til leiren,

men dei som trengte helsehjelp klarte å finne fram til oss.

Fra 1. desember var det full stopp i inntaket av nye asylsøkere over Storskog.

«Vi prøvde etter beste evne å sile ut dei som var sjuke.»

Ankomstsenteret i Finnmark, Vestleiren, er gjort om til mottak der asylsøkarane kjem for å få realitetsbehandla søknaden sin om asyl.

Flinke folk

Kva som skjer i framtida er usikkert, men Tine seier at dei heile tida har opplevd god støtte og samarbeid med arbeidsgiver Sør-Varanger kommune, HERO og UDI.

Ho opplever at kommunen hennar står rusta til å møte kreftpasientar med anna bakgrunn i framtida. Både kommunen og Kirkenes sykehus satsar på vidareutdanning i kreftsjukepleie. Det går sjukepleierar frå kommunen på samlingbasert vidareutdanning i Tromsø og på vidareutdanning i Oslo. Folk i Finnmark er kompetente og det kjem og godt med

at dei har «vore ute ein vinterdag før».

Tine Renee Sætrevik er fortsatt ansatt som sjukepleiar for asylhelsetjenesten.

– Vi har opprettet eit legekontor for asylsøkarane som er i kommunen. Jeg jobber der i 40 prosent stilling. De resterende 60 prosentene er jeg på helsestasjonen og tar meg av de flyktningene som blir direkte bosatt i kommunen.

Sætrevik forteller at det på legekontoret jobber en lege i 40 prosent stilling og en merkantil i hel stilling. ■

VIKTIG AKTØR

Hero Norge har fleire tiårs erfaring med flyktningearbeid. I Noreg vart det første flyktningemottaket etablert i 1987 og Hero har etter dette vore ein viktig aktør i utviklinga av det norske mottakssystemet. Aktivitetane er i dag fordelt på tre virksomhetsområder: Hero mottak, Hero kompetanse og Hero talk.

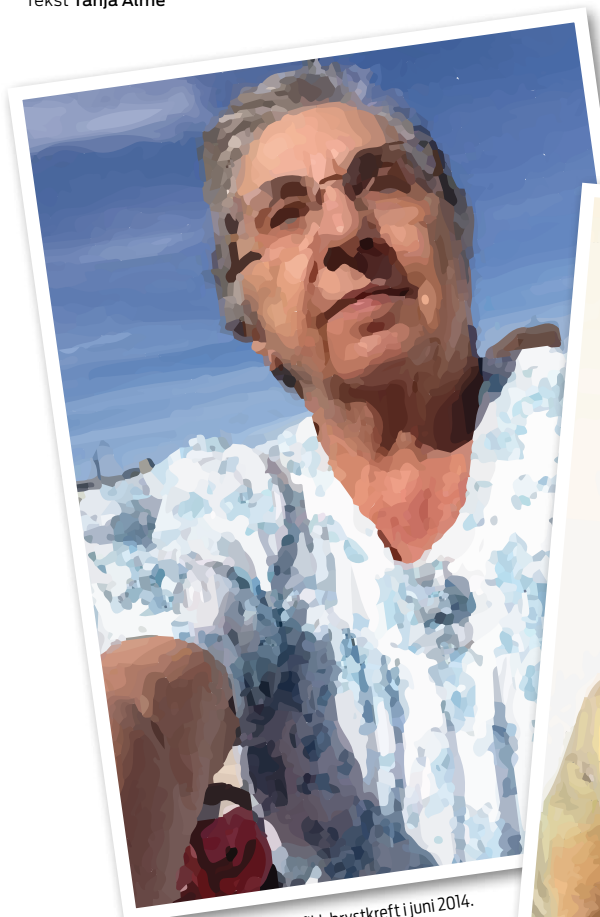


Illustrasjon: Colourbox/Sykepleien

To kulturer – to refleksjoner

Hvordan oppleves det norske helsevesenet når man kommer fra en annen kultur? Vi har snakket med to kvinner – fra henholdsvis Tyrkia og Etiopia – som begge opplevde å få kreft i Norge.

Tekst Tanja Alme



TYRKISK: Tendü Nazilli fikk brystkreft i juni 2014.



FRA ETIOPIA: I november 2014 fikk Wolela Haile konstatert kreft.



Tendu Nazilli, Tyrkia

Tendu ble født i Bodrum i Tyrkia i 1939. Hun har bodd ulike steder i Tyrkia og studerte til lege ved Ankara medisinske fakultet, og ble ferdig utdannet barnelege i 1966.

Da hennes mann fikk arbeid i Norge, flyttet de hit i 1967. De fikk en datter som etter hvert begynte i barnhage i Bergen. Siden har familien bodd tidvis i Tyrkia og tidvis i Norge. Tindu føler tilhørighet til begge stedene og føler hun er en del av både den norske og tyrkiske kulturen. Tendu er aktiv. Hun holder blant annet folkehelsekurs.

I juni 2014 oppdaget hun en kul i det ene brystet. «Det kan vel ikke stemme, kan jeg ha kreft?», var hennes første tanke. Tendu hadde allerede planlagt å tilbringe sommerferien i Tyrkia. I Tyrkia fikk hun tatt mammografi og allerede 1. juli fikk hun gjennomført brystbevarende kirurgi. Hun beskriver helsevesenet i Tyrkia som svært trygt, og hun følte seg godt ivaretatt.

Mye venting i Norge

Tendu reiste tilbake til Norge for videre behandling. Hun tok kontakt med fastlegen sin som skulle sende papir videre til A-hus og Radiumhospitalet.

– Her er vel en av de store forskjellene mellom Norge og Tyrkia, sier Tendu. I Norge er det mye papir og venting, mens i Tyrkia kan man fysisk møte opp for å få hjelp uten avtaler på forhånd, legger hun til.

Tendu kom ikke i gang med strålebehandling før i september/oktober 2014.

Kulturforskjeller

Tendu opplevde få utfordringer ved det å være fra en annen kultur, og opplevde et helsevesen i Norge som også tok vare på henne, med dyktige fagfolk som var blide og imøtekommende. Likevel tenker hun på at hennes bakgrunn som lege nok har hjulpet henne. Og at det er en fordel at hun kjenner og forstår det norske språket. Hun har undret seg over hvordan det kan være for andre innvandrerkvinner som kanskje ikke kjenner den norske kulturen og språket slik hun gjør.

«I Norge er det mye papir og venting.»

Heldigvis opplever Tendu å ha blitt godt ivaretatt både her i Norge og i Tyrkia. Hun opplever ikke veldig stor forskjell mellom det norske og det tyrkiske helsevesenet.

– Tyrkia har et lignende fastlegesystem som her hjemme i Norge, men i Tyrkia er det kanskje litt mer slik at de som har god råd og penger kan kjøpe seg behandling og oppfølging. Men den største forskjellen er kanskje selve oppfølging etter behandling. I Tyrkia har de ikke kommunale kreftsykepleiere eller kreftkoordinatorer, noe jeg tenker kan være viktig, sier hun.

Egen kreftforening

I Tyrkia har de også en egen kreftforening, og den fungerer omtrent som i Norge. De har for eksempel egne informasjonskanaler og har rosa sløyfe-aksjoner slik som her. I tillegg har de egne tv-helsekanaler

som opplyser om ulike symptomer som en kan se etter ved de mest vanlige folkesykdommene. Tendu opplever at mange fortrenger symptom og venter for lenge før de går til lege.

Selv hadde hun svært god nytte av livslyst og mestringskurs som hun fikk tilbud om å gå på ved Rikshospitalet. Hun undrer seg over hvorfor ikke flere innvandrere benytter seg av dette. Det er nyttig for alle som har vært rammet av kreft, uansett hvor en kommer ifra.

– Jeg vil veldig gjerne oppfordre alle kvinner uansett alder og hvor de kommer fra, også helsepersonell, til å undersøke egne bryster. Dette tror jeg er det aller viktigste for å oppdage tidlig brystkreft. Spesielt viktig for kvinner over 30 år, sier hun.

Viktig oppfølging

Tendu vil til slutt oppfordre flere til å benytte seg av viktige kurs og tilbud.

– Helsepersonell må huske å informere alle om kursene, også innvandrere, sier hun.

I tillegg vil hun støtte seg til Professor Per Fugelli:

– Jeg har vært på forelesning med ham flere ganger og er så enig i det han fremmer. Vi bør ha et lignende system for behandlende leger (ved sykehus) som vi har med fastleger. Det er ikke gunstig verken for innvandrere eller nordmenn å møte nye leger hver gang en skal til behandling eller oppfølging ved sykehuset, sier hun.

Tendu er nå ferdigbehandlet og nyter pensjonisttilværelsen i nærheten av familie på Nesoddtangen.



Wolela Haile, Etiopia

Wolela Haile (42) er fra Etiopia og kom til Norge for flere år siden. Hun er gift og har barn med en mann fra sitt eget hjemland. Wolela har jobbet i norsk helsesektor i flere år, både innen somatisk og psykisk helse. Hun er daglig leder for «Tverrkulturell helseinfo» – en frivillig organisasjon som driver med informasjonsformidling til personer med innvandrerbakgrunn, samt helsepersonell som har jevnlig kontakt med brukergruppen. Dette er i samarbeid med fagpersoner med ulik bakgrunn, og organisasjonen ønsker å være tilrettelegger for at personer med innvandrerbakgrunn får nødvendig helseinformasjon i Norge. En kan lese mer om organisasjonen på nettsiden: <http://tverrkulturellhelse.info>

Hun har flere ganger opplevd at pasienter og pårørende med innvandrerbakgrunn ikke får relevant og god nok informasjon om sykdom, behandling og oppfølging. I jobben har hun opplevd at mangel på informasjon har ført til feil behandling og dermed gitt pasienter og pårørende unødvendige konsekvenser.

Wolela har selv kjent på kroppen hvor viktig det er å få god informasjon om sykdom og behandling og hva det kan gjøre om en ikke får informasjonen på en god måte.

Ubesvarte spørsmål

I november 2014 ble Wolela selv rammet av kreft. Hun følte seg syk og i dårlig form og ble innlagt på sykehus for utredning. Samme dag som hun skulle utskrives, fikk hun en samtale med en vakthavende lege som kunne fortelle at hun hadde diagnosen GIST (Gastrointestinal stromal tumor) – en sjelden type svulst i fordøyelsessystemet.

«Dette kan du og din mann selv lese om på nettet» var informasjonen hun fikk. Hun satt igjen med tusen ubesvarte spørsmål: «Hva er dette?», «Hva

skjer med meg nå?», «Skal jeg dø?», «Og hva skal jeg si til barna mine?»

Hun opplevde å få svært mangelfull informasjon, samt at legen, som «slapp dette i fange på henne», visste lite forståelse, empati og rett og slett medmenneskelighet.

– Det er viktig at helsepersonell prøver å forstå hva informasjonen de gir kan gjøre med dem det faktisk gjelder, sier Wolela.

Ikke tatt på alvor

Heldigvis hadde Wolela et stort nettverk av familie og venner, også en bror som er

«Hva med innvandrere med lite nettverk, som ikke snakker språket?»

lege. Slik fikk hun den informasjonen og støtten hun trengte i den vanskelige tiden.

Hun har mange ganger undret seg over hvordan det ville være for andre innvandrerkvinner eller -menn som ikke har et slikt nettverk og som kanskje kan språket dårlig i tillegg.

Wolela ga beskjed om at hun ikke ville at den samme legen, som ga henne diagnosen, skulle behandle henne videre. Dette gikk i orden. Likevel følte hun at hun ikke ble tatt helt på alvor. Hun måtte vente lenge for å få den behandlingen hun trengte. Hun hadde en opplevelse av at fagpersonell ikke hørte på hva hun sa, og at de selv manglet kunnskap om GIST. Dette førte til at svulsten utviklet seg unødvendig mye før hun faktisk ble operert. Ikke før i slutten av april fikk Wolela operert bort svulsten. Måneder, uker og dager fra hun fikk diagnosen i november til operasjonen 29. april føltes unødvendig lang.

– Jeg følte meg ikke godt ivaretatt uten av 1.- eller 2. linjetjenesten, sier hun.

Oppfølging – et ikke-tema

Etter operasjonen hadde Wolela sterke smerter. Hun hadde så vondt at hun ikke klarte å gå. Likevel skulle hun nå utskrives til hjemmet.

– Det var ingen som spurte meg om min hjemmesituasjon eller om jeg hadde noen som kunne hjelpe meg hjemme. Tilbud om oppfølging eller rehabilitering etter sykehusinnleggelsen var ikke et tema. Dette skjønner jeg fortsatt ikke. Jeg var heldig og hadde en søster som kunne bo hos meg og hjelpe meg til jeg kom meg på beina. Hva med dem som ikke har det? Hva med innvandrere med lite nettverk, som ikke snakker språket og som kanskje ikke engang vet hvor de kan henvende seg for eksempel i kommunen? Vi har alle rett på god informasjon og oppfølging i de ulike fasene av et sykdomsforløp, sier Wolela.

Vil hjelpe andre innvandrere

Det går heldigvis fint med Wolela nå, men det hun har opplevd har ført til at hun er svært opptatt av å sikre at innvandrere får den helseinformasjonen de trenger og har krav på.

Hun prøver å hjelpe andre via organisasjonen Tverrkulturell helseinfo. Hun har en master i internasjonal helse og har forsket på temaet kommunikasjon mellom innvandrerkvinner som lever med hiv/AIDS og helsepersonell, og bruk av tolk.

Til slutt vil Wolela komme med en viktig oppfordring:

– Husk å ta pasienten på alvor. Det er ham eller henne det faktisk gjelder. Vis empati og husk å formidle informasjon på en god måte. Forsikre deg om at den som skal ta imot informasjon faktisk skjønner det, avslutter hun. ■

NYHET



“

Hva gjør du hvis pasientene nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Hvordan takler du det, når du ikke får tid til å sitte hos en døende? Er det akseptabelt at ledelsen krever at morgenstellet må i gang kl. 04.00 for å spare penger?

”

Vi har samlet over 40 artikler fra eksperter på etikk, som omtaler temaene over, og mange flere. Her finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Du finner etikk-utgaven i Sykepleiens App for nettbrett, som kan lastes ned gratis fra AppStore eller Google Play. God lesning!

Sykepleien

Fordeling av stipend

Det var et høyt antall søkere på stipend for 2016. 12 stipend à kr 5000,- og 1 stipend à kr 10 000,- er fordelt. Hovedstyret for FKS har tatt utgangspunkt i angitte kriterier for tildeling.

De som er tildelt stipend på kr 5000 er:

1. Aamodt, Torhild H. – Landskonferansen i palliasjon
2. Antonisen, Inger – Landskonferansen i palliasjon
3. Aune, Bodil A. – Landskonferansen i palliasjon
4. Benjaminsen, Lillian – NSF's sykepleiekongress
5. Brandal, Britt Janne – Landskonferansen i palliasjon
6. Bøe, Camilla – Landskonferansen i palliasjon
7. Hammer, Karin – Landskonferanse i palliasjon
8. Harboe, Eva Mari – Fag- og forskningsdager
9. Jensen, Pirjo – Landskonferansen i palliasjon
10. Røgenes, Gunn Kjersti – Landskonferansen i palliasjon
11. Sætra, Pia – Regional samling for palliative team/sentra i helseregion sør-øst
12. Torp, Solveig Fridheim – Landskonferansen i palliasjon

Den som er tildelt stipend på kr 10 000,- er:

Solvåg, Kjersti – til prosjektet: «Oppsummering av forskning basert kunnskap om kartleggingsverktøyene Dyspnea-12 og Multidimensjonal Dyspnea Profile»

Hovedstyret for FKS håper at dere alle vil ha glede av stipendet!



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Akynzeo[®]

netupitant/palonosetron

Profylakse ved kjemoterapiindusert kvalme og oppkast (CINV)¹



1 kapsel 2 virkestoffer 5-dagers effekt

Akynzeo[®] 300 mg/0,5 mg harde kapsler

Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Se pkt. 4.8 i preparatomtalen for informasjon om bivirkningsrapportering. Se preparatomtalen for forskrivning.

Virkestoffer: 300 mg netupitant og 0,56 mg palonosetronhydroklorid tilsvarende 0,5 mg palonosetron. Indikasjoner: Forebygging av akutt og forsinket kvalme og oppkast hos voksne forbundet med høyemetogen cisplatinbasert kjemoterapi mot kreft. Forebygging av akutt og forsinket kvalme og oppkast hos voksne forbundet med moderat emetogen kjemoterapi mot kreft.

Dosering: Voksne: 1 kapsel ca. 1 time før oppstart av hver kjemoterapisyklus.

Anbefalt oral deksametasondose bør reduseres ca. 50 % ved samtidig bruk. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Brukes med forsiktighet ved sterkt nedsatt leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig. Bruk bør unngås ved terminal nyresykdom som krever hemodialyse. Barn og ungdom: Sikkerhet og effekt har ikke blitt fastslått. Eldre: Dosejustering er ikke nødvendig. Det bør utvises forsiktighet hos eldre >75 år, pga. lang halveringstid og begrenset erfaring. Administrering: Skal svelges hele. Kapselen er fylt med tre tabletter og en myk kapsel. Kan tas med eller uten mat. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdstoffene. Graviditet. Forsiktighetsregler: Forstoppelse: Da palonosetron kan øke tykktarmens passasjetid, bør pasienter med anamnese med forstoppelse eller tegn på subakutt intestinal obstruksjon overvåkes etter administrering. Forstoppelse med fekal impaksjon som krever sykehusinnleggelse kan forekomme. Serotonergt syndrom: Serotonergt syndrom har forekommet ved bruk av 5-HT₃-antagonister alene eller i kombinasjon med andre serotonerge legemidler (inkl. SSRI og SNRI), og egnet observasjon for symptomer anbefales. QT-forlengelse: Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler som øker QT-tiden og hos pasienter som har eller har risiko for å utvikle forlengelse av QT-tiden. Dette omfatter anamnese eller familieanamnese med QT-forlengelse, elektrolyttforstyrrelser, stuvningssvikt, bradyarymi, ledningsforstyrrelser og bruk av antiarytmika eller andre legemidler som medfører QT-forlengelse eller elektrolyttforstyrrelser. Hypokalemi og hypomagnesemi bør korrigeres før behandling. Bør ikke brukes til å forebygge kvalme og oppkast i dagene etter kjemoterapi dersom det ikke er forbundet med en ny administrering av kjemoterapi. Skal ikke brukes til å behandle kvalme og oppkast etter kjemoterapi. Hjelpetoffer: Inneholder sorbitol og sukrose og bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel. Kan inneholde spor av lecitin som kommer fra soya. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor peanotter eller soya bør derfor overvåkes nøye for tegn på en allergisk reaksjon. Bilkjøring og betjening av maskiner: Har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan utløse svimmelhet, søvnighet eller fatigue. Pasienten bør gis råd om ikke å kjøre eller bruke maskiner dersom slike symptomer oppstår.

Interaksjoner: Ved samtidig bruk av en annen CYP3A4-hemmer, kan netupitants plasmakonsentrasjon øke. Ved samtidig bruk av legemidler som inducerer CYP3A4-aktivitet, kan netupitants plasmakonsentrasjon reduseres, og dette kan medføre redusert effekt. Følgelig bør samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol) foretas med forsiktighet og samtidig bruk av sterke CYP3A4-induktorer (f.eks. rifampicin) unngås. Dette legemidlet kan øke plasmakonsentrasjonen av samtidig administrerte legemidler som metaboliseres av CYP3A4. Hos mennesker elimineres netupitant hovedsakelig ved levermetabolisme mediert av CYP3A4, med marginal nyreutskillelse.

Ved en dose på 300 mg er netupitant et substrat og en moderat hemmer av CYP3A4. Palonosetron elimineres ved både nyreutskillelse og metabolisemeveier mediert av flere CYP-enzymmer. Palonosetron metaboliseres hovedsakelig av CYP2D6, med mindre bidrag fra CYP3A4 og CYP1A2. Basert på in vitro-studier verken hemmer eller inducerer palonosetron cytokrom P450-isoenzymmer ved klinisk relevante konsentrasjoner. Bør brukes med forsiktighet samtidig med oralt administrerte virkestoffer som hovedsakelig metaboliseres av CYP3A4 og med et smalt terapeutisk område, som ciklosporin, takrolimus, sirolimus, everolimus, alfentanil, diergotamin, ergotamin, fentanyl og kinidin. Netupitant kan øke eksponeringen for kjemoterapeutika som er CYP3A4-substrater, f.eks. docetaxel, etoposid og irinotekan, og pasienter bør derfor overvåkes for økt toksisitet av kjemoterapeutika. Netupitant øker eksponeringen for deksametason signifikant, og oral deksametasondose bør derfor reduseres ca. 50 % ved samtidig bruk. Netupitant kan også påvirke effekten av kjemoterapeutika som trenger aktivering ved CYP3A4-metabolisme. Mulige effekter av økt plasmakonsentrasjon av midazolam eller andre benzodiazepiner som metaboliseres av CYP3A4 (alprazolam, triazolam), bør vurderes ved samtidig bruk. Netupitant hemmer UGT2B7 in vitro, og forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av et oralt substrat for dette enzymet (f.eks. zidovudin, valproinsyre, morfin). Netupitant er en P-gp-hemmer in vitro. Dette kan være klinisk relevant hos kreftpasienter, særlig de med unormal nyrefunksjon. Forsiktighet anbefales derfor ved samtidig bruk av digoksin eller andre P-gp-substrater, som dabigatran og kolkisin. Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Kontraindisert ved graviditet. Det bør tas graviditetstest hos alle premenopausale kvinner før behandling. Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandlingen og ≤1 måned etter behandling. Amming: Ukjent om palonosetron eller netupitant blir skilt ut i morsmelk. Amming bør opphøre under behandling og i 1 måned etter siste dose. Fertilitet: Palonosetron: Nedbrytning av seminiferøst epitel er observert hos rotter.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Forstoppelse. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Fatigue. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymf: Nøytropeni, leukocytose. Gastrointestinale: Abdominalmerter, diaré, dyspepsi, flatulens, kvalme. Hjerne/kar: 1. grads AV-blokk, kardiomyopati, ledningsforstyrrelser, hypertensjon. Hud: Alopeci, urtikaria. Luftveier: Hikke. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt. Undersøkelser: Økte lever-transaminaser, økt alkalisk fosfatase i blod, økt kreatinin i blod, QT-forlengelse i elektrokardiogram. Øre: Vertigo. Øvrige: Asteni. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymf: Leukopeni, lymfocytose. Gastrointestinale: Dysfagi, belegg på tungen. Hjerne/kar: Arytmi, 2. grads AV-blokk, grenblokk, mitralinsuffisiens, myokardiskemi, ventrikulære ekstrasystoler, hypotensjon. Infeksjose: Cystitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter. Nevrologiske: Hypestesi. Psykiske: Akutt psykose, endret humør, søvnforstyrrelser. Stoffskifte/ernæring: Hypokalemi. Undersøkelser: Økt bilirubin i blod, økt kreatininkinase MB i blod, ST-segmentreduksjon i elektrokardiogram, unormalt ST-T-segment i elektrokardiogram, økt troponin. Øye: Konjunktivitt, tåkesyn. Øvrige: Varmefølelse, ikke-kardiale brystmerter, smaksforstyrrelser. Overdosering/Forgiftning: Netupitantdoser ≤600 mg og palonosetrondoser ≤6 mg har blitt brukt uten sikkerhetsproblemer. Behandling: Seponering og generell symptomatisk behandling og overvåking. Pga. antiemetisk effekt og stort distribusjonsvolum vil hhv. legemiddelindusert emese og dialyse ikke være effektive.

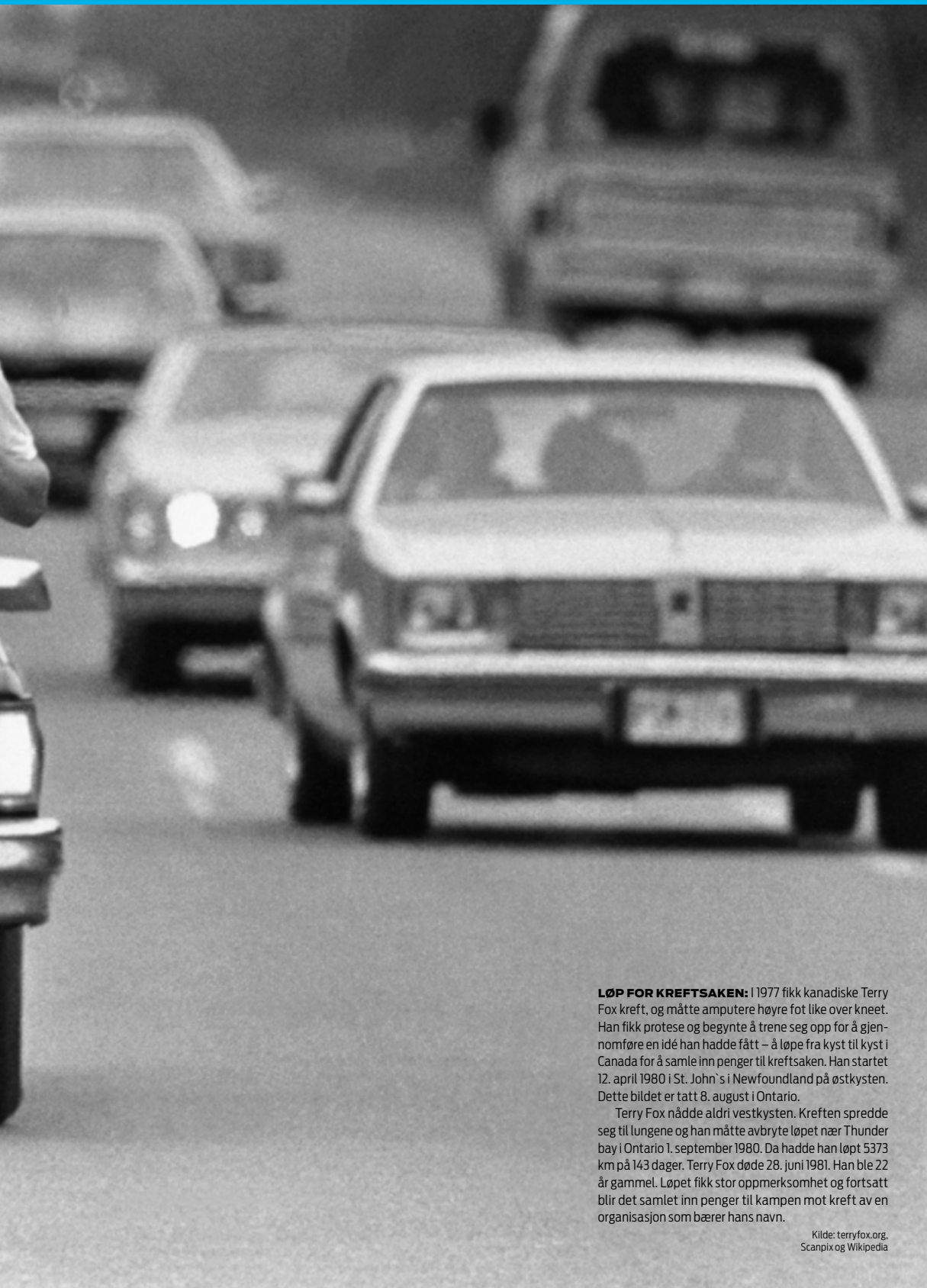
Tekst produsert: Juni 2015

Pris AUP kr.746,-

Akynzeo med varenummer 376235 har refusjon etter § 14-21 med refusjonskode-53, vilkår 9

Referanser:
1. Akynzeo preparatomtale 2015.





LØP FOR KREFTSAKEN: I 1977 fikk kanadiske Terry Fox kreft, og måtte amputere høyre fot like over kneet. Han fikk protese og begynte å trene seg opp for å gjennomføre en idé han hadde fått – å løpe fra kyst til kyst i Canada for å samle inn penger til kreftsjukdommen. Han startet 12. april 1980 i St. John's i Newfoundland på østkysten. Dette bildet er tatt 8. august i Ontario.

Terry Fox nådde aldri vestkysten. Kreften spredde seg til lungene og han måtte avbryte løpet nær Thunder bay i Ontario 1. september 1980. Da hadde han løpt 5373 km på 143 dager. Terry Fox døde 28. juni 1981. Han ble 22 år gammel. Løpet fikk stor oppmerksomhet og fortsatt blir det samlet inn penger til kampen mot kreft av en organisasjon som bærer hans navn.

Kilde: terryfox.org,
Scanpix og Wikipedia

Den tause forståelsen

Denne artikkelen omhandler samers forståelse av helse og sykdom, og viser en del verdier og tradisjoner i samisk kultur. Den belyser også hvordan kommunikasjon uttrykker forståelse og verdier som har med helse og sykdom å gjøre.

Av **Berit Andersdatter Bongo**, I. amanuensis, UiT Norges arktiske universitet IHO Campus Hammerfest

Jeg gjorde mitt hovedfagsarbeid i 2002 der jeg intervjuet personer som var oppfattet som bærere av sin kultur, og til en doktorgradsavhandling i 2012 om temaet samisk helse og sykdomsforståelse.

Det er forsket på samisk, kvensk og norsk folke-medisin, på tradisjonell kunnskap om helbredere og på religiøsitet og virkelighetsforståelse i et samisk lokalsamfunn. I sykepleiefaget er det gjort studier av helbredelse, varsler og hjelpere (Henriksen 2010, Nymo 2003, Mehus, 2002) og Andersen, K. B. (2007) som har gjort studie om: Erfaringer

om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser i sjøsamisk område. Nymo, R. (2011) med studie om: Helseomsorgssystemer i samiske markebygder i nordre Nordland og Sør-Troms: Praksiser i hverdagslivet: «En ska ikkje gje sæ over og en ska ta tida til hjelp».

Nærmest min avhandling ligger Dagsvolds studie (2006). «In gille huma» – de tause rommene i samtalen: Samiske fortellinger om kreft. Hun framhever



STILLHET OG NÆRHET: Det samiske begrepet dearvvašvuhta handler om det å kunne leve godt og ha det bra. Det sies at stillhet og nærhet med andre fremmer dearvvašvuhta, liksom godt humør og mye latter.

at norsk kreftomsorg har sterkt fokus på å snakke om sykdommen, og å sette ord på tanker og følelser for å bearbeide krise. Men studien viser at en unngår å snakke om kreftsykdom i det samiske samfunnet. Det kommuniseres mye gjennom stillhet. Dagsvold viser at dette kan knyttes til eldre samisk tradisjon og religion.

Begrepet forståelseshorison

Hensikten har vært å få frem en horison av forståelse av «helse og sykdom» i samiske samfunn, dermed blir den filosofiske hermeneutikken relevant, fordi den avklarer menneskenes grunnleggende måte å være i verden som forstående. Jeg støtter meg her til Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Gadamer er særskilt interessant i forhold til mitt tema, da forståelse i hans filosofi omfatter et aktivt forhold til historien og tradisjonen. Med utgangspunkt i studiet av historiske tekster, hevder Gadamer at historien ikke tilhører oss, det er derimot vi som tilhører historien. Vi fødes inn i en bestemt kultur og samfunn, og dermed inn i en bestemt historie. Begrepet forståelseshorison har dannet et hovedperspektiv i min avhandling som jeg viderefører i denne artikkelen. Gadamer definerer begrepet horison som alt som er synlig fra et gitt punkt. «Å opparbeide en horison betyr alltid at man lærer å se ut over det nære og altfor nære, skjønt ikke i den hensikt å se bort fra det, men for å se det bedre, det vil si innenfor en større helhet og i riktige dimensjoner» (Gadamer, 2010, s. 344). Horisonten er noe vi vandrer i og som vandrer med oss, alltid i bevegelse ved gjensidige overleveringer mellom menneskenes liv. Det er i møte med det som er fremmed for oss at horisonsammensmeltning skjer, da denne fremmedheten forandrer vår horison, og ny forståelse eller mening skapes. All vår forståelse er avhengig av en kontinuerlig horisonsammensmeltning. Ifølge Gadamer er nåtidshorisonten stadig i ferd med å dannes, i og med at vi hele tiden må sette våre fordommer eller forforståelser på prøve, en utprøving som omfatter møtet med fortiden og den overleveringen vi kommer fra.

Forståelse av samisk tradisjon

Horisonsammensmeltning handler altså ikke om å gå opp i den andre, som Gadamer peker på, eller om at en skal oppnå enighet. Det betyr tvert imot at det åpnes et felles, overordnet rom som gir rom for nye spørsmål og nye dialoger, i dette tilfellet mellom nåtid og tradisjon i det samiske samfunnet. Derfor beveger horisontene seg innenfra.

De funn jeg har gjort viser at det ikke har skjedd en horisonsammensmeltning mellom den samiske helse- og sykdomsforståelsen og den biomedisinske forståelsen i det norske helsevesenet. Nåtidshorisonten dannes altså slett ikke uavhengig av fortiden. Min forskning på dette feltet må rette seg til de to verdener. Den retter seg først til det samiske samfunnet og spesielt til samiske helse- og sosialarbeidere. Men den retter seg også til det norske samfunnet, og spesielt til det norske helsevesenet. Gadamer påpeker at en horison er noe en må bevege seg inn i. Det er et håp at den samiske forskningen, inkludert denne artikkelen, kan bidra til å åpne den samiske forståelseshorisonten også for norsk helsepersonell, der de kan våge seg inn og se at der er noe å spørre om.

Urfolksmetodologi

Den andre metodologiske tilnærmingen i avhandlingen er urfolksmetodologien. Spesielt har Porsanger (2005) vært en viktig bidragsyter i forhold til det samiske perspektivet.

Det som er spesielt interessant for meg er hvordan Porsanger (2005) bruker samiske hverdagsbegreper som analytiske begreper i sin forskning. Ved å bruke hermeneutikk og urfolksmetodologien sammen, åpnes det dermed for samiske begreper i analysearbeidet. Dette er begreper som

«En unngår å snakke om kreftsykdom i det samiske samfunnet.»

også mine samiske deltakere benyttet under intervjuarbeidet mitt. Jeg opplever at urfolksmetodologien utfyller hermeneutikken ved at den legger vekt på at samiske begreper og tradisjoner må få tale til oss i dag. Gadamer peker da også på at forståelsen alltid rommer anvendelse av teksten på fortolkerens nåtidige situasjon (2010, s. 346). Min oppfatning er at urfolksmetodologien bruker arbeiverru (tradisjon) på samme måte som Gadamer's begrep tradisjon.

Mitt utgangspunkt er ikke at det finnes en fastlagt og avgrenset samisk oppfatning av «helse» og «sykdom». Kunnskaper og verdisystemer varierer fra urfolkskultur til urfolkskultur, skriver Porsanger (2005). Det er derfor nødvendig å benytte ulike kunnskaper, og være var på både de mangfoldige og

generelle árbevierru (tradisjoner) i ulike samiske områder.

Overført kunnskap og tradisjon

Deltakerne i min forskning tydeliggjør gjennom flere eksempler hvordan den samiske helse- og sykdomsforståelsen uttrykkes i den samiske kommunikasjonsformen. Det som er spesielt med deres kommunikasjonsform, blir av deltakerne forklart som og «humadit vuokkasit» (å snakke sammen på en god og passende måte).

Deltakerne forklarer at kommunikasjonsformen er en verdifull sami árbevierru (samisk tradisjon), forankret i deres kultur. Denne kommunikasjonsformen er ikke noe de har valgt å innta, men er en overført kunnskap og tradisjon, som er skapt i den samiske kulturen gjennom generasjoner, understreker noen deltakere på denne måten:

«Våre samiske kropper bærer med seg all den erfaring og kunnskaper som vi har fått med oss fra barndommen av. Selv om vi kaller oss for moderne mennesker i dagens samfunn er vår tradisjonskunnskap lagret i våre kropper».

I Bourdieus språkbruk vil det dreie det seg om en

kulturell kapital, som forvaltes gjennom kroppslig habitus. Min forskning viser hvordan den samiske forståelsen av dearvvašvuohta (helse) skiller seg ut fra den forståelsen av helse som vi møter i media og helseopplysning. Den ser derimot ut til å ha fellestrekk med en norsk folkelig forståelse.

Ordløs kommunikasjon

Det samiske begrepet dearvvašvuohta handler om det å kunne leve godt og ha det bra. Som en av deltakerne oppsummerer: «Det dreier seg om hele ditt liv.» Det er etter hvert blitt tydelig for meg er at samtidig som det dreier seg om det personlige livet, er hovedfokuset ikke på individet, men på forholdet mellom mennesker, og på forholdet menneskene har både til den synlige og den usynlige verden. Deltakerne i min avhandling tydeliggjør at den indirekte kommunikasjonsformen oppfattes som en verdifull arv i forhold til dearvvašvuohta – det å kunne leve godt. Den tause og indirekte kommunikasjonsformen er altså viktig på to måter: Fordi det er slik «helse» og «sykdom» formidles, og fordi man mener at kommunikasjonsformene i seg selv er helsefremmende. Det sies at stillhet og nærhet med andre fremmer dearvvašvuohta, liksom

«Våre samiske kropper bærer med seg all den erfaring og kunnskap som vi har fått med oss fra barndommen av.»



godt humør og mye latter. Forståelsen blir tydeliggjort gjennom eksempler fra hverdagslivet, som viser hvordan en gjennom ordløs kommunikasjon kan formidle trøst til mennesker som er i en vanskelig livssituasjon, samtidig som verdighet og respekt for enkeltmenneske blir ivare tatt og uttrykt.

Denne forståelsen kan belyses gjennom Gadamer, som sier at det ligger i helsen vesen at den selv holder seg innenfor særskilte grenser. Helse er der som en velvære, og om helsen ikke lar seg måle, så er det nettopp fordi helse er en tilstand av indre balanse og er i overensstemmelse med seg selv. I menneskets natur er helsen til daglig skjult og holder seg taus, men man kjenner at man er et levende menneske som er foretaksom, full av liv, og ikke tynget av tretthet og anstrengelser. Det er helse (Gadamer, 2003, s. 10-24).

Beskyttelsesfaktor for enkeltmennesket

Samisk kommunikasjonsform blir i tillegg nevnt som konfliktforebyggende i samhandling mellom mennesker. Her blir blant begrepet samisk etikk introdusert som en del av den indirekte samiske kommunikasjonsformen. Barna lærer tidlig å bli herdet gjennom kommunikasjonsformene, slik at de får opparbeidet

styrke til å takle uventete situasjoner senere i livet. Forebyggende helsearbeid blir brukt om det å innstille seg på at ting kan gå galt, fordi en aldri kan være for sikker på hva livet bringer med seg.

Den samiske forståelseshorizonten når det gjelder «sykdom»: Gjennom tausheten om sykdommene, mener deltakerne at det vises høflighet og respekt. Deltakerne beskriver en habitus der samisk omsorg ytes gjennom taushet og stillferdige tiltak i humørfylte møter. Det vises en trøstende funksjon, uten mye bruk av ord. Om noen viser tegn til at de ikke har det bra, velger en å innta en vente- og se-innstilling til situasjonen. Problemer og tristhet får være i fred inntil situasjonen er mer avklart. En slik væremåte blir beskrevet som en beskyttelsesfaktor for enkeltmennesket. Det kommer frem at den som ikke har det bra ofte vil være alene, og selv ta ansvar for sitt liv, da en ikke ønsker å vise sin svakhet overfor andre. En bør ha en indre styrke til å bære det en møter i livet.

To ulike forståelseshorisonter

Mine funn i min forskning viser to ulike forståelseshorisonter i forhold til det som på norsk blir betegnet som psykiske lidelser. Ut fra deltakernes forståelse blir en slik tilstand ikke betegnet som sykdom. De diagnostiske begrepene på dette området blir oppfattet som meningsløse og intetsigende. Det deltakerne forteller, kan tyde på at det er lite aksept for det som på norsk blir kalt for nerveplager eller psykiske lidelser. Slike plager blir betraktet som et alvorlig stort nederlag innad i det samiske samfunnet. En tosidighet blir tydelig her, fordi årsaken til en forvirringstilstand blir plassert utenfor personen som er blitt utsatt for dette. Det er andre personer eller krefter som har forårsaket tilstanden. Deltakerne forteller om hvordan ånder og de dodes energi kan være gode hjelpere, og påføre det onde på mennesker. Det snakkes om bijahallan, altså at andre kan sette ond på en slik at en kommer i ubalanse. En av deltakerne sier: «På en måte både tror jeg og ikke tror jeg på bijahallan-fenomenet, men den samiske forståelsen bærer jeg allikevel alltid med meg.

En slik forståelse kan også være en trøst og et bidrag til å mestre hverdagen. En unngår likevel å bli stemplet som en svak person. Både ulike ånder og de dodes energi ser fortsatt ut til å ha en sentral funksjon i samisk hverdagsliv, slik at de både kan være gode hjelpere og påføre det onde på levende mennesker. Den samiske forståelsen ser her ut til å være sterkt forankret i den samiske førkristne



«Både ulike ånder og de dødes energi ser fortsatt ut til å ha en sentral funksjon i samisk hverdagsliv.»

samiske religion, hvor de døde hadde en sentral plass i den levende hverdagen (Pollan, 1993).

Møte med norsk helsevesen

Deltakerne peker på en tendens til at samiske pasienter blir usynlige og tause i møte med et norsk helsevesen. De framhever at også samiske ungdommer har behov for å bruke samisk språk, og opplever at de blir møtt med større forståelse av samiske helsearbeidere gjennom kommunikasjon uten bruk av mange ord. Samiske helsearbeidere opplever at samiske pasienter kan bli forvirret i møte med norske helsearbeidere som er for direkte. Det sies at også norske helsearbeidere opplever at de står i fare for å misforstå samiske pasienters problemer. Pasienters myndiggjøring gjennom direkte kommunikasjon, informasjon og medvirkning er i dag et uttalt mål. Men det er mange situasjoner i helsevesenet der det er avgjørende at helsepersonell kan kommunisere på en varsom og indirekte måte, også uavhengig av kulturforhold. Bedre kjennskap til samiske kommunikasjonsformer og helse- og sykdomsforståelse kan kanskje bidra til å nyansere den generelle forståelsen av kommunikasjon i helsevesenet, der det i dag legges stor vekt på det språklige og i økende grad også det skriftlige.

De samiske deltakerne viser at de må forholde seg til to verdener med ulike kunnskapssyn og verdier. Det å måtte forholde seg til to virkelighetsforståelser i måtene å forstå og forholde seg til helse og sykdom på, skaper naturlig nok etiske dilemmaer når en samisk pasient skal få tilbud i et norsk helsesystem. Samiske helsearbeidere opplever at de ikke er tilstrekkelig i stand til å gi helsetilbud til samiske pasienter slik de vet at samiske pasienter forventer av dem. Mangel på kunnskaper om den samiske pasientens levemåte fører til at samiske helsearbeidere til tider må arbeide gratis over tid. Utdanning i et norsk system fører også til usikkerhet om en er i stand til å gi gode nok helsetilbud til samiske pasienter, da det ikke finnes noe samisk faglitteratur som de kan støtte seg til. Sist men ikke minst fortelles det om den sorgen de må oppleve i sitt arbeid når de må se at den samiske pasienten ikke får det som i norsk helsevesen heter likeverdig helsetilbud til alle i Norge.

Oppsummering og avslutning

Funnene tyder på at «helse og sykdom» blir forstått innenfor en horisont av samiske tradisjoner og samisk habitus. Derfor kan vi si at det dreier seg om en samisk forståelseshorisont, selv om den høyst sannsynlig ikke er den eneste horisonten for forståelse av «sykdom» og «helse» i samiske samfunn og i ulike samiske tradisjoner. Deltakerne understreker at «sykdom» blir betraktet som noe fremmed, noe som kommer utenfra. Også begrepet «helse» blir beskrevet som utvendig og unødvendig. I stedet bruker deltakerne begrepet tilstand som inngår i livet som helhet. De norske begrepene «helse og sykdom» kan i og for seg oversettes til samisk, men i denne forståelseshorisonten får de en annen mening enn på norsk.

Den samiske horisont vil bevege seg ettersom det samiske samfunnet endrer seg. Men den har vært temmelig lukket. De fleste deltakerne sier at den samiske forståelsen i dag fortsatt er mye skjult. Denne forståelsen handler altså om menneskets hele plass i tilværelsen. Det er naturlig siden sykdom og helse dreier seg om liv og død. Et gjennomgående trekk er at ingen kan vite hva fremtiden vil bringe med seg, og at menneskene kan gjøre lite fra eller til når det gjelder liv og død. Det er forståelse som viser at menneskene generelt innstiller seg på å godta det livet bringer med seg. Normen om at en ikke skal snakke om sykdom, kan kanskje forstås slik at en ikke skal overskride denne grensen. En har ikke rett til å felle dommer med ord. Derfor skal en ikke snakke om sykdom. Dermed bør de ikke oppføre seg som om de selv skal mestre det som skjer. Det som også kommer tydelig frem fra flere deltakere at ordene har makt til å forstyrre. De kan få problemer til å vokse, og bryte opp den orden som er i tilværelsen. I denne forståelseshorisonten ser det ut til at individet er mindre viktig enn forholdet mellom menneskene, og menneskenes forhold til den synlige og usynlige verden.

Den tause forståelsen

Deltakerne har forklart at selv når det ikke brukes ord, kan det likevel være en fullverdig kommunikasjon mellom menneskene. Tausheten blir brukt bevisst som beskyttelse. En verner om egen og andres styrke, og om egne og andres følelser. Gjennom tausheten verner en også om kulturen. Med tausheten blir samisk arbevi-



SAMISK FORSTÅELSESHORISONT: Deltakerne understreker at «sykdom» blir betraktet som noe fremmed, noe som kommer utenfra.

erru utlignelig for kritikk eller latterliggjøring. Flere av deltakerne uttrykker at det kan utgjøre en risiko i å snakke om disse tingene. En slik forståelseshorisont kan naturlig nok komme i motsetning til den vitenskapelige forståelseshorisonten, der man nettopp forsøker å få kontroll over problemene, og der forståelsen må gjøres uttrykkelig og skriftlig. Funnene viser hvordan denne motsetningen er kilde til flere typer samhandlingsproblemer mellom samiske pasienter og det norske helsevesenet.

Funnene viser også at den indirekte og tause kommunikasjonsformen ikke er uttrykk for mangler, eller behov for utvikling, i den samiske kulturen. Selv om den ikke er uten vanskeligheter, må den betraktes som en verdi for det samiske samfunnet. Det ligger et paradoks i det å skulle skriftliggjøre denne tause forståelsen. En forandrer det en vil beskrive. Men selv om den tause forståelsen blir beskrevet med ord, vil den kanskje fortsatt være taus, i møtet med den samiske forståelse. ■

Litteraturliste

- Andersen, G. B. (2007). Å berges: erfaringer om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser i sjøsamisk område. Masteroppgave i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark; Høgskolen i Vestfold; Høgskolen i Gjøvik, Eleverum.
- Bongo, B. A. (2013) «Samer snakker ikke om helse og sykdom». Psykisk helse og rus (2013) 1,32-39.
- Bongo, B. A. (2012) «Samer snakker ikke om helse og sykdom». Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur. Avhandling (ph.d.), Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, Tromsø.
- Bongo, B. A. (2006). En bærer i den samiske kulturen. I: U. Knutstad (Red.), *Smitte* s. 76–99. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Bongo, B. A. (2002). "Hva er en bærer"? : belysning om en måte å forstå psykiske lidelser på i den samiske kulturen. Hovedfagsoppgave, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Bongo, B. A. (1986). Sykepleie som mellommenneskelig aspekt. Hva betyr kulturell bakgrunn og identitet i utøvelse av god sykepleie? *Sámi Medica: Sámi Doaktáriid Searvi Áigečála*. Samisk legeförening, Karasjok, Bd.3/1986 s.19-22.
- Bourdieu, P. (2006a). *Kapitalens former*. Agora. Nr. 1-2 s.5-26.
- Bourdieu, P. (2006b). *Maktfeltet og dets forvandlinger*. Agora. Nr. 1-2 s.112-134.
- Bourdieu, P. (2006c). *Strukturer, habitus, praksiser*. Agora. Nr. 1-2 s. 53-74.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels forlag.
- Dagsvold, I. (2006). «In gille huma» – de tause rommene i samtalen: samiske fortellinger om kreft. Masteroppgave i sykepleie og helsevitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Gadamer, H.-G. (1999). *Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip*. I: J. Gulddal & M. Møller (Red.), *Hermeneutik: en antologi om forståelse* s.127–183. København: Gyldendal.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Den gåttfulla hälsan: essäer och föredrag*. Ludvika: Dualis.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Gadamer, H.-G., & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.
- Henriksen, A. M. (2010). *Å stoppe blod: fortellinger om læsing, helbredelse, varsler og hjelpere*. Oslo: Cappelen Damm.
- Mehus, G. (2002). "Har du ringt nån?": en belysning av læserens betydning for den syke, med bakgrunn i 4 fortellinger fra Nord-Norge. Hovedoppgave i helsefag, Universitetet i Tromsø, Institutt for klinisk medisin, Tromsø.
- Nymo, R. (2003). «Har løst å kle på sæ kofte, men tør ikkje og vil ikkje»: en studie av fororskning, identitet og kropp i markebygdene i Ofoten og Sør-Troms. Hovedoppgave i sykepleievitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Pollan, B. (1993). *Samiske sjamaner: religion og helbredelse*. Oslo: Gyldendal.
- Porsanger, J. (2004). *An Essay about Indigenous Methodology*. Nordlit (15), s. 105–120.
- Porsanger, J. (2005). "Bassejoga cáhci": gáldut nuortasámiid eamioskkoldaga birra álgoálbmotmetodologijaid olis. Avhandling (dr.art.), Romssa universitehta humanisttalaš fakultehhta, Romssa.

Lærer bort åndelig omsorg i palliasjon

Ansatte ved St. Olavs Hospital har undervist på seminarer i Kamerun, for å spre kunnskap om åndelig og eksistensiell omsorg i palliasjon.

Tekst **Anne Hirsch**, sykehusdiakon-spesialist og **Ingebrigt Røen**, sykehusprestspesialist/phd-stipendiat

Rektor ved Teologisk Institutt i Meiganga i Kamerun, dr.theol. Jean Koulagna besøkte prestatjenesten ved St. Olavs Hospital i september 2013 og ble kjent med arbeidet vårt. Han fattet særlig interesse for arbeidet med palliasjon og åndelig/eksistensiell omsorg for alvorlig syke og døende. Sammen med direktør for kirkens helsearbeid dr.med. Aroga, tok rektor Koulagna initiativ til et samarbeidsprosjekt. Og vinteren 2014 ble det inngått en formell samarbeidsavtale mellom prestatjenesten ved St. Olavs Hospital, som ligger under organisasjonsavdelingen og Teologisk Institutt sammen med helsearbeidet i den Evangelisk Lutherske Kirken i Kamerun.

Avtale

Avtalen består i samarbeid om et seminar i Kamerun om åndelig/eksistensiell omsorg i palliasjon for leger, sykepleiere, sosionomer, sykehusprester og teologistudenter. St. Olavs Hospitals bidrag har vært undervisning. Foreløpig har en ukes seminar med 70 deltakere blitt gjennomført i Meiganga i mai 2014 og Garoua Boulai i april 2015. Deltakerne har vært ledere på sykehusavdelingene og helseklinikkene i distriktet, leger, sosionomer, sykehusprester og teologistudenter.

Mange ulike tema

Foredragsholdere fra Kamerun

Ledende sykehusprest i Ngaoundéré Felix

Ndoiyama, overlege Dr. Med. Solofo ved sykehuset i Garoua Boulai, Dr.Theol. Joseph Ngah, rektor Dr. Theol. Jean Koulagna, direktør Dr. Med. Simon Aroga, seksjonsleder ved palliativ avdeling sykepleier Remi Kalnime, overlege Adrien ved Garoua Boulai hospital, Dr. Berved Zogoi, sjeflege Ngaoundéré Hospital.

Tema:

- Helse og tro
- Sjelsorg – prinsipper, typer og metoder
- Kjærlighetens betydning i palliasjon
- Sykdom og lidelse
- Bibelske perspektiver på sykdom
- Bibelske eksempler på sykdom og presentasjon av case til samtale
- Afrikansk forståelse av sykdom og behandling og død
- Palliasjon – inkurabel sykdom og død
- De medisinske utfordringene knyttet til palliasjon
- Smerter og end-of-life
- Pasientens behov i palliasjon og palliasjonens betydning
- Kjærlighetens betydning i palliasjon
- Ledelse av gruppearbeid på Garoua Boulai Hospital. En lege i hver gruppe samtalte med en pasient på sykeværelset. Refleksjon gruppevis i etterkant under et tre.

Foredragsholdere

fra St. Olavs Hospital

De ansatte fra St. Olavs Hospital, syke-

husdiakon Anne Hirsch og sykehusprest Ingebrigt Røen har stått for knapt halvparten av undervisningen.

Tema:

- Hospice-filosofi og palliasjon
- Åndelig/eksistensiell omsorg. Pasientens behov
- Sorg og arbeid med sørgende
- Hjelperelasjonen – teologiske aspekter
- Hva sliter og hva gir slitestyrke?
- Jeg og døden – et gruppekonsept
- God refleksjonskultur – bedre behandling
- Etikk i palliasjon
- Smerte hos pasienter (type smerte og smertekontroll)
- Oppfølging av familier til pasienter med uhelbredelig sykdom
- Kommunikasjon i palliasjon
- Arbeidet og team-ånden i palliativ omsorg
- Følelser og påkjenninger knyttet til en nærstående pasients død. Pårørende og ansatte.

Seminarene

Gjennom begge seminarene ble det lagt vekt på at palliasjon er helhetlig og omfatter fire dimensjoner: fysisk, psykisk, sosial og åndelig/eksistensiell omsorg. Derfor er palliasjon tverrfaglig og nødvendigheten av tverrfaglig samhandling ble også sterkt poengtert. Derfor var også alle faggrupper

«Sykdomsforståelsen er annerledes enn vår.»

invitert til samme seminar og lærte hverandre å kjenne både faglig og personlig.

Evaluering

60 deltakere svarte skriftlig og anonymt på evalueringsskjema begge år, og kurset ble svært positivt evaluert. Det som ble nevnt oftest som positivt var:

- Fellesskapet. Respekten mellom yrkesgruppene
- Gruppearbeidet
- Svært mange skrev at de hadde lært mye nytt og anvendelig om hva palliasjon er.
- Mange skrev at arbeidet deres ville bli annerledes etter dette
- Atskillige skrev også at de hadde lært viktige ting for sitt eget liv.

Deltakerne ønsker seg enda mer tid til samtale og refleksjon. Tema-ønsker for 2016 var blant annet hiv, foreldreløse barn og traumer.

Neste år – 2016

Dr. Aroga, som har vært direktør i 12 år for sykehuset i Ngaoundéré og nå er direktør for hele kirkens helsearbeid og

overlege på sykehuset, uttalte med tårer i øynene at samarbeidet om palliasjon har historisk betydning i Kamerun. Arrangørene var enige om at man ønsker å gjenomføre et lignende kurs neste år. Det tenkes lagt til sykehuset i Ngaoundéré, som er et større sted. Byen har to millioner innbyggere og arrangementet kan legges til kirkens lokaler like ved kirkens sykehus, som ligger i et muslimsk strøk og har et stort flertall av muslimske pasienter. Der kan flere delta på undervisningen og sykehusprestene fra hele kirken kan være i praksis/hospitering under veiledning på sykehuset deler av kurset. Vår deltakelse er ønsket.

Utfordringer i Kamerun

Vi lærte mye om de særlige utfordringene som kameruneserne møter. Pasientene må betale for behandling. Medisiner er mindre tilgjengelige. Sykdomsforståelsen er annerledes enn vår. Vi lot oss imponere av det arbeidet som gjøres, og håper at samarbeidet kan fortsette. Morfin er lite tilgjengelig i Kamerun. Sykehusene i den lutherske kirken har tilgang til morfin gjennom

en samarbeidspartner, men økonomien setter begrensninger også for dette legemiddelet. Det palliative teamet i Ngaoundéré har morfin, de to øvrige teamenes medlemmer har også utdanning i palliasjon, men mangler morfin. På spørsmål fra oss ble det sagt at med 1 200 000 cfa (cirka 17 000 kr) ville alle tre team ha hatt tilstrekkelig med morfin som kunne lindre den fysiske smerten og dermed muliggjøre bedre sosial, åndelig og psykologisk ivaretagelse. Dette som eksempler på den virkeligheten vi møtte.

Inspirasjon til arbeidet

En viktig suksessfaktor var at ulike yrkesgrupper var invitert til felles kurs. Møtet med palliasjon i kamerunsk kultur bekrefter betydningen av denne måten å arbeide på.

Inspirert av seminaret i Kamerun startet vi høsten 2015 en videreutdanning for kreftsykepleiere, prester og diakoner i 13 kommuner i Orkdal-området som en del av det såkalte Orkdalsprosjektet som skal bedre kreftomsorgen gjennom kompetanseheving, bedre samhandling og implementering av pasientforløp. ■

KAPSLER, harde 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver kapsel innh.: Panobinostatlaktat tilsv. panobinostat 10 mg, resp. 15 mg og 20 mg, mannitol, hjelpestoffer. Fargestoff: Alle styrker: Svart jernoksid (E 172), titandioksid (E 171), 10 mg. Gult jernoksid (E 172), brillantblå FCF (E 133), 15 mg. Gult og rødt jernoksid (E 172), 20 mg. Rødt jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Indisert i kombinasjon med bortezomib og deksametason, til behandling av voksne med residuerende og/eller refraktær myelomatose som har fått minst 2 tidligere behandlingsregimer inkl. bortezomib og et immunmodulerende legemiddel. **Dosering:** Behandling bør startes opp av lege med erfaring innen kreftbehandling. Anbefalt startdose er 20 mg 1 gang daglig, på dag 1, 3, 5, 8, 10 og 12 i en 21 dagers sykklus (3 uker). Pasienten bør først behandles i 8 sykkluser. Ved klinisk nytte anbefales ytterligere behandling i 8 sykkluser. Total behandlingstid er opptil 16 sykkluser (48 uker). For start av kombinasjonsbehandling bør preparatomalen til bortezomib og deksametason leses for å vurdere om dosereduksjon er nødvendig. Anbefalt dose av bortezomib er 1,3 mg/m² gitt som en injeksjon. Anbefalt dose av deksametason er 20 mg tatt oralt på full mage. **Anbefalt doseringsplan i kombinasjon med bortezomib og deksametason:**

Syklus 1-8:

	Uke 1	Uke 2	Uke 3
Panobinostat	Dag 1, 3 og 5	Dag 8, 10 og 12	Pause
Bortezomib	Dag 1 og 4	Dag 8 og 11	Pause
Deksametason	Dag 1, 2, 4 og 5	Dag 8, 9, 11 og 12	Pause

Syklus 9-16:

	Uke 1	Uke 2	Uke 3
Panobinostat	Dag 1, 3 og 5	Dag 8, 10 og 12	Pause
Bortezomib	Dag 1	Dag 8	Pause
Deksametason	Dag 1, 2	Dag 8, 9	Pause

Anbefalinger for overvåking: Fullstendig blodcelletelling må utføres for behandlingsstart. Baseline blodplattel bør være $\geq 100 \times 10^9$ /liter og absolutt nøytrofilitt $\geq 1 \times 10^9$ /liter. Full hematologisk status bør overvåkes hyppig under behandling, spesielt før hver injeksjon av bortezomib, særlig ved trombocytopeni. For oppstart av enhver behandlingssykklus bør blodplattel være $\geq 100 \times 10^9$ /liter. Ytterligere blodtellinger bør vurderes under pauser f.eks. på dag 15 og/eller 18, spesielt hos pasienter ≥ 65 år og pasienter med blodplattel $< 150 \times 10^9$ /liter ved baseline. Da panobinostat kan øke QTc-intervallet bør EKG tas for behandlingsoppstart, og gjentas regelmessig for hver behandlingscyklus. QTc,F bør være < 480 msek for oppstart. Blodelektrolytter, spesielt kalium, magnesium og fosfor, bør måles ved baseline og overvåkes regelmessig, spesielt hos pasienter med diaré, og korrigeres ved behov. Leverfunksjonen bør overvåkes før behandling og regelmessig under behandling som klinisk indisert, spesielt ved nedsatt leverfunksjon. Skjoldkjertel- og hypofysefunksjon bør overvåkes ved å måle hormonnivåer (f.eks. fritt T4 og TSH) som klinisk indisert. **Dosejustering:** Dersom dosereduksjon er nødvendig, bør panobinostatdosen reduseres med 5 mg. Bør ikke reduseres til < 10 mg, og samme behandlingsplan (3 ukers sykklus) bør følges. **Dosejustering ved trombocytopeni:**

Grad av trombocytopeni på behandlingsdagen	Justering av startdose panobinostat	Justering av startdose bortezomib	Dose panobinostat ved bedring til grad 2 ($\geq 50 \times 10^9$ /liter)	Dose bortezomib ved bedring til grad 2 ($\geq 50 \times 10^9$ /liter)	
Grad 3				1 dose utelatt	>1 dose utelatt
Blodplattel $< 50 \times 10^9$ /liter med blødning	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med redusert dose	Fortsett med samme dose	Fortsett med redusert dose
Grad 4					
Blodplattel $< 25 \times 10^9$ /liter	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med redusert dose	Fortsett med samme dose	Fortsett med redusert dose

Blodplattel bør måles minst 2 ganger i uken frem til $\geq 50 \times 10^9$ /liter. Blodplattetransfusjoner kan være nødvendig. Seporering kan vurderes hvis trombocytopenien ikke bedres til tross for justeringer som beskrevet i tabellen og/eller pasienten trenger gjentatte blodplattetransfusjoner. **Dosejustering ved gastrointestinal toksisitet (diaré, kvalme eller oppkast):**

Grad av diaré på behandlingsdagen	Justering av startdose panobinostat	Justering av startdose bortezomib	Dose panobinostat ved bedring til grad ≤ 1	Dose bortezomib ved bedring til grad ≤ 1
Grad 2 til tross for anti-diarrøika	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med samme dose	Fortsett med redusert dose eller endre til 1 gang/uke
Grad 3 til tross for anti-diarrøika	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med redusert dose	Fortsett med redusert eller samme dose, men 1 gang/uke
Grad 4 til tross for anti-diarrøika	Seponer	Seponer		

Ved første tegn på magekramper, hos avføring eller begynnende diaré, anbefales det at pasienten behandles med anti-diarrøika (f.eks. loperamid). Profylaktiske midler mot kvalme (f.eks. proklorperazin) bør administreres etter legens vurdering. **Dosejustering ved nøytropeni:**

Grad av nøytropeni på behandlingsdagen	Justering av startdose panobinostat	Justering av startdose bortezomib	Dose panobinostat ved bedring til grad 2 ($< 1,5 \times 10^9$ /liter)	Dose bortezomib ved bedring til grad 2 ($< 1,5 \times 10^9$ /liter)
Grad 3 ($< 1,0,5 \times 10^9$ /liter)	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med samme dose	Fortsett med samme dose
Grad 4 ($< 0,5 \times 10^9$ /liter) eller febril nøytropeni ($< 1 \times 10^9$ /liter og feber $\geq 38,5^\circ\text{C}$)	Utelatt dose	Utelatt dose	Fortsett med redusert dose	Fortsett med samme dose

Ved nøyropeni grad 3 eller 4 bør legen vurdere bruk av vekstfaktorer som G-CSF iht. lokale retningslinjer. Seponering kan vurderes hvis nøytropenien ikke bedres til tross for doseendringer og/eller tillegg av behandling med G-CSF, og/eller ved alvorlige sekundære infeksjoner. **Dosejustering ved QTc-forlengelse:** For behandlingsstart: Ved QTc,F ≥ 480 msek bør behandlingsstart utsettes til gjennomsnittlig QTc,F har returnert til < 480 msek. I tillegg bør unormalt kalium-, magnesium- eller fosfornivå i serum korrigeres før behandlingsstart. Under behandling: Dosen bør utelates dersom QTc,F er ≥ 480 msek eller > 60 msek fra baseline. Hvis QTc,F forlengelsen er borte i løpet av 7 dager, gjenoppsett opprinnelig dose eller redusert dose hvis QTc,F forlengelsen er tilbakevendende. Seponeres hvis QTc,F forlengelsen ikke er borte innen 7 dager. Seponeres under alle omstendigheter dersom QTc,F verdit er > 500 msek. **Dosejustering ved andre bivirkninger:** Ved tilbakevendende toksisitet av CTC-grad 2, eller ved CTC-grad 3 og 4, utelates dosen inntil bedring til CTC-grad ≤ 1 . Behandlingen gjenoppstartes da med redusert dose. Ved tilbakevendende toksisitet av CTC-grad 3 eller 4 kan en ytterligere dosereduksjon vurderes etter bedring til CTC-grad ≤ 1 . **Glemt dose:** Hvis en dose glemmes, kan den tas inntil 12 timer etter den angitte doseringstiden. Kaster pasienten opp skal det ikke tas en ekstra dose, men ventes til neste vanlige forskrevne dose. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ved lett nedsatt leverfunksjon bør en starte med en redusert dose på 10 mg i 1. behandlingscyklus. Doseøkning fra 15 mg til 20 mg kan vurderes basert på toleranse. Ved moderat nedsatt leverfunksjon bør en starte med en redusert dose på 10 mg i løpet av 1. behandlingscyklus. Doseøkning fra 10 mg til 15 mg kan vurderes basert på toleranse. Disse pasientene bør overvåkes tettere, spesielt i doseopptrappingsfasen. Bør ikke gis ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Justering av startdosen ved nedsatt leverfunksjon:

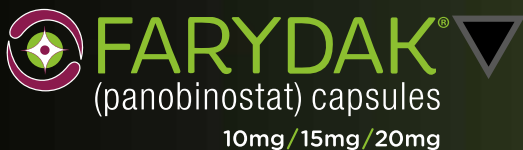
Grad av nedsatt leverfunksjon	Bilirubinivå	ASAT-nivå	Justering av startdose panobinostat	Justering av startdose bortezomib
Lett	$\leq 1 \times \text{ULN}^1$	$> \text{ULN}$	Reduser til 15 mg i 1. sykklus. Vurder doseøkning opptil 20 mg i påfølgende sykkluser basert på toleranse	Ingen
Moderat	$> 1 \times \text{ULN}$ og $\leq 1,5 \times \text{ULN}$	Alle	Reduser til 10 mg i 1. sykklus. Vurder økning opptil 15 mg i påfølgende sykkluser basert på toleranse.	Reduser til 0,7 mg/m ² i 1. sykklus. Vurder økning til 1 mg/m ² eller ytterligere reduksjon til 0,5 mg/m ² i påfølgende sykkluser basert på toleranse.

¹ULN (Upper Limit of Normal), dvs. øvre normalområde **Nedsatt nyrefunksjon:** Justering av startdosen er ikke nødvendig. Er ikke undersøkt ved terminal nyresykdom eller pasienter i dialyse. **Barn og ungdom < 18 år:** Ikke indisert. **Eldre > 65 år:** Høyere frekvens av enkelte bivirkninger. Bør overvåkes tettere, spesielt mht. trombocytopeni og gastrointestinal toksisitet. For eldre > 75 år kan justering av startdosen og doseringsplanen for komponentene av kombinasjonsregimet vurderes, avhengig av generell tilstand og andre sykdommer. Startdose på 15 mg kan gis. Hvis den tolereres i 1. sykklus, økses dosen til 20 mg i 2. sykklus. Bortezomib kan startes med 1,3 mg/m² 1 gang ukentlig på dag 1 og 8, og deksametason med 20 mg på dag 1 og 8. **Administrering:** Tas peroralt 1 gang daglig kun på planlagte dager, til samme tid hver gang. Kan tas med eller uten mat, men samtidig inntak av stjernefrukt, granatepler eller grapefrukt (og tilsv. juice) skal unngås. Skal svelges hele med vann. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses. Skal ikke åpnes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Amming, Forsiktighetsregler: Reduksjon av blodplattel:** Pga. alvorlige hematologiske bivirkninger skal fullstendig hematologisk status undersøkes før oppstart og overvåkes hyppig under behandling, spesielt ved nedsatt leverfunksjon. **Dosering:** Blodninger: Lege og pasient bør være oppmerksom på økt risiko for trombocytopeni og mulighet for blødning, spesielt ved koagulasjonsforstyrrelser eller hos de som får antikoagulasjonsbehandling. **Infeksjon:** Bør ikke startes opp ved aktive infeksjoner. Eksisterende infeksjoner bør behandles før oppstart. Pasienten bør overvåkes for tegn og symptomer på infeksjoner under behandling. Ved infeksjonsdiagnose skal egen antiinfektiv behandling startes umiddelbart, og seponering vurderes. Bør seponeres ved invasive systemisk sopplinfeksjonsdiagnose, og passende antifungal behandling bør igangsettes. **Gastrointestinale sykdommer:** Profylaktiske antiemetika kan vurderes. Antiemetika med kjent risiko for QTc-forlengelse bør unngås med forsiktighet. Ved første tegn på magekramper, hos avføring eller begynnende diaré bør pasienten behandles med anti-diarrøika eller annen tilleggsbehandling. Intravenøs væske- og elektrolytterstatning kan brukes etter behov. Avføringsmidler bør brukes med forsiktighet pga. mulighet for forverring av diaré. Pasienten bør rådes til å kontakte lege for å diskutere bruk av ev. avføringsmidler. **EKG-forandringer:** Måling av elektrolytter og EKG bør utføres ved baseline og regelmessig under behandlingen, særlig ved alvorlig gastrointestinal bivirkning. Bør brukes med forsiktighet ved betydelig risiko for QTc-forlengelse, inkl. pasienter med lang QT-syndrom, ukontrollert eller betydelig hjertesykdom, inkl. nylig hjerteinfarkt, hjertesvikt, ustabil angina eller klinisk signifikant bradykardi. **Hypotyreose:** Se Dosering. **Biljøring/bruk av maskiner:** Forsiktighet bør utvises da svimmelhet og hodepine kan forekomme. **Interaksjoner:** Metaboliseres 40% via CYP3A4 og et P-gp-substrat. Dosen bør derfor reduseres ved samtidig bruk av sterke CYP3A4- eller P-gp-hemmere. Stjernefrukt, grapefrukt, granatepler og tilsv. juice, samt enkelte kosttildskudd og naturmedisiner kan også hemme CYP3A4, og bør unngås. Samtidig bruk av sterke CYP3A4-induktorer kan redusere panobinostatseponering og bør unngås. Uungå bruk av panobinostat hos pasienter som bruker CYP2D6-substrater med et smalt terapeutisk vindu, da konsentrasjonen av disse kan økes. Ved samtidig bruk med sensitive CYP2D6-substrater, doseretter CYP2D6-substratene individuelt basert på toleranse, og følg pasientene tett med tanke på bivirkninger. Panobinostat kan potensielt forlenge QT-intervallet. Samtidig bruk av antiarytmika og andre virkestoffer som er kjent for å forlenge QT-intervallet er ikke anbefalt. Antiemetika med kjent risiko for QTc-forlengelse bør brukes med forsiktighet. **Graviditet, amning og fertilitet: Graviditet:** Panobinostat cytostatisk/cytotoksisk virkningsmekanisme er potensiell risiko for fostret høy. Bør kun brukes ved graviditet dersom fordelene oppveier risikoen. Fertile kvinner må bruke svært effektiv barriereprevensjon under behandling og i 3 måneder etter siste dose. Menn og deres kvinnelige partnere må bruke svært effektiv prevensjon under behandling og i 6 måneder etter siste dose. **Amming:** Kontraindisert. **Fertilitet:** Mannlig fertilitet kan svekkes. **Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Blod/lymfec. Pancytopeni, trombocytopeni, anemi, leukopeni, nøytropeni, lymfopeni. Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast, magesmerter, dyspepsi. Hjerte/kar: Hypotensjon. Infeksjoner: Øvre luftveisinfeksjon, lungebetennelse. Lufteveier: Hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Søvnløshet, stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt, hypofosfatemi, hyponatremi, hypokalemi. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Utmattelse, perifer ødem, feber, asteni. **Vanlige ($\geq 1/10$ til $< 1/10$):** Endokrine: Hypotyreose. Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning, blod i avføring, gastritt, betennelse i leppene, oppblåst mage, munntørhet, flatulens. Hjerte/kar: Bradykardi, atrieflimmer, sinusakykardi, takykardi, palpitasjoner, hypertensjon, hematom, ortostatisk hypotensjon. Hud: Hudlesjoner, utslett, erytem. Infeksjoner: Septisk sjokk, urveinsinfeksjon, virusinfeksjon, oral herpes, Clostridium difficile-kolitt, melomelorettennelse, cellulitt, sepsis, gastroenteritt, nedre luftveisinfeksjon, candidainfeksjon. Lever/galle: Unormal leverfunksjon, hyperbilirubinemi. Lufteveier: Respirationssvikt, ralling, tungpustethet, neselblødning. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. Neurologiske: Intrakraniell blødning, synkope, tremor, smaksforstyrrelser. Nyre/urineveier: Nyresvikt, hematuri, urininkontinens. Stoffskifte/ernæring: Hyperglykemi, dehydrering, hypoalbuminemi, væskeretensjon, hyperurikemi, hypokalemi, hypomagnesemi. Undersøkelser: Økt urinsyre i blod, redusert GFR, økt ALP i blod, forlenget QT, økt kreatinin i blod, økt ALAT, økt ASAT. Øye: Konjunktivalblødning. Øvrige: Frysninger, gale. **Mindre vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Kolitt, hettamete, gastrointestinale smerter. Hjerte/kar: Hjerteinfarkt, blødningssjokk. Hud: Petekier. Infeksjoner: Fungal lungebetennelse, hepatitt B, aspergillus. Lufteveier: Lungeblødning, hemoptyse. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Primært hematologiske og gastrointestinale forstyrrelser som trombocytopeni, pancytopeni, diaré, kvalme, oppkast og anoreksi. **Behandling:** Hjertovervåking og undersøkelse av elektrolytter og blodplattelelling bør foretas, og støttebehandling gis om nødvendig. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Histondeacetylase. HDAC- og HDAC-hemmer. Hemming av HDAC resulterer i økt acetylering av histonproteiner, en epigenetisk endring som gir delvis åpning av kromatin, og dermed økt transkripsjon, som videre kan føre til stans av cellyklus og/eller apoptose av enkelte transformerte celler. **Absorpsjon:** Rask og nesten fullstendig. C_{max} nås innen 2 timer. Absolutt biotilgjengelighet ca. 21%. Lineær kinetikk i området 10-30 mg. Ved høyere doser øker AUC mindre enn proporsjonalt med dosen. **Proteinbinding:** 90%. Fordeling: V_{dss} ca. 1000 liter. Halveringstid: 3 timer. **Metabolisme:** Utstrakt metabolisme via reduksjon, hydrolyse, oksidasjon og glukuronidering. CYP3A4 viktigst ved oksidasjon, og i mindre grad CYP2D6 og CYP2C19. **Utskillelse:** 29-51% i urin og 44-77% i feces. Uforandret panobinostat utgjør $< 2,5\%$ av dosen i urin og $< 3,5\%$ av dosen i feces. $Cl_{R/F}$ 2,4-5,5 liter/timer. **Pakninger, priser og refusjon: 10 mg:** 6 stk (blister) kr. 48372,70. **15 mg:** 6 stk (blister) kr. 48372,70. **20 mg:** 6 stk (blister) kr. 48372,70.

Sist endret: 02.11.2015 (SPC godkjent 28.08.2015)

Referanser:

- San-Miguel et al. Lancet Oncol, 2014; 15(11):1195-206.
- Farydak SPC (28.08.2015), avsnitt 5.1.



NY OG EFFEKTIV BEHANDLING AV MYELOMATOSE¹

Farydak er indisert kombinasjon med bortezomib og deksametason for pasienter som har fått residiverende og/eller refraktær myelomatose (benmargskreft). Pasienter skal ha fått minst 2 tidligere behandlingsregimer inkludert bortezomib og et immunmodulerende legemiddel før HDAC-hemmeren Farydak kan forskrives.²

Farydak kombinert med bortezomib og deksametason forlenger pasientenes mediane progresjonsfrie overlevelse med 7,8 måneder, fra 4,7 til 12,5 måneder, sammenlignet med placebo + bortezomib og deksametason.²

Kontraindikasjoner og forsiktighetsregler

Kontraindikasjoner:

Amming eller overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregel:

Før oppstart av behandlingen bør blodplatetallet være $\geq 100 \times 10^9/l$ og absolutt antall nøytrofile granulocytter $\geq 1,0 \times 10^9/l$. Blodplatetallet bør alltid være $\geq 100 \times 10^9/l$ før start av en syklusbehandling.

For fullstendig informasjon: Se felleskatalogtekst.



NO1512414142

Kreftforeningens tilbud til fremmedspråklige

De siste årene har Kreftforeningen gjennomført flere tiltak for å bedre informasjonen til innvandrere. I dag tilbyr foreningen blant annet brosjyrer på flere språk og nettsider på polsk og somali.

Av **May Britt Knobloch**,
Kreftforeningen

Kreftforeningen arbeider for å forebygge og bekjempe kreft, samt bedre livskvaliteten for pasienter og pårørende.

De viktigste faktorene som påvirker risikoen for å få kreft, er tobakk, kosthold, inaktivitet, soling, alkohol, infeksjoner, hormonelle forhold, fedme, arv/genetikk samt faktorer i miljøet og omgivelsene som for eksempel radon. De sosiale helseforskjellene og mangfoldet i befolkningen øker. Når kreft oppdages tidlig, øker muligheten for behandling. Fortsatt er det for mange som ikke er kjent med faresignalene for kreft.

I denne artikkelen benytter jeg Statistisk Sentralbyrås definisjon av innvandrere. En innvandrer er en person som er født i utlandet og norskfødte personer som har innvandrerforeldre, det vil si foreldre født i utlandet.

Prosjektstart

I 2012 startet Kreftforeningen og Nasjonal Kompetanseenheter for Minoritetshelse (NAKMI) et prosjekt hvor vi ved bruk av fokusgruppeintervjuer ønsket å kartlegge hvordan og i hvilke kanaler to innvandrergrupper ønsket informasjon om kreft. Prosjektet valgte polakker og somaliere som målgrupper. Begge er store grupper unge innvandrere, den ene i hovedsak arbeidsinnvandrere, den andre i stor grad flyktninger og familiegjenforrente. Forskjellene i kulturell og religiøs bakgrunn er stor. Studien er beskrevet utførlig i Sykepleien i 2014 (1).

Ønskene fra informantene var mange, og Kreftforeningen ansatte erfarne kreftsykepleiere med

Antall innvandrere

Tall fra registreringssystemet viser at det fra Polen og Somalia kom følgende antall innvandrere:

2013: 138 innvandrere, 28 fra Polen, 10 fra Somalia

2014: 245 innvandrere, 45 fra Polen, 29 fra Somalia

2015: 216 innvandrere, 60 fra Polen, 20 fra Somalia

bakgrunn fra Somalia og Polen. De skulle betjene Kreftlinjen (Kreftforeningens rådgivingstjeneste på telefon, chat, e-post og SMS) hver tirsdag ettermiddag, og videreutvikle våre nye nettsider med kreftinformasjon på somali og polsk. I tillegg skulle de delta på informasjonsmøter om kreft rettet mot innvandrere. Alle informantene var enige om at Kreftforeningen måtte «komme ut til dem». De fleste hadde ingen kjennskap til Kreftforeningen. Vi forsto tidlig at her var det nødvendig å bygge tillit før målgruppen ville ta i bruk tilbudene våre. Kreftsykepleierne ble viktige også i arbeidet med å markedsføre de nye tilbudene.

Kreftlinjen på somali og polsk

I september 2013 åpnet vi den nye telefontjenesten og kalte den «Kreftlinjen på somali og polsk». To år senere, i desember 2015, besluttet vi å flytte fokus fra telefontjenesten over til nettsider og informasjonsmøter. Med det var vi tro mot det våre somaliske informanter opprinnelig hadde uttrykt ønske om i fokusgruppene: De likte ideen om anonym chat og telefon dårlig og ville heller møte spesialister ansikt til ansikt.

«Tiden som tilbringes
på nettsidene har økt.»

POLSK PÅ NETT: På Kreftforeningen.no/
polsk finner innvandrere fra Polen informasjon
på sitt eget språk. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

De polske informantene, derimot, ønsket en informasjonstelefon og også andre somaliere vi snakket med fant det merkelig at de somaliske informantene våre ønsket et slikt tilbud. Var det en misforståelse? Hadde de ikke skjært hva som ble sagt? Mye kan tyde på at det var tilfelle; i rapporten fra moderator som gjennomførte fokusgruppeintervjuet, sier informantene at de er redd for språkproblemer. Informantene hadde ikke forstått at tilbudet skulle være på somalisk.

«Fortsatt er det for mange som ikke er kjent med faresignalene.»

Telefonen ble opprettet og prøveperioden skulle være i et år. Prosjektet ble deretter videreført et år om gangen. Dette tilbudet besto av en telefon-, chat- og e-posttjeneste. Den som tok kontakt kunne velge å være anonym, det var gratis fra fasttelefon og fra mobil gjaldt vanlig takst. Der kunne man snakke eller chatte med sykepleiere på eget språk om kreft og kreftrelaterte emner. Sykepleierne hadde taushetsplikt.

Kreftforeningen registrerer alle henvendelser til Kreftlinjen, men registrerer ikke navn, telefonnumre, adresser og så videre. Alle henvendelser er anonyme. Vi registrerer kjønn, om vedkommende er pasient eller pårørende, hvorfor de tar kontakt, med mer. Tall fra 2013 viser status før oppstart av prosjektet. Året etter var det bortimot dobbelt så mange innvandrere som tok kontakt. Og spesielt hos de to gruppene vi hadde laget nye tilbud til, så vi en markant økning. I 2015 kom en nedgang i antall somaliere som tok kontakt, mens antallet polakker som kontakter Kreftlinjen fortsatte å øke.

Etter at det viste seg at knapt noen tok kontakt

■ Om kreftforeningen

Kreftforeningen er en av de største bruker- og interesseorganisasjonene i Norge. I 2015 har organisasjonen 113 000 medlemmer, 25 000 frivillige og 190 medarbeidere som med sitt engasjement skaper gjennomslag for kreftsaken. Kreftforeningen er en viktig samfunnsaktør. Gjennom forskning og forebygging, informasjon, støtte, rådgivning og politisk arbeid bekjemper vi kreft lokalt, nasjonalt og globalt.

på telefon, chat eller e-post, stengte vi den somaliske og polske telefontjenesten.

Det viser seg imidlertid at somaliere og polakker fortsetter å kontakte oss, men på den vanlige Kreftlinjen som er betjent av norsk- og engelsktalende kreftsykepleiere.

Vi har henvendt oss til den somaliske miljøet og spurt en rekke personer, kvinner og menn, om hvordan det kan ha seg at nesten ingen har tatt kontakt med vår somaliske sykepleier. Jeg har fått spennende svar fra flere ressurspersoner i miljøet.

På spørsmål om somaliske kvinner bare er høflige når de sier at de vil ringe Kreftlinjen, fikk jeg dette svaret: «Ja, somaliere kan si «jeg ringer deg» for å vise høflighet og respekt».

Det kan imidlertid være flere praktiske årsaker til at kontakten uteble. Tilbudet gjaldt tirsdager fra kl. 15.00 til 20.00. I tråd med hva informantene fortalte: «Somaliere er ikke så flinke til å notere seg dager og klokkeslett. Mange kan ha glemt åpningstidene og i stedet ringt når det passet best for dem». Hvilket kan forklare at en del telefoner kommer til den opprinnelige Kreftlinjen.

I Norge hører vi at somaliere tilhører mange forskjellige klaner. Kunne det være slik at vår sykepleier tilhørte «feil» klan? Heldigvis kunne flere av ressurspersonene avkrefte det: «Klan er ikke viktig når det gjelder spørsmål om helse». «Det er lite sannsynlig at somaliere flest vet eller bryr seg om klanen til deres sykepleier. Det er mest menn som er opptatt av klan. For flere og flere kvinner, og menn, er ikke klan viktig lenger».

Redde for å bli «avslørt»

Et annet spørsmål vi stilte oss var om ikke somaliere stoler på taushetsplikten? Kreft er svært tabubelagt blant de fleste somaliere. Kunne det være slik at miljøet rett og slett er for lite i Norge til at somaliere kan stole på at sykepleieren ikke vil gi informasjon om at de har kreft videre? Mye tyder på at dette er kjernen i problemet. Flere ga uttrykk for at kreft er helt ukjent for somaliere og svært tabubelagt. Særlig når det er snakk om brystkreft, uttrykte flere at miljøet er for lite i Norge og at det, til tross for at sykepleierne på Kreftlinjen er profesjonelle og holder taushetsplikten, er flere somaliere som ikke kjenner norsk regelverk er redde for å bli «avslørt». Informantene ga uttrykk for at dette ikke var enestående for Kreftforeningen, men at samme problemstilling er gjeldende overfor barnevern og andre institusjoner, det vil si at mange ikke kjenner til taushetsplik-



Hvert år får om lag 3000 kvinner som bor i Norge brystkreft. Heldigvis overlever de fleste dersom de går tidlig til legen og får behandling. Lær deg å sjekke brystene dine selv, slik at du kan oppdage brystkreft tidlig. Se filmen på www.rosasloyfe.no. For kvinner fra 50-69 år er det også viktig å møte til mammografi når man blir innkalt.



PÅ MANGE SPRÅK: Brosjyren «Gode vaner for et friskere liv» er oversatt til tyrkisk, kurmanji, somali, polsk og engelsk. Dette er den tyrkiske utgaven.

TIL KVINNER: I forbindelse med fjorårets Rosa sløyfe-aksjon laget Kreftforeningen en brosjyre som henvender seg til kvinner på 12 språk. Kvinner blir oppfordret til å lære seg å sjekke brystene sine selv.

ten og konsekvensene det innebærer å bryte den.

Ytterligere et spørsmål vi stilte oss var om målgruppen tvilte på sykepleierens kompetanse, selv om hun er utdannet her. Her ble tvilen raskt avfeid med følgende forsikringer fra flere informanter:

«At Somaliere ikke ringer, ligger ikke hos deres sykepleier. Hun er en fordel for kreftarbeidet rettet mot somaliere. Hun er jo sykepleier, utdannet i Norge og snakker både somali og norsk».

«Deres sykepleier er en hjelpsom og dyktig person».

«Noen kvinner som ringte henne en gang, fortalt meg at de var heldige som hadde en somalsk sykepleier, som hadde kunnskap om helse, som de kunne ringe til. De var veldig fornøyd!»

«Jeg ser henne som en ressursperson, og er sikker på at mange andre somaliere ser henne slik også».

Så spurte vi om det kan være slik at mennene ikke syntes at kvinnene skulle ringe?

En av ressurspersonene svarte meget kontant: «I disse dager kontrollerer ikke mennene de somaliske kvinnene. Det er omvendt!». «Somaliske menn generelt sett (som fleste menn) er lite opptatt av helse. Å oppsøke lege eller søke informasjon/hjelp før det går galt er ikke noe somaliske menn bryr seg om». Det bekreftes av de somaliske fokusgruppeinformantene våre også (1).

Det siste spørsmålet vi stilte var om noen tenkte at telefonnummeret vårt, 800 57 338, var et dyrt 800-nummer? Svaret fra en av ressurspersonene var: «Ja, kanskje. Flere bruker mobiler i disse dager. Mange selskaper som somaliere bruker har en ordning der de kan ringe gratis, så de kan tenke at et slikt nummer er dyrt». «I fremtiden bør dere ha

et vanlig mobilnummer, som somaliere alltid kan ringe, når de vil, ikke et nummer som starter med 800. Dere bør repetere informasjonen slik at somaliere kan huske når de kan ringe».

Den ene ressurspersonen avsluttet med å si: «Med tiden, vil flere somaliere gradvis forstå hvordan systemer her i Norge er og hvor viktig deres helse er for dem. Dette har også vært en prosess for somaliere i USA, som sier at de ligger mye foran somaliere i Skandinavia».

Våre enkle forespørsler til ressurspersoner i det somaliske miljøet har lært oss mye. I etterpåklok-

«Fremover skal vi arbeide med å nå flere menn.»

skapen skulle vi opplagt foretatt denne forespørselen før vi stengte Kreftlinjen på somali – for ikke å si i forkant av at vi overhodet åpnet dette tilbudet.

Ideelt sett burde vi ha gjennomført en tilsvarende undersøkelse i det polske miljøet, men det har det ikke blitt tid til.

Informasjon om Kreftforeningen.no

Det var den somaliske og polske sykepleieren, prosjektansvarlig og webredaktør i Kreftforeningen som vedlikeholdt og reviderte nettsidene. Vi ser at besøks tallene på begge nettsider henger tett sammen med markedsføringen og omtale i redaksjonelle artikler. Brukerne finner i stor grad veien til Kreftforeningens nettsider fra polske og somaliske nettsider der Kreftforeningen annonserer. Flere kommer også inn via nettstedet som nakmi.no, dagensmedisin.no og helsenorge.no, som alle er nettstedet som har omtalt våre polske og somaliske nettsider.

I 2015 var det 1369 unike visninger på den somaliske og 1208 visninger på den polske nettsiden. Antall besøkende på den somaliske nettsiden har gått ned med 53 prosent i 2015, sammenlignet med 2014. I 2014 annonserte vi på to somaliske nettsider, warcusub.com og calancamedia.com, som begge er nettstedet rettet mot somaliere i Norge. Fra januar til april 2015 hadde vi ingen markedsføring av den somaliske nettsiden – og dermed heller ingen besøk. Besøket på den polske nettsiden gikk ned med 27 prosent i 2015, sammenlignet med 2014.

I 2014 gjorde vi mye for å informere innvandrere om nettsidene og om Kreftlinjen på somali og polsk. Vi markedsførte tilbudet på Facebook, vi var til stede på Melafestivalen og oppsøkte konsulater og ambas-

sader, NAV, legekontorer, språkkoler, forsamlingssteder, kirker, moskeer, butikker og helseklinikk for papirløse. I tillegg holdt vi flere informasjonsmøter rettet mot både det polske og somaliske miljøet.

Den gjennomsnittlige tiden som tilbringes på nettsidene har økt med henholdsvis 22 prosent for den somaliske nettsiden og 3 prosent for den polske. Dette er interessant! Hvorfor tilbringer det somaliske publikumet stadig lenger tid på sidene?

Informasjonssidene ligger ikke synlig på fram-siden av kreftforeningen.no. Sidene er laget som kampanjesider. Det betyr at du må kjenne den direkte nettadressen eller, mer relevant, finne dem ved å søke på kreftforeningen.no eller gjennom et Google-søk.

Nettsider må markedsføres slik at pasienter, pårørende og helsepersonell får vite om dem og finner dem.

Informasjonsmøter

I 2013 utga Helse- og omsorgsdepartementet «Strategi for innvandreres helse 2013–2017» (2). Helse-direktoratet, Kreftforeningen og berørte grupper skulle se på ulike informasjonstiltak for å nå innvandrerkvinner, slik at man når innvandrere tidligere. Jo tidligere kreft oppdages, jo større er sjansen for å bli frisk.

I 2014 og 2015 fikk Norge endelig to studier (3, 4), som omhandler kreft og innvandrere. Begge konkluderer med at mange innvandrerkvinner har liten kunnskap om egen kropp og helse, og at kvinnene må få informasjon om de norske screeningprogrammene, da deltagelsen hos innvandrerkvinner i screeningprogrammene generelt er svært lav.

Våren 2014 startet Kreftforeningen opp med informasjonsmøter rettet mot polske og somaliske innvandrere. Hensikt med informasjonsmøtene var å gi innvandrerbefolkningen kunnskap om kreft slik at færre får kreft, flere overlever kreft, og flere, både pasienter og pårørende, får bedre livskvalitet. Ikke lenge etter ble tilbudet utvidet til å gjelde alle innvandrere. Møtene hadde temaer som forebygging, generelle og tidlige symptomer for både menn og kvinner, Mammografiprogrammet, HPV-vaksinen, Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, Kreftlinjen og våre nettsider på norsk, somali og polsk.

Siden oppstarten har vi arrangert svært mange møter. Vi har samarbeidet med blant andre Introduksjonsprogrammet for flyktninger, frisklivssentraler, Primærmedisinsk verksted (PMV), Helseforum for kvinner, Likestilling, integrering og nettverk (LIN),

Lærings- og mestringscenteret – barn OUS, asylmottak, Opplæringscenteret på Helsefy, med flere. Vi har også hatt egne møter med grupper med somaliere, tyrkere, tamiler, gambiere, bangladeshere og ghane-sere, for å nevne noen. De fleste møtene er gjennomført i Oslo-området og vi har stort sett nådd kvinner.

Alle møtene som ble avholdt i 2015 er evaluert. I alt var det 374 personer som deltok. Det har vært fra tre til over 150 personer tilstede. Gjennomsnittet har vært omkring 20 personer på hvert møte. Evalueringsskjemaet ble besvart av 242 personer med bakgrunn fra Somalia, Irak, Afghanistan, Pakistan, Tyrkia, Yemen, Sudan, Filipinene, Bangladesh, Norge, Litauen, Colombia, Latvia, Sri Lanka, Vietnam, Den Dominikanske republikk, Etiopia og Eritrea. Den yngste som deltok var 12 år og den eldste 72 år. De fleste kvinnene og halvparten av mennene var under 50 år.

Vi spurte deltakerne om de hadde lært noe nytt på møtet. Nesten alle (211 personer) svarte at det hadde de. Se tabell 1.

Førtallet (152 personer) mente imidlertid også at mengden informasjon som ble gitt på møtene, var for stor. En viktig lærdom er at vi ved planleggingen av nye møter må skaffe bedre kunnskap om deltakernes lese-, skrive- og norskkunnskaper slik at informasjonen i enda større grad kan tilpasses målgruppen. Se tabell 2.

Brosjyrer

Gode vaner for et friskere liv

Kreftforeningen har lenge hatt et sterkt ønske om å kunne tilby oversatt materiale til innvandrere. Etter gjennomføringen av flere informasjonsmøter, ble det klart at det kanskje viktigste budskapet til målgruppen er at det er mulig å redusere risikoen for å få kreft. Derfor valgte vi å oversette brosjyren vår om forebygging, «Gode vaner for et friskere liv».

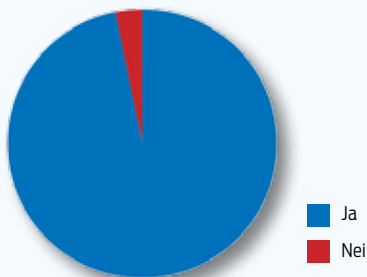
Brosjyren er oversatt til tyrkisk, kurmanji (kurdisk), somali, tamil, polsk og engelsk. Alle kan lastes ned fra vår bestillingsliste på kreftforeningen.no. Teksten er tilpasset målgruppen både med hensyn til innhold, mengde informasjon og hvordan den presenteres. Suitability Assessment of Materials (SAM) (oversatt versjon) er benyttet. Det er et redskap for en systematisk, hurtig og objektiv vurdering av om informasjonsmateriale er egnet for bestemte brukere/pasienter. Vi vet at hos en del innvandrere er helseinformasjonsforståelsen (health literacy) lav. Derfor har det vært viktig å gjøre dette arbeidet riktig, slik at brosjyrene blir til nytte.

Teksten i brosjyren er på to språk, norsk og det andre språket, kort og godt for at vi enkelt skal forstå hva vi deler ut. For innvandrerne, som skal lære seg norsk, er dette også viktig. Brosjyren er holdt «kulturnøytral», slik at den kan benyttes av mennesker fra så vidt forskjellige kulturer som Polen, Pakistan og Iran.

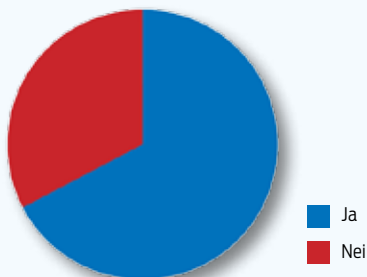
Etter at teksten kom fra oversetter, ble den sendt ut til gjennomlesing av «mannen i gata». For eksempel har to sporveisansatte fra Sri Lanka vært svært hjelpelige med den tamilske versjonen. Målet er å få denne enkle brosjyren på mange flere språk, blant andre urdu, arabisk, persisk/farsi, vietnamesisk og tagalog. Dette gjør oss i stand til å ta med budskapet på flere arenaer hvor vi møter innvandrere.

Sjiraffen Georg

Med informasjonsmaterialet «sjiraffen Georg» ønsker Kreftforeningen å gjøre det enklere for helseøstre å snakke med foreldre og barn om temaet røykfritt småbarnsmiljø. Sjiraffen Georg er barnas talsperson for retten til røykfri luft.



TABELL 1: Lærte noe nytt på informasjonsmøtene.



TABELL 2: Syntes at informasjonsmengden var for stor.

Ikke alle innvandrere vet nok om skadevirkningene ved passiv røyking. Bakgrunnen for dette er at mange land ikke har hatt samme fokus på passiv røyking som Norge.

Vårt informasjonsmaterieell om passiv røyking er tilpasset minoriteter, med lite tekst og enkle illustrasjoner. Budskapet om ikke å røyke i nærheten av barna er illustrert ved bruk av bilder fra kjente hverdagslige situasjoner. Informasjonschef

«De sosiale helseforskjellene i befolkningen øker.»

tet til foreldrene og høydemåleren for barna finnes på engelsk, polsk, tyrkisk, urdu, samisk, somali og arabisk. Papirutgaven er forbeholdt helsesøstre som kan dele ut folderen i forbindelse med første hjemmebesøk, 4-årskontrollen eller skolestartundersøkelsen.

Høydemåleren passer til litt større barn. Ved at barna henger høydemåleren opp på veggen kan den fungere som en påminnelse til familien om skadene som er forbundet med passiv røyking – og barnet kan følge med på sin egen høydeutvikling. Høydemåleren kan fargelegges på baksiden. Både folder til foreldrene og høydemåler til barna kan lastes ned på kreftforeningen.no.

Rosa sløyfe

I forbindelse med fjorårets Rosa sløyfe-aksjon laget Kreftforeningen en brosjyre som henvender seg til kvinner på 12 språk. Kvinner blir oppfordret til å lære seg å sjekke brystene sine selv, slik at brystkreft kan oppdages tidlig. Også denne folderen kan lastes ned fra kreftforeningen.no.

Økt forskning på innvandrere og kreft

Som ledd i Kreftforeningens satsing på sosial ulikhet i helse lyste vi i november 2014 ut midler til forskning på problemstillinger rundt innvandrere og kreft. Sosial ulikhet i helse er et prioritert område for Kreftforeningen. Gjennom denne satsingen ønsker vi å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller i kreftforekomst og kreftdødelighet.

Satsingens hovedformål er å fremme forskning av høy nasjonal og internasjonal kvalitet, som kan bidra til utvikling av tilrettelagte helse- og omsorgstjenester og målrettede helsefremmende og forebyggende tiltak som er tilpasset innvandrere og den enkelte innvandrers særskilte

forutsetninger og behov. Vi konstaterte med glede at utlysningen innen forskning på innvandrere/etniske minoriteter og kreft resulterte i flere svært gode søknader. Et resultat av dette er at utlysningspotten på fem millioner kroner ble utvidet med 1,8 millioner kroner for å fullfinansiere tre spennende og viktige prosjekter:

Giske Ursin, Kreftregistret – «Etniske forskjeller i kreftforekomst i Norge». Målet med dette prosjektet er å identifisere spesifikke kreftutfordringer blant innvandrere i Norge.

Esperanza Diaz, UiB – «En samfunnsbasert helseintervensjonsstudie for å øke oppmøtet til screening av livmorhalskreft blant innvandrere i Norge». Målet med prosjektet er å teste om ulike tiltak kan fremme immigrantkvinnens deltakelse i screening for livmorhalskreft.

Ingrid Kristin Larsen, Kreftregisteret – «Bruken av helsetjenester og overlevelsen blant innvandrere med kreft». Målet med prosjektet er blant annet å se på bruken av helsetjenester og behandling underveis i sykdomsforløpet, og undersøke om kreftoverlevelsen blant innvandrere er forskjellig fra det man finner i den norske befolkningen generelt.

Veien videre

På Kreftlinjen har vi i flere år jobbet konstruktivt med å bli bedre på å kommunisere med mennesker i krise. Nå skal vi legge til rette for effektiv kommunikasjon med innvandrere. I 2015 inviterte Kreftlinjen fagpersoner som snakket om synet på helse og sykdom fra et annet kulturelt perspektiv, og om kommunikasjon med mennesker som ikke behersker norsk godt. Å finne gode fagfolk som kan hjelpe oss med å bli bedre å snakke med innvandrere, vil bli prioritert. Det er ikke umulig at Kreftlinjen på somali og polsk vil åpnes igjen en gang i fremtiden, men da kanskje organisert på en annen måte.

Norge trenger et stort frivillig engasjement for å løse fremtidige utfordringer i helse- og velferdssektoren. Kreftforeningen ønsker å engasjere dyktige flerspråklige frivillige som kan bistå oss med å vedlikeholde og utvikle nye nettsider på andre språk på kreftforeningen.no.

Når det gjelder det videre arbeidet med Kreftforeningens informasjonsmøter rettet mot innvandrere, ønsker vi også der å engasjere dyktige flerspråklige frivillige. Vi skal arrangere flere møter, for nå vet vi at nytten er stor for deltagerne.



SUNNERE LIV:

Innvandrere som lærer hvilke faktorer som påvirker risikoen for å få kreft, kan legge om til en sunnere livsstil. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Fremover skal vi arbeide med å nå flere menn. På alle informasjonsmøter vil vi gå i dybden på hva taushetsplikt er.

Kreftforeningens tilbud til somaliere og polaker skal markedsføres, slik at de som trenger denne informasjonen vet at den eksisterer og at de finner den. Vi skal i 2016 gjøre mer markedsføring enn vi gjorde i 2014.

Flere får kreft, men heldigvis er det også stadig flere som overlever. Vi kan ta grep som i fremtiden gir færre krefttilfeller og gjør flere friske. Over 31 500 fikk kreft i fjor. Det betyr at mer enn 85 personer får kreft hver dag. Kreft er en av våre mest dødelige sykdommer. Nesten 25 prosent av alle som dør i Norge, dør av kreft.

Hovedårsaken til at krefttallene øker og vil fortsette å øke har en klar sammenheng med at vi som befolkning blir eldre. Halvparten av de som får kreft er over 70 år. Jo lenger du lever, jo større er risikoen for å få kreft. Kreftregisterets prognoser tilsier at vi vil bikke 40 000 krefttilfeller om mindre enn 15 år (5).

De sosiale helseforskjellene og mangfoldet i

befolkningen øker. Det blir derfor mer utfordrende å treffe godt med kommunikasjon og tiltak, og vi vet samtidig for lite om effekten av tiltak rettet mot mennesker med lav utdanning og inntekt. Tiltak og aktiviteter skal være for dem som trenger det mest.

Kreftforeningen vil fortsette å arbeide for å utligne sosiale forskjeller i helse. Dette skal vi gjøre i samarbeid med ulike sektorer i samfunnet, andre frivillige organisasjoner, innvandrersorganisasjoner, næringsliv og myndigheter. ■

Referanser:

1. Knobloch, M-B. m. fl. Innvandrere vil vite mer om kreft. Sykepleien nr. 14, 2014.
2. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal Strategi for innvandreres helse 2013 – 2017. Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Qureshi, S. A. Q. m. fl. Incidence and associated risk factors for cancer among immigrants, major Challenges for Norway. A review report, NAKMI report, 2014.
4. Latif, F. m. fl. Ethnicity differences in breast cancer stage at the time of diagnosis in Norway. Scandinavian Journal of Surgery 0: 1-6, 2015.
5. Cancer in Norway 2013. Kreftregisteret. http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2013/CIN_2013.pdf. 29.01.2016

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR KEYTRUDA® (pembrolizumab)

INDIKASJON:

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av avansert (inoperabel eller metastatisk) melanom hos voksne.

KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor virkestoffet (pembrolizumab) eller overfor noen av hjelpestoffene (L-histidin, L-histidindihydroklorid monohydrat, sukrose, polysorbat 80).

FORSIKTIGHET UTVISDES VED:

Immunrelaterte bivirkninger som: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati inkludert hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, hypotyreose og hypertyreose. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger må det gjøres en adekvat undersøkelse for å bekrefte etiologi eller ekskludere andre årsaker. Avhengig av alvorlighetsgraden av bivirkningen, må pembrolizumab tilbakeholdes og kortikosteroid initieres. Ved bedring av bivirkning til grad ≤ 1 , skal gradvis nedtrapping av kortikosteroid initieres, og foregår over en periode på minst 1 måned. For pasienter hvor immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan det basert på begrensede data fra kliniske studier, vurderes å administrere andre systemiske immunsuppressiva. Pembrolizumab kan gjenopptas innen 12 uker etter siste dose med KEYTRUDA dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1

Studiedesign: An open-label, multicenter, randomized, controlled Phase 3 trial that included patients with advanced (unresectable or metastatic) melanoma who were naïve to ipilimumab and who had received no more than 1 prior systemic therapy. Patients with BRAF V600E mutant melanoma were not required to have received prior BRAF inhibitor therapy. The study excluded patients with active systemic autoimmune disease, patients with a history of severe hypersensitivity to another monoclonal antibody, patients with HIV, hepatitis B, or hepatitis C infection, and patients receiving immunosuppressive therapy. Primary end points were progression-free survival and overall survival. Secondary end points included the objective response rate, the duration of response and safety.

Keytruda «MSD»

Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X C18

PULVER TIL KONSERNTAT TIL INFUSJONSVESE, oppløsning 50 mg: Hvert hetteglass inneh.: Pembrolizumab 50 mg, L-histidin, L-histidindihydroklorid monohydrat, sukrose, polysorbat 80. **Indikasjoner:** Behandling av avansert (inoperabel eller metastatisk) melanom hos voksne. **Dosering:** Behandling må initieres og overvåkes av lege med erfaring i kreftbehandling. **Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 2 mg/kg hver 3. uke. Pasienten bør behandles inntil sykdomsprogressjon eller til uakseptabel toksisitet. Atypiske responser er sett (f.eks. initial, forbigående vekst av tumor eller små nye lesjoner innen de første månedene, etterfulgt av at tumor krymper). For klinisk stabile pasienter med initiale tegn på sykdomsprogressjon, anbefales det å fortsette med behandling inntil sykdomsprogressjonen er bekreftet. **Tilbakeholdelse av doser eller permanent seponering:** Behandling av immunrelaterte bivirkninger som pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati, kan kreve utelatelse av en dose eller permanent seponering og innføring av systemisk høydosebehandling med kortikosteroider eller i noen tilfeller, annen immunsuppressiv behandling. **Alvorlige infusjonsrelaterte reaksjoner** krever permanent seponering. For retningsslinjer for tilbakeholdelse eller permanent seponering, se SPC. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt leverfunksjon. Studier ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon mangler. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Studier ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon mangler. **Barn <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Data mangler.** Skal ikke brukes. **Okulært melanom:** Begrenset mengde data mht. sikkerhet og effekt ved okulært melanom. **Tilberedning/Håndtering:** Kan fortynnes i natriumkloridoppløsning 9 mg/ml (0,9%) eller glukoseoppløsning 50 mg/ml (5%), til en sluttkonsentrasjon på 1–10 mg/ml. For oppløsninger om rekonstituering og tilberedning, se pakningsveiledning. Kun til engangsbruk. **Ubrukt legemiddel skal kastes.** Hetteglass og/eller infusjonspose tempereres til romtemperatur for bruk. **Administrering:** Skal administreres som i.v. infusjon over 30 minutter. Andre legemidler må ikke gis samtidig i samme infusjonslinje. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Immunrelaterte bivirkninger er vanligst. De fleste, inkl. alvorlige reaksjoner, er reversible etter initiering av hensiktsmessig medisinsk behandling eller seponering. Bivirkninger etter siste dose får forekomme. Ved mistanke om immunrelaterte bivirkninger må det gjøres en adekvat undersøkelse for å bekrefte etiologi eller ekskludere andre årsaker. Pasienten må overvåkes for tegn og symptomer på pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati. Avhengig av alvorlighetsgraden må pembrolizumab tilbakeholdes og kortikosteroid initieres. Når immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan andre systemiske immunsuppressiver vurderes. Behandlingen kan gjenopptas innen 12 uker etter siste dose dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1 vedvarer, og dosen med kortikosteroid er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsv. pr. dag. Pembrolizumab må seponeres permanent ved enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, foruten immunrelaterte endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon. Ved alvorlige infusjonsreaksjoner skal infusjonen avsluttes og pembrolizumab seponeres permanent. Ved milde eller moderate infusjonsreaksjoner kan behandlingen fortsette under tett overvåking. Premedisering med antipyretika og antihistamin bør vurderes. For spesifikke retningsslinjer for håndtering av bivirkninger, se SPC. **Biljøring og betjening av maskiner:** Pembrolizumab kan ha en liten påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Tilfeller av fatigue er rapportert. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen farmakokinetiske interaksjonsstudier er utført. Ingen metabolske legemiddelinteraksjoner er forventet siden pembrolizumab fjernes fra sirkulasjonen ved katabolisering. Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunsuppressiver for oppstart av pembrolizumab bør unngås pga. potensiell interferens med farmakodynamisk aktivitet og effekten av pembrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunsuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart for å behandle immunrelaterte bivirkninger. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Ingen data på bruk hos gravide. Det er ikke utført dyrestudier mht. reproduksjonstoksicitet. Dyrestudier har vist at blokkade av PD-L1-signalen forstyrrer toleransen til fosteret og gir økt fosterdød. Det er derfor en potensiell risiko for å skade fosteret, inkl. økt forekomst av abort og dødfødsel. **Humant IgG,** krysser placentbarrieren. Anbefales ikke under graviditet, hvis ikke kvinnens kliniske tilstand nødvendiggjør behandling. **Fertile kvinner** må bruke sikker prevensjon under behandling og i minst 4 måneder etter siste dose. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Antistoffer utskilles i morsmelk hos mennesker, og risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller om behandlingen skal avsluttes/avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Kliniske data mangler. **Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Hud: Utslett¹, kje. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Øvrige: Kronisk tretthet (fatigue). **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Blodlymfte: Anemi, trombocytopeni. Endokrine: Hypofysitt¹, hypertyreose, hypotyreose. Gastrointestinale: Kolitt¹, oppkast, abdominalmerte¹, forstoppelse, munntørhet, abdominal distensjon. Hjerne/kar: Heteotokser. Hud: Alvorlige hudreaksjoner¹, vitiligo¹, tørr hud, erytem, eksem, hyperhidrose¹, hypopigmentering av huden, alopeci. Luftveier: Pneumonitt¹, dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, muskelsvakhet, muskel- og skjelettsmerter¹, smerter i ekstremitetene, ryggsmerte, artritt, muskelspasmer, muskel- og skjelettsvikt. Nevrologiske: Hodpine, dysgeusi, perifer neuropati, svimmelhet, parestesier. Stoffsikke/ernæring: Nedsatt appetitt, dehydrering. Undersøkelser: Økt ASAT, økt ALAT, vekt-reduksjon, økt alkalisk fosfatase i blod. Øre: Vertigo. Øye: Torre øyne. Øvrige: Asteni,

vedvarer, og dosen med kortikosteroid er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsvarende pr. dag. Pembrolizumab må seponeres permanent for enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, foruten endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon (se pkt. 4.2 og 4.8 i preparatomtalen).

VIKTIGE INTERAKSJONER:

Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunsuppressiver før oppstart av pembrolizumab bør unngås på grunn av deres potensielle interferens med den farmakodynamiske aktiviteten og effekten til pembrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunsuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart av behandling med pembrolizumab for å behandle immunrelaterte bivirkninger (se pkt. 4.4 i preparatomtalen).

VIKTIGE BIVIRKNINGER:

Immunrelaterte bivirkninger: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, hypotyreose, hypertyreose, tyreoiditt, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, uveitt, artritt, myositt, pankreatitt, alvorlige hudreaksjoner, myastenisk syndrom, optikusnevritt, rbdomyolyse, hemolytisk anemi og partiell epilepsi hos en pasient med inflammatoriske foci i hjerneparenkymet (se pkt. 4.8 i preparatomtalen). Det er rapportert tilfeller av alvorlig infusjonsrelaterte reaksjoner (se pkt 4.2 i preparatomtalen).

Før forskrivning av KEYTRUDA® se preparatomtalen.

pyreksi, mucosainflammasjon, perifer ødem, influensalignende sykdom, frysninger, infusjonsrelaterte reaksjoner¹. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Blod/lymfte: Nøytrofili, lymfopeni, leukopeni, eosinofili. Endokrine: Binyrebarksvikt, tyreoiditt¹. Gastrointestinale: Pantreitt, dysfagi, smerter i munnen, gastroøsofageal reflukssykdom, dyspepsi, gastritt, hemoroid, tannsykdom, flatulens, smerter i tarmkjøttet, stomattitt, keilit. Hjerne/kar: Perikardefusjon, palpitasjoner, hypotensjon, rødming, Raynauds fenomen. Hud: Palmær-plantær erytrodysestesisyndrom, psoriasis, akneform dermatitt, dermatitt, endr. hårfarge, papel, fotosensitivitetsreaksjoner, hudludelse, hudlesjoner, hudutvekster, unormal hårvekst, lichenoid keratose, misfarging av huden, hyperpigmentering av huden, erythema nodosum, pigmenteringsforstyrrelser, hudbr. Infeksjoner: Divertikulitt, pneumoni, konjunktivitt, herpes zoster, candidainfeksjon, influensa, urinveisinfeksjon, oral herpes, nasofaryngitt, follikulitt, kjønnsorganer/bryst: Smerter i pøls, erektil dysfunksjon, menoragi. Lever/galle: Hepatitt¹, kolestase. Luftveier: Pleurittisk smerte, dysfoni, hvesing, nesetetthet, orofaryngeal smerte, hemoptyse, produktiv hoste, smertefull respirasjon, epistakse, rhinoré, nysing. Muskel-skjelettsystemet: Myositt¹, ledstivhet, hevelser i ledd, polymyalgi (polymyalgia rheumatica), polyartritt, kjevesmerter, bensmerter, smerter i siden, synovitt, nakkesmerter, muskelrykninger. Nevrologiske: Hypoestesi, letargi, nevralgi, perifer sensorisk neuropati, hypoguesi, restless legs-syndrom, hypotoni, nedsatt hukommelse, tremor, nedsatt balanse, oppmerksomhetsforstyrrelse, hyperestesi, hypersomni. Nyre/urineveier: Nefritt¹, nyresvikt (inkl. akutt og kronisk), polakiuri, dysuri. Psykiske: Forvirringsstilstand¹, insomni, angst, nedsatt libido, depresjon. Stoffsikke/ernæring: Diabetes mellitus type 1, hyponatremi, hypokalemi, hyperglykemi, hypofosfatemi, hypokalunemi, hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hypomagnesemi, hyperkolesterolemi, hyperkalsemi, hyperurikemi. Svulster/cyster: Tumorsmerter. Undersøkelser: Økt CK1 i blod, økt γ -GT, økt amylase, økt glukose i blod, økt kreatinin i blod, økt bilirubin i blod, redusert/økt tyreoidaestimulerende hormon i blod, økt trijotyronin, økte triglyserider i blod, redusert tyreosin, økt kolesterol i blod, økt fritt tyreosin, økte transaminaser, vektøkning, økt kalsium i blod. Øye: Uveitt¹, smerter i øynene, nedsatt syn, pruritus i øyet, tåkesyn, økt tåreutskillelse, okulær hyperemi, iritasjon i øyet, misfarging av øyepinner, fotofobi, flekker i synsteltet (vitreous floaters). Øvrige: Generelt ødem, smerter, brystmerter, betennelse, problemer med gangen, ubehag i brystet, temperaturintoleranse, utlippasshet, ødem, anksitsødem, xerosis (hudtørhet), varmeløsele, tørste. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $<1/10000$):** Blod/lymfte: Immun trombocytopenisk purpura, hemolytisk anemi, pancytopeni. Gastrointestinale: Tynnarmperforasjon, blødning i øvre del av mage-tarmkanalen, epigastrisk ubehag, tungebetennelse, demineralisering av tenner. Hjerne/kar: Atrieflimmer, hypertensjon, lymfødem, vaskulitt. Hud: Akne, kontaktdermatitt. Immunsystemet: Autoimmun sykdom. Kjønnsorganer/bryste: Dysmenoré, hematopsmeri, genital pruritus, scrotalerytem. Luftveier: Pleuraeffusjon, tette luftveier. Muskel-skjelettsystemet: Plantar fasciitt, artropati, senesmerter, senebetennelse, seneskjedbetennelse. Nevrologiske: Hjerne-ødem, encefalopati, epilepsi, ikke-smittsom meningitt, myastenisk syndrom, anfall, dysartri, partiell epilepsi, synkope. Nyre/urineveier: Urininkontinens. Psykiske: Affektlabilitet, agitasjon, hallusinasjon, transe. Svulster/cyster: Akrokordon, neoplasmaktivertelse. Undersøkelser: Positiv autoantistoff, QT-forlengelse i EKG, forlenget aktivert partiell trombolastintid, redusert testosteron i blod, økt urinsyre i blod, økt CRP, økt antall eosinofiler. Øre: Posisjonell vertigo. Øye: Dobbeltsyn, øyesykdom, øyelokksykdom, makuladegenerasjon, periorbital ødem, fotopsi. Øvrige: Betennelsessmerter, lokal hevelse, lokalt ødem, reaksjon på injeksjonsstedet, hevelse.

¹ Termene representerer en gruppe av relaterte hendelser som beskriver en medisinsk tilstand fremfor en enkelthendelse.

Overdosering/Forgiftning: Data mangler. **Behandling:** Ved overdosering skal pasienten overvåkes nøye mht. tegn og symptomer på bivirkninger og adekvat symptomatisk behandling igangsettes. Se Giftinformasjonsen anbefaling L01X C side 3. **Engtskaper:** **Klassifisering:** Humanisert monoklonalt antiprogammert celledod-1 (PD-1) antistoff (IgG₄/kappa isotype med en alternerende stabiliserende sekvens i Fc-regionen). **Virkningsmekanisme:** Antistoff som bindes til programert celledod-1 (PD-1)-reseptoren og blokkerer interaksjonen med ligandene PD-L1 og PD-L2. PD-1-reseptoren er en negativ regulator av T-celle-aktivitet, som er vist å være involvert i kontroll av T-cellenes immunspons. Pembrolizumab forsterker T-celleresponsen (inkl. anti-tumorsponsen) ved å blokkere bindingen av PD-1 til PD-L1 og PD-L2, som er uttrykt i antigenpresenterende celler, og mulig uttrykt i tumorceller eller andre celler i tumorens mikromiljø. **Proteinbinding:** Bindes ikke på en spesifikk måte til plasmaprotein, som forventet for et antistoff. **Fordeling:** $V_{d,ss}$: Ca. 8,1 liter med koeffisientvariasjon (KV%) på 22%. **Halveringstid:** Terminal $t_{1/2}$: Ca. 26 dager med KV% på 43%. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** C_{max} eller AUC øker doseproposjonalt innenfor doseringsintervallet for effekt. C_{min} ble nesten nådd ved 18 uker, gjennomsnittlig C_{min} ved 18 uker er ca. 22 µg/ml ved en dose på 2 mg/kg hver 3. uke. **Utskillelse:** Systemisk clearance: Ca. 0,2 liter/dag med KV% på 41%. Ved gjentatt dosering er clearance uavhengig av tid, og systemisk akkumulasjon er ca. 2,1 ganger ved administrering hver 3. uke. **Oppbevaring og holdbarhet:** For rekonstituering: Oppbevares ved 2–8°C. Kan oppbevares utenfor kjøleskap ($\leq 25^{\circ}\text{C}$) i opptil 24 timer. Etter rekonstituering: Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Må ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timene kan inkludere opptil 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^{\circ}\text{C}$), oppbevaring i tillegg til dette må være ved 2–8°C. **Pakninger og priser:** 1 stk. (hettegl.) 20043,30. **Sist endret:** 25.08.2015



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

NYHET!For pasienter med
avansert melanom**KEYTRUDA®**
(pembrolizumab)**KEYTRUDA® godkjent som førstelinjebehandling**
ANTI-PD-1 EFFEKTI en åpen, randomisert studie med 834 pasienter med avansert melanom
ØKT TOTAL OVERLEVELSE¹**68% 1-års total overlevelsesrate med KEYTRUDA***
vs 58% med ipilimumab (HR=0,69; 95% CI, 0,52-0,90;
P=0,00358)^{1,2}

(Se studiedesign under sikkerhetsinformasjon)

10 mg/kg*KEYTRUDA® som monoterapi er indisert til behandling**
av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanoma
hos voksne¹.**Godkjent dose for KEYTRUDA er 2 mg/kg administrert**
intravenøst over 30 minutter hver 3 uke^{1, **}**** KEYTRUDA har vært studert i doser på 2 mg/kg og 10 mg/kg uten noen statistisk signifikant**
forskjell i primære effektresultater (PFS/OS (preliminære analyser))^{1, 2}.Dose-respons analyser indikerer at det ikke forventes forskjell i effekt mellom de to dosene³.Referanser: 1. KEYTRUDA® (pembrolizumab) SPC, kapittel 4.1, 4.2, 5.1, juli 2015. 2. Robert C, Schachter J, Long G, et al. Pembrolizumab
versus Ipilimumab in Advanced Melanoma, N Engl J Med 2015;372:2521-32. 3. EPAR KEYTRUDA®(pembrolizumab), kapittel 2.5.4., juli 2015**Før forskriving av KEYTRUDA® les preparatomtalen.**

Copyright © 2016 Merck Sharp & Dohme Corp., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved.

**MSD Oncology**

MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.



Bli medlem i Forum for Kreftsykepleie

Forum for Kreftsykepleie er en av Norsk Sykepleierforbunds faggrupper, og har som formål å spre kunnskap om utviklingen av kreftsykepleie til sykepleiere. Forum for kreftsykepleie har 17 lokalgrupper spredt over hele landet og samarbeider med nasjonale og internasjonale organisasjoner. Les mer om oss på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Medlemsfordeler

- Du vil kunne søke stipendmidler som tildeles kreftsykepleiere fra interne og eksterne fond for deltakelse på seminarer og konferanser.
- Du vil få rabatt på Norsk konferanse i kreftsykepleie som FKS arrangerer hvert 2. år.
- Deltakelse i lokalgruppe av FKS.
- Du får tilsendt «Kreftsykepleie».

Kontingenter

- Individuelt medlemskap kr 300,- per år (kun for medlemmer av NSF).
- Individuelt abonnement: Ikke medlemmer av NSF kr 300,- per år. Pensjonister kr 150,- per år.
- Høgskoler og helseinstitusjoner kr 500,- pr år
- Firma kr 800,- per år.

Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider med kreftpasienter, eller som er interessert i kreftsykepleie og er medlemmer av NSF.
- Medlemskap oppnås ved å betale kontingent.
- Sykepleiere som ikke er medlemmer av NSF kan tegne abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie».
- Sykepleierhøgskoler, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Evt. spørsmål sendes til: FKSblimedlem@gmail.com
Send din påmelding til: medlemstjenester@sykepleierforbundet.no
Tlf. 02409 (be om medlemstjenester)