

Kreftsykepleie



TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE

Sykepleien

Humor og kreft:

Latter lindrer

Side 8–32



**ANSVARLIG UTGIVER**

NSFs Faggruppe Forum
for Kreftsykepleie
v/leder Mona Grytten
Tlf. 98 80 72 56
monagrytten@gmail.com

REDAKTØR

Marit Klævd, tlf. 92 08 47 41
marit-lerkeskogen36@hotmail.com

REDAKSJONSUTVALG

Anne-Lene Bull, Marit Klævd og
Merete Kløvning

MEDLEMSANSVARLIG

Evelyn Karlsen, tlf. 91 80 21 90
eve-karl@online.no

ANNONSEANSVARLIG

Ellen Rosseland Hansen
Tlf. 47 47 59 70
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

Eivind Solfjell
Tlf. 93 61 81 12

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina E.H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Printall

FORSIDEFOTO: Ida Brekke

NESTE UTGAVE:
1. november 2018

Signerte artikler står for
forfatternes egen regning og
ansvar.

ANNONSEPRISER

Årsavtale som gjelder for 3 utgivelser:
2/2 sider kr. 45 000
1 1/2 side kr. 35 000
1/1 side kr. 25 000
1/2 side kr. 15 000
1/4 side kr. 10 000
Moms kommer i tillegg.

Kontaktperson annonser:

Ellen Rosseland Hansen
ellen.rosseland.hansen@halden.
kommune.no

Innhold

01 - 2018

- 3 Leder: Mona Grytten
- 4 Bli medlem
- 5 Redaktør:
Marit Klævd
- 6 Smånytt
- 8 Kløvnekraft
- 11 Da kona mi fikk kreft
- 12 Å le med sykdom
- 19 Tegnehanne
- 22 Tilbakeblikk
- 24 Gøy med kreft?
- 28 Humor forlenger livet
- 34 Tre på gangen
- 36 God kreftbehandling
krever riktig ernæring
- 40 Pedagogisk opplegg gir
kreftsykepleiere bedre
kompetanse om ernæring
- 47 Selvstendig næringsdri-
vende mister inntekt etter
kreft

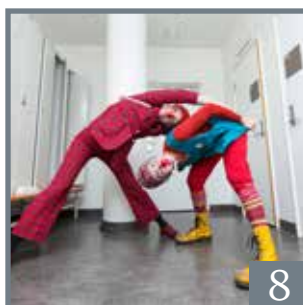




Foto: Privat

**FAKTA****Mona Grytten**

Leder FKS

Godt å gi noen et håp

Våren er i anmarsj. Dagene blir lengre, og solen har så smått begynt å varme. Våren bringer med seg håp og optimisme.

Håp er et ord som blir brukt i mange sammenhenger, vi vektlegger håpet forskjellig, avhengig av profesjon og ståsted og hva det skal inneholde. Håp, når det gjelder kreftsykdom, er ofte knyttet til muligheten om å bli frisk. I vår hverdag som kreftsykepleiere ser vi at håpet kan ha et annet innhold enn helbredelse. Håpet forsvinner ikke, men det kan endre innhold og form fra dag til dag. Det er en viktig og meningsfull oppgave for sykepleiere som arbeider i kreftomsorgen, å kunne være med å bidra til opprettholdelse av håpet til pasienter og pårørende. Håpet er en viktig faktor i alle menneskers liv.

Styrets oppgaver

Håp og pågangsmot preger det nye styret. Vi er godt i gang med oppgavene som vi i hovedstyret er valgt til å utføre.

Det er stadig nye høringer.

I desember var to av oss i Helsedirektoratet og kom med innspill til Rådslag til Nasjonal kreftstrategi 2018–2022.

I januar deltok vi på innspillsmøte/workshop til Blankholmutvalget – mandat for offentlig utvalg om prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Om du ønsker mer informasjon, kan du gå inn på denne nettsiden:

https://www.regjeringen.no/contentassets/cf3ce2c9602940e8925e6bc7441ed5ee/mandat_kommunalt_prioriteringsutvalg_050417.pdf

Deler kunnskap

FKS er med i en ressursgruppe i Helsedirektoratet som utarbeider en veileder om omsorg ved livets slutt. Representanter fra hovedstyret er aktivt med for å dele kunnskap om bruk av palliativ plan på nasjonalt nivå. Senest deltakende på workshop i E-helsedirektoratet, med mange viktige helseaktører til stede.

Konferanse

Hovedstyret har invitert til en lokallagslederkonferanse i april i Oslo, som vi håper og tror blir kjempespin. Det er alltid hyggelig å møte gamle og nye kollegaer til faglig påfyll og sosialt samvær.

Jeg vil oppfordre alle lokallag til å legge invitasjoner til fagdager og nyheter på vår hjemmeside og Facebook.

Stipend

Det er en stor glede for hovedstyret og kunne dele ut ti stipend à kroner 5000. Vi har også delt ut et stipend på 10 000 kroner. Du kan lese på web-siden vår hvem de heldige er.

Ta dere tid til å nyte våren og alt det positive den forhåpentlig bringer med seg. ■



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 16 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 annet år.
- Deltakelse i lokalgruppe av FKS.
- Du får tilsendt tidsskriftet *Kreftsykepleie*.

Kontingenter

- Individuelt medlemskap kr 400,- per år.
- Individuelt abonnement på *Kreftsykepleie*: Ikke medlemmer av NSF kr 400,- per år. Pensjonister kr 200,- 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 firmaer kan også tegne abonnement på tidsskriftet *Kreftsykepleie*.

Send din påmelding til: medlemstjenester@sykepleierforbundet.no
Tlf. 99 40 24 09 (be om medlemstjenester)





Foto: Privat

 FAKTA**Marit Klævold**

Ansvarlig redaktør

Humor er ein redningsvest

I dette nummeret av Kreftsykepleie er «Kreft og humor» hovudtema. Det har vi i redaksjonsutvalet: Anne-Lene Bull, Merete Kløvning og eg, «tatt litt på ordet». Humor er viktig både for pasienten og helsepersonell. Skal vi som kreftsjukepleiarar bli i jobben i mange år, treng vi eit godt arbeidsmiljø, der vi kan tulle og tøyse litt. Vi møter mange triste skjebnar på jobb, men vi kan ikkje ta alle desse med oss heim. Då blir vi ikkje lenge i jobben.

Tuller med pasienten

Vi har ein kreftpasient som er inne hos oss med jamne mellomrom, og får «reinska litt opp i bronkiane» sine. Sjukepleiaren som er med og hjelper legen under prosedyren, har funne «si greie» med denne pasienten. Jif-flaska vart henta fram ein av dei første gongene han var hos oss, for no skulle det jo «reinskast» opp. No er dei komne på det nivået at pasienten føler han fortener ekte Jif, og ikkje Coop Jif. Då kjøper sjølvsgatt kollegaen min ekte Jif. Heile denne Jif-episoden laga ei god stemning, og pasienten føler seg trygg. Han har til og med fast «skytтарprinsesse» som set veneffonen. Humor og tryggleik er ein fin kombinasjon. Presiserer at Jif sjølvsgatt ikkje blir brukt innvendig på pasienten.

I dette bladet har vi valt å sjå på bruk av humor frå ulike innfallsvinklar. Vi blir kjend med pasienten som har hatt sitt beste år, sjølv om ho fekk kreftdiagnosen. Ane Bøyum Opheim fortel ei fin historie: Som fersk lege fekk ho kreftdiagnosen nesten i «pausen» på

jobb. Arnt Olav Klippenberg fortel om då kona fekk kreft, og korleis dei brukte humor for å «overleve» i eit ukjent terreng.

Fremjar humor god helse? Interessant problemstilling som professor Sven Svebak har gjort studiar på. Kyrre Sæther påpeikar at rett bruk av humor er ein viktig ressurs i interaksjon mellom sjukepleiar og pasient. Elisabeth Helland Larsen lærer oss meir om Sykehusklovnene og korleis dei utøver «klovnekraft» for å skape tillit. Tre kreftsjukepleiarar har svara på spørsmål om korleis dei brukar humor i jobben sin.

Du kan òg lese to artiklar om ernæring og om sjølvstendig næringsdrivande er ei oversett gruppe i arbeidsretta rehabilitering etter kreft.

Samarbeid med Sykepleien

Faggruppa vår er med i eit prosjekt, der du kan skrive artiklar og sende inn til Sykepleien. Dersom artikkelen blir godkjend, blir den publisert digitalt, og du får kr 2000 i honorar. Har du spørsmål eller treng rettleiing i skriveprosessen, kan fagredaktør i Sykepleien Eli Smestad eller eg hjelpe deg.

«Humor er en redningsvest på åpent hav» lydte overskrifta på eit intervju med ein komikar i Stavanger Aftenblad 03.02.18, som voks opp med ein far som slo. Han meiner at humor er kanskje den viktigaste reiskapen vi har til å handtere traumatiske ting. I møte med kreftpasienten må vi alltid gjere det beste ut av situasjonen. Kan fin og lun humor vere med og hjelpe på det, er det ikkje noko som er betre. ■



Vikarer for milliarder

Norske sykehus har brukt 4,3 milliarder kroner på vikarer siden 2012. Av disse er 2,5 milliarder brukt på innleie av sykepleiere, 1,6 milliarder på innleie av leger og 217 millioner på annet helsepersonell. Det viser tall fra Sykehusinnkjøp. Kilde: Dagens medisin/Aftenposten



Flere får behandling

Andelen kvinner som får brystbevarende behandling, er fortsatt økende. Dette gjelder både for de som har brystkreft med svulster mellom 0 og 30 mm og forstadium til brystkreft (DCIS), med svulster mellom 0 og 20 mm. For brystbevarende behandling er det et kvalitetsmål om at 80 prosent av kvinnene skal få dette tilbudet. På nasjonalt plan oppnås dette målet, og noen sykehus gir brystbevarende behandling til oppmot eller over 90 prosent av kvinnene med små svulster. For forstadium til brystkreft (DCIS) oppnår alle målet om 80 prosent. Kilde: Kreftregisteret



«Det finnes et lite ord som heter **håp**, det skjønneste i menneskets språk.» Kari Gløersen

Kan gi kreft

Rundt 25 prosent av nordmenn under 30 år har tatoveringer. Tatoveringsfarger består av kjemikalier som kan gi kreft. Norge har reguleringer som krever at produktene skal være trygge for helsen. Det finnes imidlertid ikke et felles europeisk regelverk. EU ønsker derfor å legge restriksjoner på stoffer som kan bli brukt i tatoveringsfarger.

– Forslaget vil kunne redusere helseisikoen ved å tatovere seg. Et felles europeisk regelverk vil gjøre at nordmenn som besøker tatoveringsstudio i et EU-land, vil være beskyttet mot helseskadelige kjemikalier i samme grad som i Norge, sier seniorforsker Berit Granum ved Folkehelseinstituttet. Kilde: FHI.no



Fornøyd med sykehusene

Innbyggerne på Vestlandet har tillit til at de vil få hjelp når de trenger det, og har et godt inntrykk av sykehusene i regionene. Det viser resultater fra en omdømmeundersøkelse. Over 2000 personer over 18 år fikk spørsmål om deres inntrykk av sykehusene. Innbyggerne har et godt inntrykk av sykehusene når det gjelder pasientbehandling, den etiske standarden og at sykehusene er gode arbeidsplasser. Sykehusene får dårligere skår på ledelse, organisering og i hvilken grad de forvalter offentlige midler på en god måte.

Kilde: helse-vest.no

Flest snusere

I fjor var 11 prosent av befolkningen dagligrøykere, mens 12 prosent snuste. Det er første gang det har vært flere snusere enn røykere i Norge, ifølge Statistisk Sentralbyrå. Regjeringen har fra nyttår økt avgiftene på røyk og snus med henholdsvis 1,5 og 1,9 prosent. Kilde: Forskning.no



Lav intensitet er ok

Gevinsten ved å trene med lav intensitet, kan være større enn man tidligere har trodd. En studie utført ved Karolinska Institutet viser at folk som i stedet for å sitte stille, hver dag går en halvtime eller gjør husarbeid eller er i bevegelse på andre måter, reduserer risikoen for å dø av hjerte-karsykdommer med 24 prosent.



Kilde: Forskning.se

Gutter får HPV-vaksine

Fra høsten 2018 vil gutter på 7. klasse-trinn få tilbud om vaksine mot humant papillomavirus (HPV-vaksine) gjennom barnevaksinasjonsprogrammet på lik linje med jenter. På 1990-tallet fikk man kunnskap om at HPV kan forårsake kreft i livmorhalsen og ytre kjønnsorganer hos kvinner. Siden er det vist at HPV også kan forårsake andre former for kreft hos kvinner og menn. Langvarig HPV-infeksjon kan føre til kreft i munn, svelg og endetarmsåpningen hos begge kjønn, samt penis hos menn. Disse kreftformene skyldes i all hovedsak HPV-typene 16 og 18, som vaksinen beskytter mot.

Kilde: Fhi.no



Få trenger ny operasjon



Kvinner med brystkreft trenger i liten grad mer enn én operasjon for å få fjernet kreften. Mer enn ni av ti kvinner slipper gjentatte operasjoner. Brystkreftpasienter får jevnt over et godt kirurgitilbud ved norske sykehus, viser årsrapporten fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft. Kvalitetsregisteret følger kriterier utarbeidet av European Society of Breast Cancer Specialists. Ett av kvalitetsmålene her er at minst 90 prosent av alle pasienter med brystkreft kun skal få utført ett kirurgisk inngrep på svulsten. I Norge har 94 prosent av kvinnene hatt bare ett inngrep. Kilde: Krefregisteret



Klovnekraft

Også i unntakstilstand trenger vi positive pusterom for å kunne fokusere på det friske og mestre utfordringene bedre. Latteren og lekens kraft kan mobilisere uante krefter i oss når vi trenger det som mest.

Tekst **Elisabeth Helland Larsen**, sykehusklovner og barnebokforfatter
Illustrasjoner **Marine Schneider**, fra *Jeg er Klovnen* (Magikon Forlag)

«I møte med barn og unge er det viktig at vi som voksne våger å gi litt av oss selv.»

Hvilke verktøy er det vi som sykehusklovner tar med oss inn på sykehusene for å skape gode møter? Hvordan greier vi som scenekunstnere å kommunisere med alle uansett alder og tilstand på sykehusene? Og hvordan er det mulig at sykehusene har anerkjent oss som går på kryss og tvers i de hvite korridorene og «forstyrrer» hverdagen til pasientene, pårørende og ansatte? Det enkle svaret på alt dette er at alle trenger øyeblikk av håp, glede og latter uansett hvilke situasjoner man befinner seg i. Også i en stresset arbeidshverdag på sykehuset kan det være godt å le litt og få en såpeboble i håret på vei til neste oppgave.

Reduserer frykt

Alle utøverne i Sykehusklovnene er profesjonelle scenekunstnere som har spesialisert seg innen faget sykehusklovning. Etter atten års drift teller vi i dag over tretti sykehusklovner fordelt på hele landet. Klovnene blir brukt mer og mer i tverrfaglig samarbeid på de ulike avdelingene og bidrar blant annet til å redusere frykt, bruk av bedøvelse og tvang i enkle prosedyrer. Vi kan ikke gjøre noe med barnets situasjon, men vi kan gjøre noe med opplevelsen av å være på sykehus. Hver eneste dag ser vi at gode opplevelser kan skape gode ringvirkninger for alle involverte.

Sykehusklovnenes mål er å mobilisere barn og unges værekraft uansett livssituasjon. Vår viktigste oppgave er å «tune inn» på dem vi treffer og imøtekomme deres behov. Noen av våre viktigste verktøy for å kunne mestre denne typen for improvisasjon er våkenhet og tilstedeværelse. Heldigvis har klovnen en egen evne til å leve i nuet. Med verdens minste maske – den røde nesen – får vi som klovner en mulighet til å komme veldig tett på folk og fryde oss sammen med dem i øyeblikket.

Samspill, åpenhet og ærlighet

I dette nuet tar vi pause fra alt annet som et sykehusopphold kan medføre. Våre møter er basert på samspill, åpenhet og ærlighet og vi er opptatt av å ha imøtekommende, fargerike kostymer og minimalt med klovnesminke. Sykehusklovnene blir ofte beskrevet med ord som tillitsfulle, lekne, fantasifulle, naive, poetiske, fargerike, musikalske, morsomme og undrende. Det er fantastisk når et barn utbryter: «Men dere er jo ekte klovner dere!»

Ved siden av å videreutvikle vårt eget fag har vi også opparbeidet oss en bred kompetanse innen kommunikasjon med barn og unge som vi gledelig deler med andre. For man trenger ikke å være verken skuespillerutdannet eller klovner for





Å være sammen er den største skatten vi har!

å skape gode møter mellom mennesker. Det fantastiske er at de aller fleste av oss er født med gode sosiale antenner og en dose kreative evner. Vi har alle en stor verktøykasse med lek, fantasi, humor, musikalitet, undring og poesi inni oss som vi burde tørre å hente frem litt oftere.

I møte med barn og unge er det viktig at vi som voksne våger å gi litt av oss selv. Vi mister verken faglighet eller troverdighet ved å vise at også vi er sårbare og villige til å le litt av oss selv når det trengs. Bivirkningene av både humor og lek er utelukkende positive. Med senkete skuldre er det også lettere å hente frem livsgnisten som kan bidra til selvregulering.

Broen til trygghet

For meg trengs det bare ett ord for å beskrive god kommunikasjon: tillit. Et godt møte handler om tillit om du har på deg klavnedrakt eller hvit frakk. Tillit får vi om vi bruker de ekstra minuttene det tar å «tune inn» på de vi skal møte. Tillit vinnes med ærlighet og gjensidig respekt mellom mennesker, uansett størrelse. Små mennesker helt fra babystadiet legger sine liv i våre voksne hender. Dette er allerede tillit på aller høyeste plan. Så er det vårt ansvar som voksne å se hvert enkelt barn og

finne broene som skaper trygghet mellom oss.

Kroppsspråk, stemmebruk, øyekontakt, pust og plassering i rommet er alle viktige faktorer i tilnærming og kommunikasjon. Samhandling med de yngste barna handler ofte om undring, musikalitet og fantasi. Tillit kan åpenbare seg gjennom et smil, en

«Tillit vinnes med ærlighet.»

«high five» eller en ball som blir tatt imot av små hender. I møte med eldre barn og ungdom har man muligheten til å dykke ned i all slags kreativitet og oppfinnsomhet og veksle mellom både humor og alvor.

«Vi har ikke tid til å leke eller bruke tiden på tull», tenker kanskje mange i en presset arbeidssituasjon. Men noe vi alle vet er at når kommunikasjonen ikke fungerer mellom barn og voksne kan en prosedyre ta evigheter å gjennomføre. Et besøk på sykehus skal ikke ha samme effekt som et besøk på sirkus, men oppnår man gode førstemøter kan man legge solide grunnsteiner i en kontakt som skal vare livet ut.

Ærlighet, varme og lekenhet

Etter å ha jobbet med barn og unge i unntakstilstand på sykehus, i flyktninngleirer og på asylmottak i 25 år har jeg hatt et behov for å skape noe konkret ut av alle møtene. Resultatet ble de tre bildebøkene *Jeg er Døden*, *Jeg er Livet* og *Jeg er Klovnen*. Ambisjonen med bøkene var å virvle opp store temaer slik at vi kan tilnærme oss både livet, døden og klovnen (som et symbol på mennesket) på en ærlig, varm og leken måte. Dette er også tre av hovedingrediensene i sykehusklovnens tilnærming til mennesker: ærlighet, varme og lekenhet.

Kanskje kan vi som går litt på kryss og tvers i korridorene inspirere andre som jobber med mennesker til å leke litt mer og tørre å bruke humor på jobben. Som vår ungdomsambassadør Max uttalte da han var syk: «Plutselig kan alle trenge en klovnl!» Vi i Sykehusklovnene blir i alle fall inspirerte av alle de flotte og dyktige menneskene som jobber på sykehusene og er takknemlige for å få være med å gjøre hverdagen for barn og unge på sykehus litt lettere.

«Å møte noen er å gi litt av seg selv og tørre å ta imot.

Et blick eller et smil kan være starten på alt.

Å være sammen er den største skatten vi har.» ■



Sykt løye: Da kona mi fikk kreft



Av Arnt Olav Klippenberg,
pårørende og journalist,
Stavanger Aftenblad

Hvis politisk korrekthet er kryptonitt for komikere, er tematisk feighet kryptonitt for oss som skriver. Derfor hiver jeg meg utpå og spør: Går det an å se noe som helst løye rundt alt som handler om kreft?

Svaret er et ubetinget ja! Jeg er overbevist om at noe av det lureste vi kan gjøre når vi får livet i fleisen, er å se etter løgne (humoristiske) sider ved situasjonen. Humor er halve behandlingen. Det har jeg fra folk med svære titler. Professor Sven Svebak ved NTNU sier at «immunapparatet sin evne til å angripe kreftceller er sterkere hos pasienter som ler mye, enn hos de som ler lite».

Da kona mi fikk kreft, lo vi mye. Det skjedde rett og slett mye løye. Noe av det første som skjedde, var at kona ble innkalt til samtale med kreftsykepleier. Jeg satt i bilen og ventet.

Folkesnakket

Etterpå var hun sprekkeferdig av latter. Hun hadde nemlig fått beskjed om at hvis vi skulle ha sex en av de første dagene, måtte jeg bruke kondom.

Vi lo høyt. Jeg er en mann som har levd et langt liv. Jeg er bestefar. Jeg har ikke hatt bruk for den slags gummiartikler siden jeg var 18 år og gikk på apoteket for å kjøpe «donger» og kom ut igjen med plaster.

Trodde virkelig kreftsykepleieren at jeg kunne gå inn i en butikk i Egersund og kjøpe kondomer? Jeg er en kjent mann i Egersund. Det finnes ikke en ekspeditør i Rogaland som hadde trodd

at jeg var i stand til å smelle bestemoren til barnebarnene mine på tjukken. Jeg hadde havnet i folkesnakket.

Dessuten, hvem tenker på sex i en sådan stund? Ikke denne karen, jaffal. Det lo vi godt av i bilen hjem fra Stavanger.

«Da kona mi fikk kreft, lo vi mye.»

Psykiske støttemperer

Et par dager senere våknet jeg av at kona sto opp midt på natten.

– Eg e kvalmen, eg trur eg må vær gravide.

Og så lo vi godt.

– Gravid, svarte jeg, der ser du, eg sko ha klypt dei kondoman.

– Det hadde ikkje hjelpe, me he jo ikke hatt sex, svarte kona.

Og vi lo enda mer.

Vi bør alle lete etter det løgna i tilværelsen når livet snurper seg til. Folk som har utviklet evnen til å se det løgna i det meste, har utstyrt seg selv med psykiske støttemperer.

Humoristisk sans er psykiske støttemperer når livsveien blir vond og humpete. Alle vet at det er viktig å tenke positivt når vi blir syke, men

det er lettere sagt enn gjort. De fleste av oss sliter med å tenke positivt når vi er friske.

– Du må tenka positivt, sa jeg til kona da hun startet på cellegift.

– Eg gjørr det, nå sleppe eg i det minsta å barbera leggene, svarte hun.

Vinn-vinn

Jeg har lært mye av det året kona var kreftsyk. For eksempel var det en prøvelse å sitte på venteværelset på brystklinikken sammen med andre ventende menn. Hva skulle vi snakke om? Pupper?

Det ble til at jeg dro i gang en samtale om prostata. Men den ble temmelig springende. Mennene løp på do hele tiden. Men for all del. Jeg har bare positivt å si om brystklinikken. Kona fikk diagnose, og jeg fikk kaffe. Det vanket også en og annen kjeks.

Det gjelder å se det positive i situasjonen. Etter et langt yrkesaktivt liv fikk kona endelig et godt påskudd til å holde seg hjemme fra jobb i ni måneder. Jeg kaller det en vinn-vinn-situasjon. Endelig hadde jeg kona hjemme, slik at hun kunne ta seg av meg og mitt stive kne. ■

Kona til Arnt Olav er nå frisk, og de er begge veldig godt fornøyde med behandlingen hun fikk av helsevesenet.



Å le med sykdom

I samspill med andre er sansen for humor enestående. Den er ikke bare sosialt betinget. Den har også egenskaper som påvirker kropp og sinn.

FAKTA

Av Kyrre Sæther, sykepleier/virksomhetsgleder, Nasjonalforeningen for lindrende humor

Hvorfor er latter viktig når vi blir syke? Er det ikke et paradoks at smerter, angst, bekymringer og nærstående død behøver påfyll av latter? Som helsepersonell kjenner vi gråtens alter med nødvendig sorg og avskjed. Men lærer vi som helsepersonell noe om sansen for humor? Ikke minst: Hvor viktig er humor for pasientene?

Mange kjenner til humørsprederen på sykehuset som får andre pasienter raskere ut av sengen. De fungerer nesten som kjemiske apotek som påvirker andre positivt ved å spre sitt gode humør. De kan underholde et helt pasientrom med kommentarer og skaper latter og trivsel i alvoret. Dette rapporterer pasientene selv. Gapskratten har den evnen at den kan luften ut bekymringer og gi nye perspektiver på sykdomsopplevelsen. Den kan inspirere til samtaler som gjør at man kommer videre i prosessen. Humor har former som kan være brutalt ærlige. Kreftpasienten, som etter cellegift, skrøt av maten og som sa: «Håper den er like god å kaste opp.» Som sykepleier møter du alle former for humor – både galgenhumor og latterliggjøring. Hvordan har du det? Svar: «Helt sykt.»

Mental pause

I en tversnittundersøkelse av 105 brystkreftpasienter i 2003 brukte mer enn 87 prosent av pasientene, i

«Med humor snur du det andre sinnet til.»



t tillegg til ordinær behandling, en alternativ behandlingsform. Den vanligste formen etterfulgt av bønn var humor (1). Vårt behov for å distansere oss og samtidig komme nærmere vår egen lidelse er viktig. Pasientene kan si: «Hvis jeg noen gang trengte humor, så er det nå.» For når alt annet virker håpløst kan humor gi en følelse av makt over situasjonen.

I den daglige kontakten med pasienten faller en kommentar eller to, og så bryter vi ut i latter. Sekunder senere føler pasienten seg litt lettere



AVLEDNING: Humørsprederen på sykehuset kan få pasientene raskere ut av sengen. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

i kroppen. Hvorfor? Fordi pasienten har fått litt avstand til det som truer. En mental pause. Et glimt som rister løs anspente skuldre og stikker hull på bekymringer. Som løfter ham eller henne vekk fra sykdomståka og klarner blikket noen sekunder. Det er viktig å få oppmerksomheten vekk fra noe annet enn repetisjoner av behandling, diagnose og søk etter symptomer. Hvordan har du det? spurte jeg en av pasientene. Vedkommende svarte: «Det gjør godt å le i alvorret.»

Hente energi

Vi henter energi ved å se komiske bilder som får oss til å assosiere noe nytt og morsomt. Det virker ikke bare avslappende, men fornyer våre indre ressurser og synet på oss selv. Som pasient orker du ikke se deg selv syk døgnet rundt. Din diagnostiske identitet kan lett brytes ned i spiraler av tungsinn og angst. Du ønsker å være noe annet enn «kreften». Selv med en dødsdiagnose vil du ha friske stunder som kan gi dagslys og sprell i tunnelen. Du ønsker å glemme





smerte, tap, sorg og usikkerhet. Du ønsker dialog med den friske siden av deg. Én pasient beskrev tilværelsen sin slik: «Jeg føler meg som en gullfisk i et trangt akvarium omgitt av kreft.» Jeg spurte vedkommende: «Det forstår jeg. Skal jeg fiske deg opp med sluk eller dynamitt?» Vi endte opp med å le over frustrasjonen og sykdomsopplevelsen.

Måten vi henter inn likevekt på er forskjellig. Det kan man også tenke om pårørende som skrev i en dødsannonse: «Vennligst send ingen blomster til hjemmet – send en klovn.» Behovet for å le er like stort på begge sider. Med humor snur du det andre sinnet til. Shakespeare skrev: «Nothing is good or bad – it is thinking that makes it so.»

Kommunisere til det friske

Humor har en egenskap som kommuniserer til det friske. Fra noen små sekunder til vedvarende samspill bidrar humor til mental likevekt. Den endrer ikke pasientens situasjon, men kan gi nytt syn på sykdommen som virker befriende. Noe av dette så engelskmennene under 1. verdenskrig. De brakte revyscenen inn rett bak fronten for å underholde

soldatene. Hensikten var at latter og humor fikk soldatene til å slippe angst og spenning og deretter være bedre forberedt på ny strid (2). I dag reiser underholdningsartister til Afghanistan for å underholde norske soldater og bidrar med det samme – å få dem til å slappe av og tenke på noe annet.

Jeg traff Leif Juster på et av sykehusene jeg tidligere jobbet. Jeg sa til ham: «Du har bidratt til å holde den norske befolkningen frisk.» Han så på meg med sitt lure blikk og svarte «Hva mener'u nå'a?». «Du har jo fått folk til å le og slappe av. Ikke minst under krigen. Det er den beste medisinen du kan gi», svarte jeg. Han smilte og trykket hånden min. Det hører med til historien at jeg som nattoversykepleier smuglet Buster (hunden hans) inn på sykehuset i en barneseng – under dyna – slik at han fikk tatt avskjed med sin beste venn før han døde. Det ble et tårefyllt gjensyn med latter og glede.

Historisk morsomt

700 år f.kr. bygde romerne sykehus inntil sine amfiteatre. De så at pasientene kom seg raskere ut av sengen og var i bevegelse mot lyden som kom inn fra



KOMMUNISERER TIL DET FRISKE:

Fra noen små sekunder til vedvarende samspill bidrar humor til mental likevekt. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

vinduet. Latteren og bruset fra amfiteatrene gjorde dem mindre ansente. Tilhelingsprosessen gikk raskere. Over 1000 år senere oppdaget kirurgen Henri De Mondeville (ca. 1260–1316) at hans pasienter etter kirurgi hadde behov for oppmuntring. Han pleide å fortelle vitser til pasientene etter operasjonen og la merke til at dette hadde positiv virkning på deres rehabilitering. Han mente at kirurgen måtte forby vrede, hat og sorg hos pasienten. «Kroppen blir rund av glede og tynn av tristhet», skrev han (3).

Martin Luther brukte humorterapi mot sjelesorg. Abraham Lincoln så humor som motgift til depresjon. Han skal ha sagt: «En morsom historie har samme effekt på meg som et glass whisky. Den setter liv i meg og er bra for den mentale og fysiske fordyelsen. Hadde det ikke vært for disse morsomme historiene hadde jeg vært død. De gir lufterventiler i mitt humør og tungsinn.» Først i 1964, etter at Norman Cousins behandlet seg selv med humor mot autoimmun sykdom (systemisk sklerose), tok forskningen fart. Cousins så morsomme filmer som fikk ham til å le, og han oppdaget at han hadde mindre smerter i kroppen etter latteranfalle. Samtidig spiste han store doser C-vitaminer og målte seg nøye. CRP sank over tid, noe som bidro til at han ble frisk av infeksjonen i kroppen (4).

Inspirere pasienter

Humor har evnen til å løfte oss ut av det triste. I de humoristiske bildene beveger vi oss utenfor den tradisjonelle stereotype-boksen. Her kan vi lettere distansere oss fra vår egen sykdom og bli overrasket over at mange av de problemene vi sliter med virker små. Latter påvirker våre problemer positivt og kan bidra til at det er enklere å møte det som er vanskelig. Psykiater Viktor Frankl satt tre år i tyske fangeleirer, det siste året i Auschwitz. Han forteller at han ikke hadde overlevd hadde det ikke vært for latteren. Hver eneste dag fant han på en morsom historie sammen med en medfange. Det hjalp ham å opprettholde den mentale balansen og mestre alt det vonde han opplevde uten å bli gal (5). Er vi gode på å hjelpe pasientene til å mestre mentale utfordringer? Og kan vi inspirere pasientene til å bruke sin sans for humor?

Kay Ann Herth intervjuet 14 terminale kreftpasienter som hadde mindre enn seks måneder igjen å leve. 85 prosent av pasientene som deltok i studien mente at humor ville være viktig for dem i den siste perioden. Herth konkluderte med at humor hjelper pasientene til å styrke deres selvfølelse. De følte seg

mer ekte og normale når de kunne dele noe positivt. Humoren hjalp dem med å endre holdninger til egen sykdom. Situasjonen ble mindre truende. Og den forsterket pasientenes kommunikasjon ved å tillate dem å stille vanskelige spørsmål samt ta imot beskjeder de var engstelige for å få (6).

Avleder stress

Som sykepleier ble jeg tilkalt til en gammel dame som var døende. Hun følte seg bedre den dagen, satt

«Kan en klovnegruppe bidra til å avlede kronisk stress for kreftsyke barn?»

oppreist i en stol og ville ha besøk av «Humoristisk poliklinikk». Mitt mål var ikke å være morsom, men å snakke med henne om hva som hadde vært morsomt i hennes liv. Det ble en lang samtale om hennes liv som fikk henne til å minnes mye av det som hadde vært morsomt. Hun lo godt flere ganger. Siden hun var en terminal pasient, sovnet hun i stolen. Hun døde to dager senere med et smil om munnen.

Professor Erica Slone ved Monash University i Australia forteller at kronisk stress svekker immunforsvaret og kan øke spredning av kreftceller. Hun skriver at stress sender signaler til kreftcellen som gjør at tumorceller frigjøres via lymfesystemet og sprer seg videre til andre organer. At lymfesystemet blir en slags motorvei for kreftceller slik at de sprer seg raskere i kroppen (8). Kan en klovnegruppe bidra til å avlede kronisk stress for kreftsyke barn? Kan de påvirke noen av «vondtene» og gi barna en kjærkommen latterpause fra alvoret og behandlingen?

Vanskelig å generalisere

Humor påvirker stress. Den får tankene over på noe annet. Men siden sansen for humor forandrer seg etter hvert som vi blir eldre, er den vanskelig å generalisere. Vi påvirkes ulikt. Det du ler av, trenger ikke å være morsomt for andre. Derfor er din rolle, og dine erfaringer som sykepleier, i møte med andre mennesker viktig. Gjennom din kliniske kompetanse vet du at sansen for humor er ulik.

Etter 25 år i klinisk arbeid har jeg likevel erfart at det er noen tema som oftere får frem smil og latter





hos pasientene enn andre. Og det er å snakke om noe annet en sykdom og symptomer, for det gjør pasientene daglig med andre pasienter og helsepersonell. Én pasient sa følgende: «Man blir stresset av å gjenfortelle sykdomshistorien sin flere ganger om dagen. Det gir meg flere bekymringer. Og når pårørende kommer på besøk, spør også de om hvordan jeg har det.» «Det er helt sykt ... men så er jeg jo på et sykt hus. Skulle heller ønske at jeg var på et friskt hus.»

Visitt med rød nese

Det er lettere å lokke frem latter og smil hvis du snakker med pasienten om hva hun eller han skal gjøre når vedkommende blir frisk, eller frisk nok til å komme hjem. På hjertemedisinsk avdeling bestemte vi oss for å gå visitt med rød nese en dag. Rød nese er verdens minste maske og kommuniserer at jeg ønsker å le sammen med deg. Det handler ikke om å være klovn. Vi skulle fokusere på det som var positivt og ikke snakke om sykdom. Vi visste at mange pasienter var anspent av forventninger og ønsket å dra hjem. Visitten tok helt av. Pasientene smilte og lo og fortalte morsomme historier som gjorde visitten til en opplevelse full av latter. Når vi senere skulle gå visitt og være seriøse, var det mye enklere å ta opp vanskelige temaer fordi vi hadde hatt det morsomt tidligere på dagen.

Å vite hvor pasienten befinner seg i sin sykdom er verdifullt. Da har du nemlig større sjanse for å treffe riktig i dialogen. Der humor er til stede, oppstår det ofte en avslappet tone. Denne tonen er verdifull og

«Der humor er til stede, oppstår det ofte en avslappet tone.»

byr på muligheten til å inspirere. På en barneavdeling pleide jeg å starte humoristisk interaksjon ved å leke med foreldrene. Jeg festet røde neser på mor og far og blåste opp ballonger og hang dem fast i små og store tær. Foreldre som smilte og lo virket mindre stressende på barnet som etter hvert selv ønsket å delta i leken. Sykdommen ble glemt i noen minutter. Samspillet med pårørende skaper ikke bare trygghet men kan være en viktig kilde til å vite hva som får pasienten til å slappe av. Professor og forsker Rod Martin ved Universitetet i Western Ontario i USA sa i et intervju at folk med mer sans for humor sannsynligvis er bedre i stand til å takle stress og derfor er mindre negativt påvirket av det (8).

Studier på humor

Hvordan takler du ditt stress som fagperson? Er du flink til å hjelpe kolleger som er stresset? Og hvordan bruker du din sans for humor sammen med pasienten? Som sykepleier møter du ofte pasienten tidlig i sin sykdom. Kan det å kartlegge stressfaktorer, og finne ut hva som får pasienten til å slappe av, gi deg et grunnlag for å yte bedre sykepleie?

Forskning viser at stresshormoner som kortisol og katekolaminer øker ved kronisk stress. Hormonene senker immunforsvaret. I en studie blant 16 menn – som ble utsatt for humor/latter – sank stresshormonene betraktelig samtidig som de fikk en positiv endring i humøret (9). I en koreansk studie, fra 2014, deltok halvparten av 60 brystkreftpasienter i et humorprogram på fire samlinger. Disse ble fulgt opp ved at man målte angst-, depresjons- og stressnivå hos alle pasientene. Angst-, depresjon- og stressnivået hos dem som ble utsatt for humor sank betraktelig allerede etter bare én humoristisk samling (10). Samtidig er ikke dette store nok undersøkelser som kan generere entydige svar. Men de gir en pekepinn på at hos enkelte mennesker er humor av betydning.

Lindre smerte

Så kanskje man skulle lage et humorprogram og tilby dette til pasientene som ønsker det? For mye av det å være syk innebærer å vente. Som en pasient sa etter å ha ventet flere timer på onkologisk poliklinikk: «Jeg hadde håpet at du skulle få se kreftcellene mine i et tidlig stadium.»

Fysisk trening påvirker pasientene positivt, ikke bare med hensyn til kreftsykdommen, men det påvirker også humøret. Trening virker avstressende. Man får mer overskudd inn i sosialt samvær der latteren har sine rom. Mange pasienter oppfordres til å trene, selv under cellegiftbehandling. Er vi gode nok til å tilby pasientrettet trening?

Norman Cusin var smertefri i mer enn to timer etter å ha ledd godt. Det finnes også forskning som viser til at studenter som holder hånden i en bøtte is, klarer å holde den lenger om de utsettes for humor. Det som lindrer mentalt, lindrer også fysisk. Lindring handler om å berøre, og bringe tanker og følelser over i nye måter å akseptere livets realiteter på. Fantasien vår setter ingen grenser. Vi skal alle dø. Noen tidligere enn andre. Noen nesten ikke i det hele tatt. Noen blir 100 år, men føler seg som 50. Andre passerer 50 og får en krise. Måten vi skal dø på, bekymrer mange. Slike bekymringer får lufte-

FRA MØRKT TIL LYST: Dagene på sykehuset kan blir grå og triste. Men for de dager som får farge, er humor og latter til stede. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



kanaler når humor snur opp ned på våre forestillinger. De er med å justere negative tanker og smerte over i noe man kan akseptere. Og aksept er med å myke opp angsten og bidrar til å skape mindre oppmerksomhet på det som gjør vondt. For kan du le av det, kan du tillate deg å dø av det.

Fremme håp

Sven Svebak og medarbeidere undersøkte 50 pasienter med kronisk nyresvikt. De ønsket å se om det var noe ved pasientenes livssituasjon og deres sykdomshistorie som kunne forutsi hvor lenge de kunne leve med sykdommen. De fant at sansen for humor var den sterkeste forutsigelsen for at de hadde klart seg i sin sykdomsperiode. Det var 30 prosent større sannsynlighet for at pasienter med høy score på humortesten fortsatt levde (11).

Humor i palliativ pleie kan fremme håp og følelsen av sammenheng (12). Det skal ikke mange dager på sykehus eller institusjon til før alle dagene blir grå. Men for de dagene som får farge, er humor og

latter til stede. I en studie på en palliativ avdeling i 2005, så man at terminale pasienter utvekslet 70 prosent av sin humor med pleiepersonalet (13). Det betyr at du som sykepleier har et stort ansvar som mottaker og formidler. Ingen ønsker å dø i smerte. Ingen ønsker heller å le seg i hjel.

Fra smil til latter

Men én mann i England døde av hjertesvikt etter et latteranfall som varte i 25 minutter. Han hadde sett på serien «The Goodies». Enken skrev til kanalen og takket for at mannen fikk en slik morsom avslutning. Vi ønsker kanskje å dø med et smil om munnen? Det virker så fredfullt. Smilet kan fortelle om indre tanker som er positive. Og det kan si mye om tapperhet og mot. Fra fagpersoner kommuniserer smil ofte medfølelse. Det forteller at jeg ser deg – ønsker å forstå og hjelpe deg. Smilet inviterer inn og er en viktig bidragsyter til pasienten for aksept, forståelse og samarbeid. Men smilet inviterer også ut – til latter.



Det er kort vei fra smil til latter, og kan bidra til å gi større mening for pasienten. Hvordan invitere til humor? Det meste handler om å respektere pasienten som menneske med navn, tidsplan og bekymringer. I vårt samspill kan det være lurt å unngå ventetid og at du som fagperson ikke stresser. Vær forberedt i ditt møte ved å følge opp og kommunisere. Tilby trygghet ved å ta deg tid til å høre hva pasienten tenker og ikke glem å småprate. Småprat er med på å skape en god tone for et samarbeid som skal vare livet ut for pasienten.

«Humor skal alltid være på pasientens premisser.»

Bruk av humor

Humor skal alltid være på pasientens premisser. Det er pasienten som vet hvor han/hun er i sin sykdom og som viser når de er mottakelig. Det betyr ikke at du som fagperson ikke kan ta initiativ og møte samspillet med inspirasjon. Skal man inspirere pasienten til å lukke opp latterdøra kan det være nok å snakke om humor. Stiller man åpne spørsmål om hva som har vært morsomt i livet, kan det lede inn på minner og assosiasjoner som lett blir til latter. Riktig bruk av humor er en viktig ressurs i den daglige interaksjon mellom sykepleier og pasient. Den starter når du treffer pasienten med ditt håndtrykk, blikk, smil og viser at du har tid. Det starter med varhet – hvem er pasienten? Og som all annen sosial interaksjon vil det være riktig av deg å tenke hvor, hva og når?

Humor kan være et terapeutisk verktøy og bidra til å utvikle det terapeutiske forholdet (14). Men da skal man kjenne pasienten og vite hvor pasienten er. Ulike former for humor vil være relevant i ulike situasjoner med ulike pasienter. Personligheten er forskjellig. Noen er raskt på bølgelengde og kan uttrykke humor i frustrasjon. Andre kan slenge ut en humoristisk kommentar i håp om å få én i retur. Andre bruker lang tid på å akseptere sin situasjon og bli trygg. Noen synes ikke humor passer i det hele tatt. I vår sykepleie er det plass til alle. Som en pasient uttrykte det: «Det er ikke mye humor i tumor.»

Rollen som sykepleier

Hvordan du kommuniserer og assosierer på hverdagslige, motstridende situasjoner kan bidra til at pasienten blir mindre anspent. For i din rolle som sykepleier viser du faglig trygghet og kan tillate å være deg selv. Det ser pasienten. Det inngir både tillit og

aksept. Dessuten må du kanskje tillate pasienten å le? Kommuniserer du for mye alvor? Sterile rom gir lite inspirasjon. Ditt arbeidsmiljø kan være smittsomt. Latter på vaktrommet mellom kolleger, kan sende pasienten et signal om hva som er tillatt. Både filmer, bøker og bilder er fagmateriale som bør være lett tilgjengelig.

Pårørende er alltid en viktig ressurs. En kreftpasient hadde mistet håret etter cellegift. Familie dukket opp på sykehuset uten hår i sympati og for å støtte pasienten og ikke minst forsøke å skape litt humor i alvoret. Vente-appen for kreftpasienter med et eget humorprogram er forhåpentligvis ikke langt unna. Men den viktigste ressursen er du som sykepleier, som gjennom din faglige kompetanse og erfaring i ditt nærvær, viser at du er mottakelig for humor – og som bruker din humoristiske sans positivt i samspill med pasienten. Det styrker og gir mot til å møte det ukjente. ■

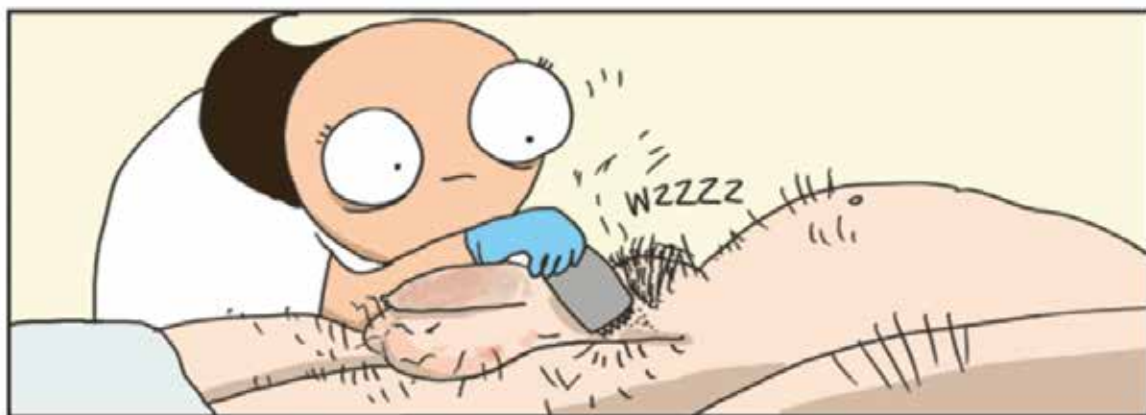
Referanser

- Lengacher CA, Bennett MP, Kipp KE, Berarducci A, Cox CE. Design and testing of the use of complementary and alternative therapies survey in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(5):811–21.
- Bremner J, Roodenburg H. A cultural history of humor: From antiquity to the present day. Cambridge / Malden, MA: Polity Press; 1997.
- Klein A. The healing power of humor. New York: Penguin Putnam; 1989.
- Cousins N. Anatomy of an illness (as perceived by the patient). *The New England Journal of Medicine*. 1976;295:1458–63.
- Frankl VE. Man's search for meaning. Boston: Beacon Press; 2014.
- Klein A. The courage to laugh: humor, hope, and healing in the face of death and dying. New York: Jeremy P. Tarcher/Puntam; 1998.
- Chang A, Le CP, Walker AK, Creed SJ, Pon CK, Albold S. β -2-Adrenoceptors on tumor cells play a critical role in stress-enhanced metastasis in a mouse model of breast cancer. *Brain Behav Immun*. 2016;57:106–15.
- Martin R, Kuiper NA. Three decades investigating humor and laughter: an interview with professor Rod Martin. *Eur J Psychol*. 2016;19:12(3):498–512.
- Lee SB, Stanley AT, Dottie B. Cortisol and catecholamine stress hormone decrease is associated with the behavior of perceptual anticipation of mirthful laughter. *The FASEB Journal*. 2008;22:946.11.
- Kim SH, Kim YH, Kim HJ. Laughter and stress relief in cancer patients: a pilot study. Evidence-based complementary and alternative medicine. 2015.
- Svebak S, Kristoffersen B, Aasarød K. Sense of humor and survival among a county cohort of patients with end-stage renal failure: a two-year prospective study. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(3):269–81.
- Olver IN, Elliott JA. The use of humor and laughter in research about end-of-life discussions. *Journal of nursing education and practice*. 2014.
- Borod M. Smiles toward a better laughter life: a model for introducing humor in the palliative care setting. *J Cancer Educ*. 2006;21(1):30–4.
- Adams KN, Ludwick R. Humor in hospice care: who, where, how much? *Am J Hosp Palliat Care*. 2005; 22: 287–290.



Intimgrenser er for friske folk og kontoransatte

Jo lenger tid du tilbringer på sykehuset, jo større sjanse er det for at intimgrensene blir visket ut. Dette gjelder både pasienter og personalet.



PERSONER DU MØTER PÅ SYKEHUSET



KIRURGEN UTEN SOSIALE ANTENNER



SYKEPLEIEREN SOM VIL GJØRE MINST MULIG



PORTØREN SOM TRENGER EN PAUSE



SEKRETÆREN SOM HATER MENNESKER



SYKEPLEIEREN SOM VIL GJØRE ALT FOR MYE



DEN OVERPOSITIVE FYSIOTERAPEUTEN



DEN RARE NATTEVAKTEN



STUDENTEN SOM IKKE KAN EN DRITT





PASIENTVENN: I 1948 tok Norges Røde Kors initiativet til opplæring av pasientvenner. Det var frivillige som kunne gå på besøk til ensomme på sykehus eller i hjemmene. Ordningen ble satt ut i livet i 1949. Her en kvinnelig pasientvenn som besøker et lite barn på sykehus i 1952. Besøket var nok velkomment, i en tid da det ikke var vanlig å ha mor og far med på sykehuset, ifølge NTB Scanpix.



Gøy med kreft?

Er det egentlig greit å tulle med kreft?

FAKTA

Av **Ane Bøyum Opheim**,
lege i spesialisering,
kirurgisk avdeling,
Ålesund sykehus

Gøy med kreft» Slik lød overskriften på et leserinnlegg i Aftenposten for vel to år siden. Forfatteren hadde sett seg grundig lei på at kreftpasienter ble hausset opp i media, tøyset med og heiet frem, der de deltok i maraton og planla fallskjermhopping. Selv hadde hun mer enn nok med å komme seg ut av senga om morgenen.

Det var for min del en trist og provoserende lesning. Trist, fordi forfatteren så tydelig var bitter overfor disse menneskene som gjorde ting hun selv ikke hadde overskudd til å gjøre i samme situasjon. Provoserende, fordi hun tydeligvis ikke unte medpasientene sine å leve videre med nye mål og planer tross en alvorlig diagnose.

Men er man egentlig i samme situasjon? Og kan noen påberope seg – enten det er helsepersonell, familie, medpasienter eller utenforstående – å diktere

hvordan enkeltmennesker skal håndtere sykdommen sin? Kan noen si at de sitter med fasiten? Og er det egentlig greit å tulle med kreft?

«Gøy med kreft» er ingen fullstendig setning, og den kan leses på flere måter. Få, om noen, kan vel si at det er gøy å få kreft. Men at man kan ha det gøy, selv med kreft, kan nok mange kjenne seg igjen i. Selv fikk jeg kreft i 2014, og jeg hadde det virkelig gøy det året.

Veien til sykesenga var kort

Første halvåret av 2014 ga meg mye. Jeg fikk diplom, fikk legelicens, fikk turnus, fikk feiret 30-årsdagen min, og fikk kreft. Det at jeg klarte å fullføre studiet på normert tid, kom nok mest overraskende på meg, men jeg ble ganske sjokket av kreften også.

Sistnevnte hadde lurt seg inn i brystet mitt og spredt seg til armhulen. Heldigvis jobbet jeg på en kirurgisk avdeling, så veien fra jobb til sykesenga



var relativt kort. Moren min var avdelingsjef på kreftavdelingen, så jeg gikk meg ikke vill der heller.

Den dagen jeg fikk diagnosen, var jeg på jobb. Jeg hadde bare tenkt meg en snartur innom brystdiagnostisk senter for å få beskjed om at alt var bra, for så å fortsette arbeidet. Det gikk ikke helt slik, og det er ikke til å stikke under stol at alt ble litt kaotisk et øyeblikk.

Både frekt og korrekt

I tillegg var det fellesferie, og hele familien min var langt unna. Heldigvis hadde jeg besøk av en kamekrat, som – stakkars fyr – fikk en noe ustabil venn hjem fra jobb.

Jeg sier heldigvis, fordi han sa noe veldig lurt som jeg i ettertid har tenkt på mange ganger. I et forsøk på å få ut litt frustrasjon på den store D-dagen løp vi en tur i fjellet. Halvveis oppe ble

jeg sliten og begynte å gå, men han pushet meg videre til jeg til slutt utbrøt: «JEG HAR FAKTISK KREFT, OKEI?»

Den satt, husker jeg at jeg tenkte, skal mye til for å toppe den. «Det hadde du i går også, og det var ingenting i veien med kondisjonen din da», fikk jeg til svar. Og det var både frekt og korrekt, så jeg jogget videre siden jeg ikke ville innrømme at jeg bare var i dårlig form.

For jeg hadde faktisk kreft dagen før, ja sikkert flere måneder før også, men da visste jeg det ikke. Det var altså i mitt tilfelle ikke kreften som gjorde meg dårlig, men tanken på den. Jeg bestemte meg derfor for å forsøke å leve videre så normalt som overhodet mulig, og kun bruke «kreftkortet» de gangene det var reelt. (Pluss av og til for å lure til meg den siste sjokoladebiten, få gratis øl, sitteplass på bussen og støtte til et mangfold av luer fra Nav.)

LIVSGLEDE:

Hjemme satt min mor og ba meg om å roe ned, og leger og sykepleiere advarte meg mot fatigue. Jeg brydde meg litt mindre om hva folk måtte tenke om meg, og litt mer om å gjøre ting jeg hadde lyst til. Illustrasjonsfoto: Erik Reis / Mostphotos



Kreft er skummelt

Juli kom med operasjon og cellegift, og bryst og hår forsvant. Plutselig ble det veldig synlig for alle at noe var galt, og for folk flest er kreft veldig skummelt. Så skummelt at jeg opplevde at kjentfolk krysset gata, trolig i frykt for hva de skulle si eller ikke skulle si, om de møtte meg.

Jeg var derfor tidlig ute med å «annonserer» den nye statusen min på Facebook og Instagram – for å unngå kleine møter med bekjente på gata og i butikken, hvor det alltid spørres «Hvordan går det?» og svaret «Jo da, bare bra, men har dessverre fått kreft» ikke er like lett å ta på strak arm for alle, noe som igjen resulterte i at jeg selv ble flau.

Å tulle med det alvorlige

Jeg har alltid tullet mye med det meste, og nå ble humor ekstra viktig, både som forsvarsmekanisme og i et forsøk på å ufarliggjøre situasjonen. Det å



«Det var ikke kreften som gjorde meg dårlig, men tanken på den.»

tulle med noe alvorlig åpner dessuten opp for spørsmål som kanskje ikke alltid er like lett å ta opp:

«Parykken min klør sånn at jeg lurer på om jeg har fått skabb» (er det kjipt med parykk?). «Nå slipper jeg heldigvis å stresse med den biologiske klokka og kan gjøre som jeg vil siden jeg likevel skal få hormonbehandling i ti år» (synes du det er vanskelig å kanskje ikke kunne få barn?). «Jeg skal ha cellegift etter jobb i dag, blir digg med langhelg altså» (blir du veldig dårlig av cellegiften?).

Det er veldig sjelden jeg står i en operasjon med en overlege og ser på et organ som jeg åpenbart burde visst hva het, og sier: «Ha, se på den der, ser nesten ut som en gullfisk!» Overlegen: «Vet du hva det er?» Jeg: «Nei ...»

Så i stedet tier jeg heller og håper at spørsmålet ikke vil komme opp, og slår opp i anatomiboka mi etterpå. Må likevel nevne at et godt råd jeg har fått,

er å ikke late som om man vet, men heller spørre, selv om dette er lettere sagt enn gjort.

Man tuller altså som regel ikke om ting man ikke ønsker å snakke om, og det å spøke om noe gir derfor menneskene rundt en pekepinn på hva man tenker på, og hva det er greit å snakke om. Det er likevel viktig å huske på at ikke alle bruker humor på samme vis, og selv om man ikke snakker om noe, betyr ikke det at det ikke kan snakkes om.

Første møtet med kreft

Selv mistet jeg en av mine beste venner til leukemi da han bare var tolv år gammel. Det var mitt første møte med kreft, noe jeg da trodde var noe bare gamle mennesker fikk.

Han mistet håret, men brydde seg ikke om at han ble skallet. Han ble svakere i kroppen, og den siste tiden måtte han trilles i rullestol over lengre distanser. Noen ganger lot han som om han var multihandikappet når folk passerte, slik at de skulle glo litt ekstra, og syntes det var hysterisk morsomt når jeg i tillegg ble brydd av det.

Han imponerte oss alle med ærlighet og åpenhet, godt humør og gledesspredning helt til det siste. Jeg husker jeg tenkte at hvis jeg en gang fikk kreft, så skulle jeg prøve å være slik som han.

Lærdommer

Som lege mener jeg å tro at jeg har lært et par ting eller tre av å være pasient.

For det første: Ventetiden er verst, altså den tiden du venter på svar på blodprøver, histologisvar, MR og CT. Det som for behandleren bare er noen dager, kan føles som flere uker for pasienten. Når legen eller sykepleieren sier at det vil ta fire uker å få svar, ja da sitter man gjerne med stoppeklokka og ventet på telefon fra kl. 08.00 fire uker etter. Det samme gjør familie og venner.

Fem og seks uker blir plutselig veldig lenge når man er spent, og i tillegg får spørsmål fra de rundt, som også er spent. Man klarer lett å tenke på seg en fire-fem metastaser på de ekstra ukene. Gi derfor ikke løfter som du ikke vet du kan holde.

For det andre: Det er forskjell på å ha en diagnose og å være syk. Jeg har en diagnose, men jeg har vært lite syk. Jeg har derimot hatt pasienter med i utgangspunktet mindre alvorlige diagnoser som har vært langt mer syk og mer påvirket enn det jeg har vært. Det handler derfor ikke alltid om hva man har, men om hvordan man har det.

For det tredje: De pårørende kan ofte ha det verre enn pasienten selv. Som helsepersonell skal vi behandle pasienten, men det er viktig ikke å glemme de pårørende. Det er lett å la seg irritere av pårørende som «maser» og «krever» og «skal vite», men det er gjerne de pårørende som føler mest på at de er maktesløse og har mistet kontrollen når en som står dem nær, er potensielt alvorlig syk.

Bra år

Jeg nevnte tidligere at jeg hadde et gøyalt år, men hva er egentlig så gøy med å fjerne brystet og få cellegift og strålebehandling?

Det var lite som var gøy med akkurat dette, men det var også bare en brøkdel av året mitt. Innimellom behandling kjøpte jeg meg leilighet, jeg var på fem ski- og fjellfestivaler, jeg var på hytteturer med venner og familie, kjøpte mine første randoneeski med hjelp fra en type jeg møtte på Tinder, var på mange toppturer, løp 10 for Grete med venninner, klatret Via Ferrata, dro på blind date til Svalbard (gjett om han fikk seg en overraskelse da jeg tok av meg lua) og jobba i full stilling.

Hjemme satt min mor og ba meg om å roe ned, og leger og sykepleiere advarte meg mot fatigue. Jeg brydde meg litt mindre om hva folk måtte tenke om meg, og litt mer om å gjøre ting jeg hadde lyst til.

I bilen på vei til den siste festivalen i 2015, et år etter at jeg startet behandlingen, konkluderte venninna mi og jeg med at det siste året hadde vært det gøyeste og beste på veldig lenge. Og så kom vi plutselig på at jeg hadde kreft, så da lo vi litt og ble litt flau over at dette året hadde vært så bra, selv med kreft, og så lo vi litt mer.

En positiv innstilling

Det er ikke min mening å bagatellisere kreften, for jeg skulle altså gjerne ha vært den foruten. Likevel har jeg stort sett hatt gode og mange fantastiske dager siden jeg fikk diagnosen. Jeg har hatt flotte og morsomme mennesker rundt meg, og vi har alle brukt mengder med humor, bevisst og ubevisst.

Jeg har stor tro på at en positiv innstilling og humor kan være helsefrembringende. Det fikk jeg kjenne på kroppen da en helsearbeider utenfor behandlingsgruppen min uttalte seg om prognosene mine på en særdeles lei måte. Jeg falt i kjelleren og ble der en uke. Jeg var slapp, sliten og kvalm, alle lukter ble forsterket, og jobben var et ork.

Foreldrene mine fikk seg også en knekk da de

så hvordan jeg hadde det. Men mot slutten av uka fikk jeg besøk av en venninne, vi gjorde utelukkende hyggelige ting, de destruktive tankene slapp gradvis taket, og «kroppen fulgte toppen».

Jeg kan nok på mange måter si at jeg har vært heldig som har tålt behandlingen så godt som jeg gjorde, som kunne jobbe, som hadde et så godt støtteapparat rundt meg, og som ikke har hatt et brennende ønske om to bryst og barn i morgen.

«Selv hadde hun mer enn nok med å komme seg ut av senga om morgenen.»

Men om jeg kikker i «dagboka» mi (notater på iPhone, en linje for dagen, det var alt jeg rakk) finner jeg stikkord om både kvalme, ryggsmertes, synsforstyrrelser, sår i munn og hud, neseblod, barnløshet, hetetokter, tapping av væske i bryst, søvnvansker, bekymring for familien, lymfødem og tissevansker. Dette er likevel ting som har kommet i skyggen for alle de gode opplevelsene som har stått i sentrum.

En god latter forbedrer livet

Avslutningsvis vil jeg prøve å besvare spørsmålene jeg nevnte i starten. Nei, ingen situasjon er lik, og det er mange faktorer som virker inn. Ingen kan fortelle deg hvordan du skal håndtere sykdom, men gode råd kommer godt med.

Selv føler jeg at jeg klarte og klarer meg bra, og at min håndtering har vært den rette for meg. Det var en fryd å kunne gå på jobb og gjøre sosiale og morsomme ting på fritiden, og i tillegg bli heiet frem på sidelinja. Det betyr på ingen måte at det vil være det riktig for andre, og man må ha toleranse for at forskjellige mennesker takler situasjoner på ulike måter.

Og er det egentlig greit å tulle med kreft? Ja så absolutt, tenker jeg, men trå gjerne litt varsomt rundt de som ikke måtte mene det.

Om en god latter ikke forlenger livet, så forbedrer det det i hvert fall. Personlig vil jeg heller ha en liten porsjon middag som smaker utmerket, enn en stor porsjon som smaker så dårlig at du vil legge igjen de siste bitene. Aller helst vil jeg ha en stor, variert og velsmakende porsjon. Så kan jeg heller plukke ut de bitene jeg ikke liker underveis. ■



God sans for humor? Da lever du kanskje lenger

Nå er det godt vitenskapelig belegg for å hevde at humor forlenger livet.

FAKTA

Av **Sven Svebak**,
professor emeritus,
Det medisinske fakultet,
NTNU

I de siste førti årene har ideen om humor og latter i god helse blitt applaudert stadig sterkere. Særlig var det en bok av Norman Cousins, en amerikansk tidsskriftredaktør, som vitaliserte den gamle tanken om at en god latter forlenger livet.

Cousins ble rammet av en smertefull variant av reumatisk betennelse i ryggstøyla (ankyloserende spondylitt) og ble gradvis frisk mot alle medisinske odds. Særlig medførte hans daglige dose med humoristiske videofilmer på sykestua spekulasjoner om at han ble helbredet gjennom munterheten som de utløste.

Han ble utfordret til å skrive om sin sykehistorie i det anerkjente tidsskriftet *New England Journal of Medicine* (1). Der var han selv skeptisk til at humor var forklaringen. En åpenbar alternativ forklaring var at han samtidig tok store mengder C-vitaminer. Og kanskje var ingen av disse to «behandlingene» årsaken til at han etter hvert ble frisk.

«Besøk av klovner like etter innsetting av befruktet egg øker sannsynligheten for å bli gravid.»

Boka hans (2) kom som en følge av oppmerksomheten som artikkelen skapte, og i boka var han enda mer skeptisk til at humor kurerte ham for rygglidelsen. Men skepsisen prelet av som vann på gåsa både i store deler av helsevesenet og i popkulturkulturen.

Sykehusklovner

Begeistring for antatte terapeutiske effekter av humor og latter ble ytterligere forsterket gjennom filmen *Patch Adams* (1988), der Robin Williams hadde hovedrollen. Filmen er basert på en sann historie om legen Patch, som brukte humor i samhandling med sine pasienter for å forsterke effekten av vanlig medisinsk behandling (3). Denne filmen inspirerte også til bruk av sykehusklovner, selv om det da ikke var noen seriøs forskning som støttet gode medisinske effekter av slike innslag i sykehuset.

I dag er situasjonen bedre, vitenskapelig sett, for bruk av klovner i sykehuset. Et metodisk meget godt arbeid fra en italiensk forskergruppe viste at besøk av klovner på sykestua i fertilitetsklinikken like etter innsetting av befruktet egg øker sannsynligheten for å bli gravid med omkring 30 prosent, sammenliknet med innsetting uten hjelp til å fjerne bekymringer i timene etterpå (4).

Fortsatt er effekter av sykehusklovner i barneklisnikkene lite utforsket.

I Nord-Amerika har det oppstått en organisasjon, Association for Applied and Therapeutic Humor (AATH), som tar lettere på det vitenskapelige grunnlaget enn den eldre og mer forskningsbaserte organisasjonen International Society for Humor Studies (ISHS), som sprang ut av den første internasjonale vitenskapelige humorkongressen i Cardiff i 1976.

Tidsskriftet *Humor: International Journal of Humor Research* drives av denne organisasjonen og er nå inne i sin 31. årgang. Dessverre er leserkretsen til tidsskriftet dominert av fag utenfor helsevesenet. Derfor er helseforskning knyttet til humor stort



sett publisert i et mangfold av andre helserelaterte tidsskrifter.

Begrepsforvirring

Det er lenge siden jeg ga opp å tro at folk utenfor fagmiljøene kan klare å skille mellom latter, humor og sans for humor. **Latter** er et affektuttrykk, og dessverre ikke et sikkert tegn på humor. I 2000 publiserte en amerikansk professor, Robert Provine, resultater fra over 1200 lydopptak av latter i offentlige rom, for eksempel en kafé eller en buss-holdeplass.

Han kunne slå fast at omkring 85 prosent av forekomsten av latter skyldtes andre former for samhandling enn humor. Det meste hadde med begeistring eller glede å gjøre, som at en person sier noe som vekker begeistring hos en annen, eller at det plutselig kommer en felles bekjent løpende for å nå samme buss (5, 6).

Særlig sitter det langt inne hos journalister i masemediene å se at latter er noe annet enn et sikkert tegn på humor. De er ofte i en formidlingskultur som er sterkt forankret i bruk av bilder.

Humor er et sosialt fenomen. Smil og latter kan vises i bilder, og kan være gode uttrykk for humor som deles mellom folk. Men slike prosesser i kommunikasjonen er forankret i spesielle tankeprosesser, en variant av kognitive synergier som lar seg presist definere, men som aldri lar seg fotografere.

Typisk er det at alle slike tanker umiddelbart vekker subjektiv munterhet. Den trenger ikke å vises i kroppsspråket. Noen ganger medfører det risiko for å krenke et annet menneske om munterheten vises.

Sans for humor er en personlig egenskap. Noen har mer og andre mindre av denne egenskapen. Humor finnes i alle kulturer, til tross for at noen i alle kulturer har liten sans for humor. Og de som har stor sans for humor, har dermed et tegn på at de er

LIVGIVENDE:
Humor er et sosialt fenomen. Foto: Mostphotos





INDIVIDUELT:
Sansen for humor er en personlig egen-
skap. Foto: Most-
photos

godt sosialisert inn i et fellesskap dersom de skjønner når det ikke passer seg å vise sin munterhet.

Tre dimensjoner

Sans for humor er et sammensatt fenomen. Begrepet var ikke definert i faglitteraturen i 1960-årene da jeg studerte. Mitt ønske var å studere mulige effekter på helsa av å ha mindre eller mer sans for humor. Dermed var jeg nødt til å ta de første stegene i å utvikle en metode for å måle sans for humor, slik at jeg kunne studere om det er noen sammenheng mellom sans for humor og helse.

Jeg kom etter hvert til at sans for humor er et fenomen med minst tre dimensjoner: den affektive (hvor lett folk har for å smile og le), den sosiale (hvor godt folk trives i situasjoner der det blir litt moro) og den kognitive (hvor lett folk har for å oppfatte humor i en situasjon eller skape slike kognitive prosesser selv).

Vi har skårer på disse tre komponentene fra omkring 55 000 nordtrøndere som deltok i helseundersøkelsen midt på 1990-tallet (HUNT-2). I HUNT-2 var det bare ett spørsmål for hver av de tre dimensjonene. Validiteten i denne metoden er beskrevet i en oversikt over utviklingen og bruken gjennom mer enn førti år (7).

Redusert sykelighet

Det hadde gått for få år til at data for de tre komponentene av sans for humor kunne relateres til dødelighet da jeg publiserte min bok *Humor, stress og helse*

i 2000 (8). Vi visste da fra andre data at folk med stor sans for humor har redusert sykelighet under stress sammenliknet med folk med samme grad av daglig stress, men som har liten sans for humor.

Denne kunnskapen dannet grunnlaget for tanken om at sansen for humor er en «mental støtdemper langs livets landevei»: Gode støtdempere i en bil medfører mindre belastning på passasjeren når veien blir dårlig. Sans for humor gir en evne til å tenke som medfører nedskalering av omstendigheter i livet som lett kan eskalere til kriser, konflikter og dårlig humor, altså det motsatte av krisemaksimering.

Det skal understrekes at min metode for å måle sans for humor (seks spørsmål: SHQ-6-Revised) har vist seg å måle en vennlig sans for humor. Skårene er lite treffsikre som indikatorer på ondskapsfull humor.

Det er lite som tyder på at ondskapsfull humor, ofte i form av mobbing, har noen gunstig effekt på helsa, verken den psykiske eller biologiske. Dessuten er det lite hyggelig å være sammen med mennesker som bruker humor til å mobbe andre, og de får derfor et dårligere sosialt nettverk.

Det er over en generasjon siden det ble påvist at et godt sosialt nettverk fremmer god helse. I 2007 ble det publisert en omfattende oversikt over humorforskning (9). Denne boka er nå under revisjon og vil foreligge i en oppdatert versjon i løpet av sommeren 2018 med kapitler med en oversikt over helseforskningen.

Sans for humor og dødelighet

Ved Det medisinske fakultet i Trondheim har vi gjennomført de tre første prospektive studiene av om det er en sammenheng mellom skårer på sans for humor og dødelighet i årene som fulgte.

Den første (10) studerte alle i Sør-Trøndelag med diagnosen kronisk nyresvikt (rundt 50 pasienter). De ble fulgt gjennom to år etter at databasen ble etablert, både med objektive kriterier på grad av nyresvikt ved start og subjektive data om hvordan pasientene opplevde sin situasjon ved start, inkludert livskvalitet, subjektive plager og sans for humor.

Resultatene viste at den sterkeste predikatoren på overlevelse gjennom perioden var skårer på sansen for humor, unntatt den affektive dimensjonen (lattermildhet). Objektive journaldata for grad av nyresvikt kunne ikke forutsi hvem som levde etter to år.

Pålitelig prediksjon

I 2010 publiserte vi den første testen på om sans for humor kunne forutsi overlevelse hos rundt 55 000 nordtrøndere (11). De ble fulgt gjennom sju år. Statistisk sentralbyrå ga oss data om dødsfall gjennom perioden, uansett årsak, etter deltakelsen i helseundersøkelsen.

Det viste seg at skårer på den kognitive komponenten av sansen for humor kunne forutsi overlevelse meget pålitelig. Resultatene var da kontrollert for alle mulige andre risikofaktorer enn lav skår på sans for humor, slik som blodtrykk, diabetes, kreft, røyking og mangel på mosjon da de deltok i helseundersøkelsen.

Det var omkring 30 prosent større relativ sannsynlighet for å være i live etter sju år blant dem som skåret over medianen i evnen til å tenke på måter som vekker munterhet, sammenliknet med dem som skåret lavere på denne kognitive egenskapen.

I 2016 publiserte vi en ny oppfølging (12), denne gangen etter 15 år og med data for ulike årsaker til død. Da viste det seg at den kognitive komponenten beskytter mot tidlig død på grunn av hjerte- og karsykdom og infeksjoner hos kvinner, men bare mot død på grunn av infeksjoner hos menn.

Ingen effekt mot kreft

Det var ingen påviselig beskyttende effekt av sans for humor mot tidlig død på grunn av kreft, kols eller psykiatriske lidelser. Immunfunksjoner er vitale både i hjerte- og karsykdom, evnen til å motstå

infeksjoner og i kreftprosesser. Kanskje er genetikk og eksponering for kreftfremkallende stoffer av relativt stor betydning i kreft, og slike faktorer var ikke fanget opp i HUNT-2, bortsett fra røyking.

Disse studiene er de første med bruk av vitenskapelige metoder som dokumenterer at den kognitive komponenten i sans for humor kan forlenge livet ved å beskytte i noen grad mot hjerte- og karsykdom og livstruende infeksjoner.

Resultatene støtter også indirekte mange rapporter om at kraftig latter har en helserisiko, slik som hjerteinfarkt, slag, brokk og urinlekkasje (13). Da er det en trøst at frontallappen tydeligvis har en beskyttende mekanisme som demper kompresjonstrykket i bryst og buk under lattersalver som varer over fire–fem sekunder (14). Vi anbefaler ingen å slutte med å more seg!

Humor og mestring

Sansen for humor utvikler sitt innhold tett forankret i egne erfaringer. Derfor er det mulig å si at det er like mange varianter av sans for humor som det er livshistorier.

Enkelte erfaringer deler vi med andre. Vi uttrykker tryggest vår egen sans for humor sammen med mennesker vi har et fellesskap med, kjenner godt og trives med. Det er lett å krenke andre med egen sans for humor som ikke deles.

Pasienter i kreftbehandling får en del felles erfaring som kan behandles på en befriende måte sammen med dem man er trygg på. De omfatter

«Latter er et affektuttrykk, og dessverre ikke et sikkert tegn på humor.»

både medpasienter, helsepersonell, familie og venner (for eksempel (15)).

Særlig kan sansen for humor hjelpe oss til å forsones oss med vanskelige omstendigheter som vi ikke kan gjøre noe særlig med. Der ligger den mentale støtdempereffekten som ble omtalt over. Den kan ha god effekt på mer enn det å forsones seg med krevende omstendigheter som du ikke kan få ut av ditt daglige liv.

I kreft er ofte smerte forbundet med sykdomsprosessen. Forskning tyder på at sansen for humor kan



bidra til å tåle smerte bedre. Det er ikke grunnlag i forskning for at latter har noen lindrende effekt. Derimot har humor en evne til å løfte humøret inn i en positiv kvalitet, som ikke nødvendigvis vises i smil eller latter. Det er denne effekten på humøret som løfter smerteterskelen.

Dårlig humør smitter også

Noe av denne forskningen tyder på at forsert latter rett og slett kan ha motsatt effekt. Pasienter som møtes i selvhjelpsgrupper, kan forløse munterhet og løfte humøret på en måte som gir drahjelp gjennom suggesjonseffekter fra andre. Da er det viktig å erkjenne at dårlig humør også smitter.

Derfor vil slike grupper ha en fordel av at de styres av noen som har gode sosiale ferdigheter i å lede slike samvær inn i et positivt spor.

Mange etterlatte sliter med sorg og depresjon. Det er en fordel å ha sans for humor i slike prosesser. Sorg skal gjennomlevs og ikke skyves under teppet. Det er de etterlatte som selv bestemmer når det etter



«Sansen for humor er en 'mental støtdemper langs livets landevei'.»

hvert passer seg med litt humor, gjerne knyttet til hyggelige minner om en som døde.

Gode eksempler på når humor passer og ikke passer, finnes i boka *The courage to laugh* (16). Også for pasienter er det slik at de selv bestemmer om og når det passer seg med humor. Helsepersonell kan komme i skade for å krenke pasienter ved å dytte på dem humor, særlig når relasjonen ikke har preg av fortrolighet.

Konklusjon

Populærkulturen har grovt oversolgt ideen om at latter fremmer god helse. Det har vist seg at vikarierende motiver har overskygget det vitenskapelige grunnlaget, ofte gjennom ambisjoner om å drive et foretak som det går an å leve av, slik som latterbevegelsen som ble startet av inderen Madan Kataria.

Latter er en usikker indikator på humor, og det er ingen grunn til å tro at den som ler mest, har størst sans for humor. Sansen for humor er en personlig egenskap, utviklet gjennom sosialisering og med en

form og et innhold som speiler egen erfaring, både privat og i arbeid.

En vennlig sans for humor har vist seg å være en mental støtdemper med evne til å øke mestringen av livets utfordringer. Den kognitive komponenten har vist seg å redusere risikoen for tidlig død på grunn av infeksjonssykdommer hos menn og både infeksjonssykdommer og hjerte- og karsykdommer hos kvinner.

I kreft ser vennlig sans for humor ut til å ha størst betydning som hjelp til å leve best mulig gjennom sykdomsforløpet. Og når pårørende kan bli sittende igjen med tap, hjelper vennlig sans for humor dem til å komme bedre gjennom sorgprosessen enn hos dem som har liten sans for slik humor. Helsepersonell kan bidra i omsorg for både pasienter og pårørende ved å legge til rette for at slike sosiale prosesser får en plass. ■

Referanser

1. Cousins, N. Anatomy of an illness (as perceived by the patient). *New Eng J Med*. 1976;295:1458–63.
2. Cousins, N. Anatomy of an illness as perceived by the patient: reflections on healing and regeneration. New York: W.W. Norton; 1979.
3. Adams P. Sygebesøg. Høbjerg: Forlaget Univers; 1998.
4. Friedler S, Glasser S, Azani L, Freedman LS, Raziell A, Strassburger D, et al. The effect of medical clowning on pregnancy rates after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril*. 2011;95:2127–30.
5. Provine RR. Laughter. New York: Penguin Books; 2000.
6. Provine RR. Laughter as a scientific problem: adventure in sidewalk neuroscience. *J Comp Neurol*. 2016;524:1532–39.
7. Svebak S. The Sense of Humor Questionnaire: conceptualization and review of 40 years of findings in empirical research. *Eur J Psychol*. 2010;6:288–310.
8. Svebak S. Forlenger en god latter livet? Humor, stress og helse. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
9. Martin RA. The psychology of humor: an integrative approach. New York: Academic Press; 2007.
10. Svebak S, Kristoffersen B, Aasarød K. Sense of humor and survival among a county cohort of patients with end-stage renal failure: a two-year prospective study. *Int J Psychiat Med*. 2006;36:265–77.
11. Svebak S, Romundstad S, Holmen J. A 7-year prospective study of humor and mortality in an adult county population: the HUNT-2 study. *Int J Psychiat Med*. 2010;40:125–46.
12. Romundstad S, Svebak S, Holmen J, Hølen A. A 15-year prospective survival study of sense of humor and causes of mortality in an adult county population: the HUNT Study, Norway. *Psychosom Med*. 2016;78:345–53.
13. Ferner RE, Aronson JK. Laughter and MIRTH (Methodical Investigation of Risibility, Therapeutic and Harmful): narrative synthesis. *BMJ* 2013;347:f7274.
14. Svebak S. Consequences of laughter upon trunk compression and cortical activation. *Eur J Psychol*. 2016;12:1–99.
15. Rose SL, Spencer RJ, Rausch MM. The use of humor in patients with recurrent ovarian cancer: a phenomenological study. *Int J Gynecol Cancer*. 2013;23:775–9.
16. Klein A. The courage to laugh: humor, hope and healing in the face of death and dying. New York: Penguin Books; 1998.



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE

Faggruppen har som formål:

- Spre **kunnskap**
- Øke **kompetanse**
- Fokus på **tverrfaglig samhandling**
- Bidra til en **bedre hverdag**

TYDELIG
MODIG
STOLT



LES MER PÅ

www.sykepleierforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

Bruker kreftsykepleiere humor i hverdagen?

Vi har intervjuet tre kreftsykepleiere om hvordan de bruker humor i møte med pasienter og deres pårørende. Kan man tøyse med alt?



Navn: Anders Raab-Fjelde
Alder: 36 år
Arbeidssted: slag og nevrologi, Sykehuset Østfold Kalnes
Utdanning: kreftsykepleier

– Bruker du som kreftsykepleier humor i møte med pasienter og pårørende?

– Når jeg møter pasienter og pårørende i tøffe og vanskelige situasjoner, opplever jeg ofte at de er i en boble. Dette er gjerne i situasjoner der de ikke alltid har alle svarene, og de har nesten bare fokus på seg selv. Å bruke humor i slike situasjoner er gull verdt. Jeg opplever da at de kan gi litt slipp på tanker og bekymringer.

– Hvordan kan humoristiske øyeblikk mellom deg og pasienten eller pårørende arte seg?

– Det er forskjellig fra situasjon til situasjon. Humor på egen bekostning og selvironi vil ofte fungere fint. Veldig vanskelig å svare på, da alt avhenger av person, situasjon og andre faktorer.

– Kan man tøyse med alt?

– Så lenge jeg ser an publikummet, kan jeg bruke humor rundt de fleste temaer. Når jeg lærer folk å kjenne godt, vil grensene for hva som kan tøyses med, utvides.

– Er det lett å finne rom for glede og humor i en arbeidshverdag der en møter alvorlig syke pasienter?

– I møte med pasienter kan det være vanskelig. Det er allikevel viktig å prøve å finne noe, da det er viktig med smil, latter og glede. Selv om pasienten ikke ser lyspunkt i situasjonen sin, må jeg som kreftsykepleier være med på å skape dem for pasienten. Humor er en god måte å få frem dette på.



Navn: Mette Hurlen
Alder: 55 år
Arbeidssted: Det Norske Radiumhospital, OUS
Utdanning: kreftsykepleier

– Bruker du som kreftsykepleier humor i møte med pasienter og pårørende?

– Ja. Humor er et nødvendig krydder i hverdagen vår. Det bidrar til en avslappet og uformell tone mellom pasienten, de pårørende og oss ansatte.

– Hvordan kan humoristiske øyeblikk mellom deg og pasienten eller pårørende arte seg?

– Kommer ikke på noen spesifikk episode.

– Kan man tøyse med alt?

– Det er pasienten som setter standarden, og som avgjør hva det kan tulleles med. Pasientens innspill er avgjørende for hvilken linje vi kan legge oss på. Det er viktig å ha respekt for pasienten og hans integritet.

– Er det lett å finne rom for glede og humor i en arbeidshverdag der en møter alvorlig syke pasienter?

– Ja, det synes jeg. Pasientene sier ofte selv at «vi må jo kunne tulle litt oppi alt alvorret». Humor kan dessuten være en døråpner for å nærme seg temaer pasienten synes det er vanskelig å snakke om.



Navn: Solveig Fridheim Torp
Alder: 44 år
Arbeidssted: Krefstomsorg Rogaland (KOR)
Utdanning: kreftsykepleier og spesialist sexologisk rådgivning

– Bruker du som kreftsykepleier humor i møte med pasienter og pårørende?

– Ja, jeg liker å benytte humor i møte med pasienter som er rammet av kreft og deres pårørende. Dette gjøres imidlertid med særlig bevissthet og varsomhet. Humor kan for mennesker i krise og krevende livssituasjoner være et uttrykk for eksempelvis usikkerhet, bekymring, engstelse, nervøsitet m.m., noe jeg mener man må være særlig oppmerksom på.

– Hvordan kan humoristiske øyeblikk mellom deg og pasienten eller pårørende arte seg?

– Humoristiske øyeblikk kan komme som lyn fra klar himmel, fordi det oppstår en situasjon hvor vedkommende selv opplever noe som vittig, morsomt eller absurd, eller hvor vedkommende uttrykker det som kalles «fortvilelsens munterhet», altså galgenhumor.

Øyeblikk av humor kan også være resultat av en profesjonell relasjon over tid, og at man derav har lært vedkommende å kjenne. I slike situasjoner kan jeg som terapeut benytte humor som verktøy, på bakgrunn av kjennskap til den andre.

Men også i disse situasjonene mener jeg varsomhet er et nøkkelord. Det som bidro til et humoristisk øyeblikk i én samtale, kan være mer sårbart i neste samtale, med samme person. Samtidig er min erfaring at bevisst bruk av humor kan være både forløsende og bekræftende for den andre, og bidra til at relasjon og tillit styrkes. Derfor er humor et betydningsfullt verktøy.

– Kan man tøyse med alt?

– Jeg vil skille mellom det å tøyse med noe og det å bruke humor bevisst. Bevisstheten speiler at man har en reflektert holdning til når og hvordan man bruker humor i profesjonelle, terapeutiske sammenhenger. Sårbart kan ligge like under huden, og mangel på bevissthet ved bruk av humor kan oppleves som manglende empati, og også være krenkende.

Min erfaring er at humor kan benyttes i forbindelse med mange temaer, for ikke å si alle. Situasjon, kontekst og ikke minst relasjonen til vedkommende er avgjørende, og igjen når og hvordan humor brukes. Det er den andres premisser som legger grunnlag for hvilken situasjon jeg vil velge å bruke humor i.

Som et utgangspunkt vil jeg si at det oftest ligger en tillitsrelasjon i bunnen når humor benyttes. Men jeg har også erfart at en bli-kjent-fase kan ha innslag av humor, fra pasient og pårørendes side, men da med mer varsomhet fra meg.

– Er det lett å finne rom for glede og humor i en arbeidshverdag der en møter alvorlig syke pasienter?

– Min funksjon i Krefstomsorg Rogaland er blant annet som rådgiver og terapeut. Som kreftsykepleier og sexolog opplever jeg at det utspiller seg situasjoner i samtaler som er preget av glede og humor. Samtaler med enkeltpersoner eller par om deres seksuelle helse, som følge av kreftsykdom, kan gi glede i den forstand at det oppleves som en bekreftelse og lettelse å kunne sette ord på noe som erfares sårbart og utfordrende og preger livskvaliteten.

Det å oppleve at samtale om kreft og seksualitet kan bidra til bedret helse og livskvalitet, kan også gi en følelse hos pasient og pårørende som kan betraktes som mestring og glede, er min erfaring.

Det å nå frem med et budskap som erfares positivt, gir meg som helsepersonell en opplevelse av å kunne bidra med noe betydningsfullt. Seksualiteten er en del av livet som for mange kan være et krevende prosjekt, men for de aller fleste er seksualitet i seg selv knyttet til glede og lyst. Dette siste syns jeg er viktig å understreke, nettopp fordi de vanskelige perspektivene rundt seksualitet ofte løftes frem, mens seksuell helse som ressurs – og som glede – ikke får den samme oppmerksomheten.



God kreftbehandling krever riktig ernæring

Godt kosthold kan bidra til at kreftpasienter tåler behandlingen bedre, får økt livskvalitet og lever lenger. Pasientens ernæringsbehov bør derfor kartlegges tidlig i behandlingen.

FAKTA

Av **Caroline Breivik**,
Sykepleier, Kreftsenteret
Oslo Universitetssykehus
Ullevål

Mari Arnøy Slåttum,
Spesialrådgiver,
Kreftforeningen

Anne Lise Ryel, General-
sekretær Kreftforeningen

Ingvild Paur,
Prosjektleder, Nasjonal
kompetansetjeneste
for sykdomsrelatert
underernæring, Oslo
universitetssykehus

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens.2018.65134

Det har de siste tiårene skjedd mye innen ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, og nye føringer for god ernæringspraksis har ført til endringer i arbeidsdagen til helsepersonell. Hvorfor skal dette målrettede arbeidet prioriteres? For kreftpasienten kan tidlig og målrettet identifisering og behandling av ernæringsproblematikk bidra til bedre toleranse av behandling, økt livskvalitet og funksjonsstatus, og forlenget overlevelse.

Kreftpasienter har en særlig høy risiko for vekttap og underernæring fordi både kreften i seg selv, kreftbehandling og følelsesmessige og psykologiske påkjenninger hos pasienten kan bidra til økte behov og endret næringsinntak (1-4). Eldre kreftpasienter er i ytterligere risiko da normal aldring, inkludert sensoriske, fysiske og psykososiale endringer, kan ha en negativ påvirkning på ernæringstilstand (5).

Vekttap og underernæring hos kreftpasienter kan innebære mange og store negative konsekvenser, som blant annet nedsatt immunforsvar, forsinket sårheling, redusert behandlingseffekt, lengre sykehusopphold og forkortet overlevelse (3). Vi vet også at underernæring kan føre til redusert kjemoterapi-

vil ha stor betydning for pasienten, men hvordan vet vi hvem som har nytte av ernæringsbehandling?

Hvem er risikopasienten?

I mange tilfeller er det ikke åpenbart verken for helsepersonell, pårørende eller pasienten selv om vedkommende er underernært eller i risiko for å bli underernært. Verken observasjon, klinisk blikk eller bruk av enkle antropometriske mål som vekt og BMI alene, vil fange opp alle som har nytte av ernæringsbehandling.

Fra Kreftsenteret på Ullevål sykehus finner vi flere eksempler på tilfeller hvor bedømmelse av ernæringsstatus er en utfordring. Et eksempel kan være pasienter med ødemer eller annen væskeansamling som acites, og pasienter som tilføres store mengder væske. Disse kan være i ernæringsmessig risiko eller underernært uten at dette fanges opp ved vektutvikling, BMI eller klinisk blikk alene.

En annen vanlig utfordring er pasienter som ved innkost sier at de spiser godt, men hvor man ikke kan være sikker på hva dette betyr i forhold til behov. Dette er særlig aktuelt hos eldre pasienter med redusert sultfølelse, og pasienter med kognitiv svikt. I disse tilfellene er en kostregistrering nødvendig for å kunne vurdere inntak opp mot behov.

En tredje gruppe der det kan være vanskelig å bedømme ernæringsstatus, er pasienter med overvekt og fedme. Mange kreftpasienter er overvektige på diagnosetidspunktet, og tradisjonelt har det vært antatt at disse pasientene er velernærte. Som en konsekvens har vurdering av ernæringsmessig status sjeldent vært utført for denne pasientgruppen.

«Nok og riktig mat vil ha stor betydning for pasienten.»

dose og økt fare for toksisitet (6-9), og kan dermed hindre eller utelukke kreftbehandling (10). Det er således ikke vanskelig å forstå at nok og riktig mat



Nyere studier har imidlertid funnet at overvektige også kan være underernærte (11). Overvekt og fedme kan altså kamuflere en pasients sviktende ernæringsstatus som igjen kan ha betydning innen rehabilitering og toleranse for behandlingen.

Derfor er vurdering av ernæringsmessig risiko hos alle pasienter et sentralt førstesteg i både forebygging og behandling av underernæring. Tidlig innsats er både enklere og mindre ressurskrevende enn behandling av langtkommet og alvorlig underernæring.

Ved å fange opp ernæringsmessig risiko tidligst

Sammendrag: Det har i løpet av de siste tiårene skjedd mye innenfor ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, og nye føringer for god ernæringspraksis har ført til strukturelle endringer i arbeidstiden til helsepersonell. Hvorfor skal dette målrettede arbeidet prioriteres? For kreftpasienten kan tidlig og målrettet identifisering og behandling av ernæringsproblematikk bidra til bedre toleranse av behandling, økt livskvalitet og funksjonsstatus, og forlenget overlevelse.

mulig kan man bidra til at ernæringsbehandling kan igangsettes før underernæring har oppstått. Per i dag anbefaler Helsedirektoratet fem ulike skjema for vurdering av ernæringsstatus, og det er opp til den enkelte institusjon å velge ett (12). Det er imidlertid satt ned en arbeidsgruppe som skal se på om det er hensiktsmessig å anbefale ett skjema per omsorgsnivå (sykehus, sykehjem, hjemmetjeneste) og dette arbeidet er forventet klart mot slutten av 2018.

Hva med tiltakene?

I fokuset på vurdering og kartlegging er det likevel viktig å huske på at det er risikovurderingens påfølgende tiltak, og monitorering av disse, som kan forbedre pasientens ernæringsstatus. Dette er særlig viktig å huske på at en kostregistrering alene ikke vil få pasienten til å spise mer. Dessverre viser erfaringer at kostregistrering ofte iverksettes og viser for lavt inntak, men at følgetiltakene uteblir. Tall fra nutritionDay viste at hele 60 prosent av de underernærte pasientene ikke fikk den behandlingen de hadde behov for (13).

Hvilke ernæringsmessige tiltak som skal igangsettes

MATGIRSTYRKE:

Sunn mat kan bidra til at pasienten klarer å gjennomføre behandlingen på en bedre måte. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

vil være situasjonsavhengig og basert på den enkelte pasients preferanser, medisinske historie og respons på behandling (2). Tiltak bør likevel være basert på risikovurdering, individuell kartlegging, sikre nok og riktig næring og overføring av informasjon.

Gjennom innføringen av pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker for forebygging og behandling av underernæring vil det bli mye fokus på dette temaet i sykehus, sykehjem og i hjemmetjenesten i 2018. Det er bygget opp mye erfaringer gjennom pilotprosjektene som forhåpentligvis kan brukes videre (14). Erfaringer fra Kreftsentret på Ullevål sykehus viser at denne implementering har gitt økt fokus på å starte tiltak tidligere enn før, og at jevnlig internundervisning og korte påminnelser påvirker til utførelse av flere tiltak enn tidligere.

«Nyere studier har imidlertid funnet at overvektige også kan være underernærte.»

Konkrete tiltak for å fremme god arbeidsflyt for helsepersonell innen ernæringsarbeidet kan være å bruke fraser i kartleggingsnotat med resultater fra tidligere innleggelses. Ved Kreftklinikken på Ullevål har de god erfaring med dette ved at de sparer tid ved senere innleggelses. I tillegg danner de seg raskt inntrykk om eventuelle tiltak har hatt effekt, eller om pasienten stadig taper vekt. De har også hatt god nytte av å sikre at tiltak kommer frem både i kartleggingsnotatet under risikovurderingen og i behandlingsplanen.

Grunnleggende behov

I en hverdag der media og forskning domineres av både kompleks og også motstridende informasjon om ernæringsbehandling av kreftpasienter, er det viktig at behandler alltid tar tak i pasientens grunnleggende behov først. En pasient som er i underkudd på energi og protein vil alltid gå i retning av en forverret ernæringsstatus. Derfor er det avgjørende å sørge for et tilstrekkelig inntak av energi og protein.

Etterlevelse av tiltak fra pasientens side er viktig. Det er vesentlig at pasientene selv får eierskap til problemstillingen ved at de får kjennskap om viktigheten av ernæring som en del av kreftbehandlingen, og blir tilstrekkelig informert og involvert. I en serie studier av tarmkreftpasienter i Portugal viste forskerne at

pasienter som ble anbefalt et individtilpasset kosthold basert på vanlig mat, hadde bedre overlevelse og mindre toksisitet enn pasienter som enten fikk standard næringsdrikk i tillegg til vanlig mat eller som fortsatte med sitt vanlige kosthold (15). Pasientene på individtilpasset ernæringsbehandling med vanlig mat opprettholdt også i større grad ernæringsstatus (16).

Eierskap til behandlingen

Det ligger en mulighet til forbedring av ernæringsarbeid med mer målrettet og strukturert arbeid (17). Med ernæring som en integrert del av pasientsikkerhetsprogrammet legges det opp til at man kan skape gode og faste rutiner i arbeidet med å både forebygge og behandle underernæring. Vi har nå således en mulighet å løfte ernæringens betydning i pasientbehandlingen. Om vi som helsepersonell også føler et eierskap til ernæringsbehandlingen, på lik linje med eierskap til resten av kreftbehandlingen, vil forbedringsmulighetene styrkes ytterligere. Dette vil også kunne bidra til at hver enkelt pasient har best mulig forutsetninger for å kunne gjennomføre og tåle sin kreftbehandling. ■

Referanser

1. Britton B, Clover K, Bateman L, et al. Baseline depression predicts malnutrition in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Support Care Cancer*. 2012;20(2):335–42.
2. Arends J, Baracos V, Bertz H, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr*. 2017;36(5):187–96.
3. Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs*. 2005;9 Suppl 2:51–63.
4. Mastelaro I, Pupin MP, Ribeiro SM, et al. Longitudinal assessment of nutritional risk in patients under chemo or radiotherapy. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2016;62(7):659–63.
5. Jain R, Dotan E. Nutrition and Aging: a practicing oncologist's perspective. *Curr Oncol Rep*. 2017;19(11):71.
6. Andreyev HJ, Norman AR, Oates J, et al. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *Eur J Cancer*. 1998;34(4):503–9.
7. Klute KA, Brouwer J, Jhaver M, et al. Chemotherapy dose intensity predicted by baseline nutrition assessment in gastrointestinal malignancies: a multicentre analysis. *Eur J Cancer*. 2016;63:189–200.
8. Aaldriks AA, van der Geest LG, Giltay EJ, et al. Frailty and malnutrition predictive of mortality risk in older patients with advanced colorectal cancer receiving chemotherapy. *J Geriatr Oncol*. 2013;4(3):218–26.
9. Yamano T, Yoshimura M, Kobayashi M, et al. Malnutrition in rectal cancer patients receiving preoperative chemoradiotherapy is common and associated with treatment tolerability and anastomotic leakage. *Int J Colorectal Dis*. 2016;31(4):877–84.
10. Martin L, Senesse P, Gioulbasanis I, et al. Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. *J Clin Oncol*. 2015;33(1):90–9.
11. Gioulbasanis I, Martin L, Baracos VE, et al. Nutritional assessment in overweight and obese patients with metastatic cancer: does it make sense? *Ann Oncol*. 2015;26(1):217–21.



12. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2010
13. Henriksen C, Gjelstad IM, Nilssen H, et al. A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment - results from nutritionDay. *Food Nutr Res.* 2017;61(1):1391667.
14. Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetsprogrammet: forebygging av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/ern...> (nedlastet 25.01.2018).

15. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo M. Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients: long-term follow-up of a randomized controlled trial of nutritional therapy. *Am J Clin Nutr.* 2012;96(6):1346–53.
16. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, et al. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol.* 2005;23(7):1431–8.
17. Nasjonalt råd for ernæring. Sykdomsrelatert underernæring. Utfordringer, muligheter og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt råd for ernæring; 2017.

PLEIE: Helsepersonell kan bidra til at pasienten får i seg nok næring. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



Pedagogisk opplegg gir kreftsykepleiere bedre kompetanse om ernæring

Videreutdanning i kreftsykepleie kan, i samarbeid med praksisfeltet, jobbe mer systematisk for å øke kompetansen om ernæring.

FAKTA

Av **Britt Fagerjord**,
lektor, UiT Norges arktiske
universitet, Institutt for
helse- og omsorgsfag

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens.2018.65528

Kreftpasienten kan få bedre utbytte av behandlingen og leve lenger og bedre dersom man kartlegger ernæringsstatus, og iverksetter ernæringsmessige tiltak. Men hvordan kan en videreutdanning i kreftsykepleie bidra til å styrke kunnskap og kompetanse om ernæring for kreftpasienter? Og hvordan kan praksisfeltet bidra inn mot utdanningen?

UiT Norges arktiske universitet har gjennomført en spørreundersøkelse om et pedagogisk opplegg i ernæring på videreutdanningen i kreftsykepleie. Undersøkelsen viser at videreutdanningen, i samarbeid med praksisfeltet, kan jobbe mer systematisk for å øke kompetansen om ernæring hos kreftsykepleiere.

Utdanning og kompetansemål

Ernæringsarbeid rettet mot syke, omfatter ernæringskartlegging og -vurdering, kostveiledning og ernæringsbehandling basert på diagnose og helsetilstand.

«Hovedhensikten med å lære gjennom case er å gå i dybden.»

Et viktig mål er at pasienten skal få dekket sitt grunnleggende behov for energi og næringsstoffer (1, 2).

I fagplanen for videreutdanningen i kreftsykepleie er ønsket kompetanse formulert som læringsutbyttebeskrivelser. En mye brukt definisjon av læringsutbytte er: «Det en lærende vet eller kan gjøre som et resultat av en læringsprosess» (3). Læringsutbyttene

er også blitt det viktigste målepunktet for kvalitet i utdanningen (4).

Følgende spesifikke læringsutbytter på videreutdanningen i kreftsykepleie angir ønsket kompetanse i ernæring: «Studentene skal redegjøre for årsaker til symptomer ved kreftsykdom, bivirkninger ved behandling og ernæringsproblematikk, og kunne redegjøre og begrunne intervensjoner. Studentene skal kunne kartlegge pasientens ernæringsstatus og identifisere, begrunne og iverksette relevante ernæringsmessige tiltak.

Følgende generelle læringsutbytter er relevant for ernæring: Studentene skal kunne informere, undervise og veilede pasient, pårørende og annet fagpersonell og studenten skal ha kompetanse knyttet til forebygging av kreft og rehabilitering etter behandling (5).

Ernæringspraksis ved norske sykehus er, i henhold til Europarådets anbefalinger, ikke tilfredsstillende. EUs ekspertgruppe påpeker at det ikke er tilstrekkelig opplæring i ernæringsfaget blant helsepersonellgrupper (6).

Risiko for underernæring

Pasienter med en kreftdiagnose har særlig risiko for underernæring før diagnosetidspunkt, i behandlingsperioden og ved progresjon av sykdom. Vekttap gir redusert toleranse for behandlingen, dårligere behandlingseffekt og redusert overlevelse. For å oppnå best mulig resultat av kreftbehandlingen er det viktig å behandle ernæringsproblemer og vekttap parallelt med kreftbehandlingen (7). Veiledning knyttet til ernæring etterspørres i stor grad av pasienter og pårørende (8).



Pedagogisk opplegg

Det pedagogiske opplegget på videreutdanningen i kreftsykepleie ved UiT, tar utgangspunkt i læringsutbyttebeskrivelsene. De ulike læringsaktivitetene i det pedagogiske opplegget har som mål å speile praksisfeltets utfordringer, opparbeide kunnskap og ferdigheter

Sammendrag: Pasienter med en kreftdiagnose har særlig risiko for underernæring, og det er viktig å behandle ernæringsproblemer parallelt med kreftbehandlingen for best mulig behandlingsresultat. Videreutdanningen i kreftsykepleie ved UiT ønsker å tilby et pedagogisk opplegg i ernæring som gir nødvendig kompetanse for å møte pasientenes behov i tråd med gjeldende retningslinjer (1). Fagartikkelen omhandler en studie som evaluerer læringsutbytter, det pedagogiske opplegget og kreftsykepleierens ernæringskompetanse. Tidligere studenter er respondenter.

samt skape en forberedthet for utøvelse i praksis.

Forelesning og ferdighetstrening. Det ble gitt dialogbaserte forelesninger i ernæring og ferdighetstrening i ulike ernæringsprosedyrer. Lege, klinisk ernæringsfysiolog og sykepleier tilknyttet det kliniske feltet foreleste. Forelesningene ga studentene innføring i teoretisk kunnskap om klinisk ernæring relevant for kreftomsorgen og ulike aspekter ved samhandling med pasienter og pårørende.

I ferdighetstreningen fikk studentene øve på ulike prosedyrer som er en del av handlingskompetansen til kreftsykepleiere.

Case. Studentene jobbet i grupper med pasientcase der de forberedte undervisning og veiledning til pasient og pårørende. Caseoppgavene ga fordypning i ulike ernæringsutfordringer knyttet til diagnose, behandling, sykdomspåvirkning og individuelle behov og utfordringer. Resultatet ble presentert for medstudenter i et seminar for å danne grunnlag for felles refleksjon.

TILTAK MED KOSTHOLD: Pasientene kan få bedre utbytte av behandlingen og leve lenger dersom de spiser godt, nok og riktig. Illustrasjonsfoto: Lumination/Mostphotos

**Tabell 1. Spørreskjema**

Svaralternativ: På en skala fra 1–5, der 5 er best. (fritekst i del 4).

Del 1 Spørsmål knyttet til læringsutbyttebeskrivelser relevant for ernæring

1. I hvilken grad har du kunnskap om årsak til ernæringsproblem ved kreftsykdom?
2. I hvilken grad har du kunnskap om årsak til ernæringsproblem ved behandlingen av kreftsykdom?
3. I hvilken grad kan du kartlegge pasientens ernæringsstatus?
4. I hvilken grad kan du identifisere, begrunne og iverksette relevante ernæringsmessige tiltak?
5. I hvilken grad har du kompetanse til å undervise og veilede i ernæringsmessige utfordringer for kreftpasienter til;
 - Pasient og pårørende.
 - Annet fagpersonell

Del 2 I hvilken grad har følgende pedagogiske opplegg bidratt til å styrke din kunnskap og handlingskompetanse i ernæring?

1. Undervisning med ernæringsfysiolog.
2. Undervisning med lege i forbindelse med forelesninger om sykdom og behandling.
3. Undervisning og ferdighetstrening med sykepleier i bruk av PEG, Mic Key og ernæringssonde.
4. Gruppeoppgave: Case med ernæringsutfordringer der ernæringsoppfølging, kostveiledning og undervisning var sentrale elementer.
5. Seminar med fremlegg og presentasjon av gruppeoppgavene basert på case – med refleksjon og diskusjon.
6. Ernæringscreening, kostregistrering, vurdering og veiledning i samarbeid med lege og sykepleier i avdelingene i forbindelse med praksisstudiene.

Del 3 Generelle spørsmål knyttet til fokus på ernæring i utdanningen

1. I hvilken grad mener du videreutdanningen i kreftsykepleie hadde tilstrekkelig fokus på ernæring?
2. I hvilken grad opplever du at videreutdanningen i kreftsykepleie har gitt deg ny kunnskap om ernæring og kreft?
3. I hvilken grad opplever du at videreutdanningen i kreftsykepleie har gitt deg handlingskompetanse til å møte pasientens ernæringsbehov i praksissituasjoner?

Del 4 Har du forbedringsforslag, forbedringsområder og andre kommentarer er det fint om du vil formidle det her.

Fritekst.

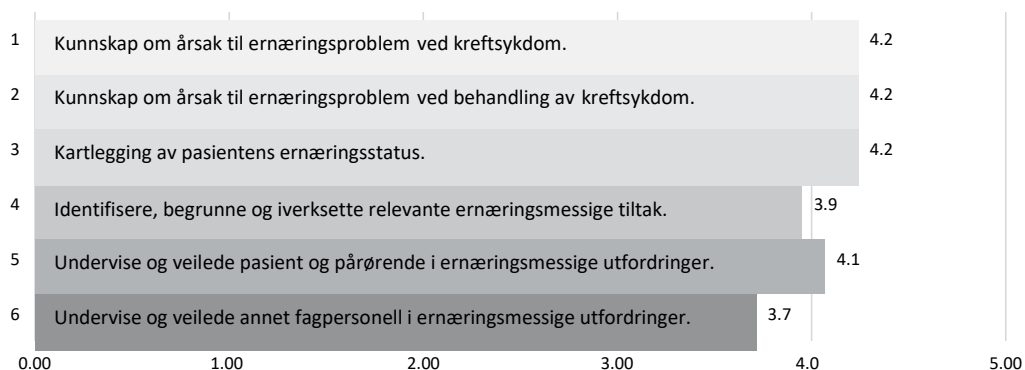
Hovedhensikten med å lære gjennom case er å gå i dybden, noe som innebærer at man skal forstå og kan bruke prinsipper fra én situasjon til en annen og at man kan relatere ny læring til allerede etablert kunnskap (9). Undervisnings- og læringsaktivitetene er praksisforberedende og har som mål å integrere teori og praksis (10, 11).

Veiledning av pasienter og pårørende var tema for caseoppgavene. Studentene ble presentert for sammensatte problemstillinger hvor ulike typer kunnskap

og skjønn måtte tas i bruk for å løse oppgaven. Ifølge Benner og medarbeidere (10) krever det meste av sykepleiernes yrkesutøvelse en fleksibel og nyansert evne til å tolke en ennå uklar situasjon som et tilfelle av noe unikt og typisk – unikt for den enkelte pasient og typisk for sykdommen. Dagens profesjonsutøvere trenger undervisning som bidrar til dette.

I løsningen av case brukes kunnskap fra andre tilrettelagte undervisningsopplegg. Dette bidrar til etterlesning som er av sentral betydning for læring

Figur 1. Læringsutbytter og måloppnåelse



ifølge Raaheim (12). Han hevder at mesteparten av det som blir sagt i en forelesning blir glemt om ikke studentene bearbeider stoffet i ettertid. I tillegg bearbeides praksiserfaringer, noe som bidrar til at praktisk og teoretisk kunnskap blir integrert (10).

Praksisstudier. Utdanningen skal utvikle studentenes ferdigheter i praktisk resonnering og problemløsning. Ved å arbeide med mange og varierte situasjonsbeskrivelser og caseoppgaver gjennom studiet, får studentene erfaring med og trening i å tenke som en kreftsykepleier. Dette gir trening i å analysere, planlegge og reflektere på måter som fremmer handlingsevne og -kompetanse på det aktuelle fag- og yrkesområdet (13).

Metode

Praksisstudier er en del av det pedagogiske opplegget hvor studentene møter pasienters ernæringsutfordringer og deltar i ernæringsbehandlingen. Studentene forholder seg til læringsutbyttebeskrivelsene i praksisstudiene, og har et selvstendig ansvar for å nå læringsutbyttene i ernæring i samarbeid med praksisveileder og lærer.

Bakgrunn for artikkelen er en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse der 24 kreftsykepleiere – som hadde gjennomført det aktuelle pedagogiske opplegget – ble invitert til å delta. 17 svarte, noe som gir en svarprosent på 71 prosent. Respondentene var ferdig uteksaminert på undersøkelsestidspunktet, og hadde ingen relasjon til utdanningen.

Spørreskjemaet (tabell 1) ble utviklet ut fra innholdet i fagplanen (5) og undersøkelsen ble gjort i programmet Questback. Spørreskjemaet hadde fire hoveddeler med 4–6 spørsmål i del 1–3. Svaralternativene ble gitt i en skala fra 1–5, der 5 var best. Del 4 ga rom for fritekst.

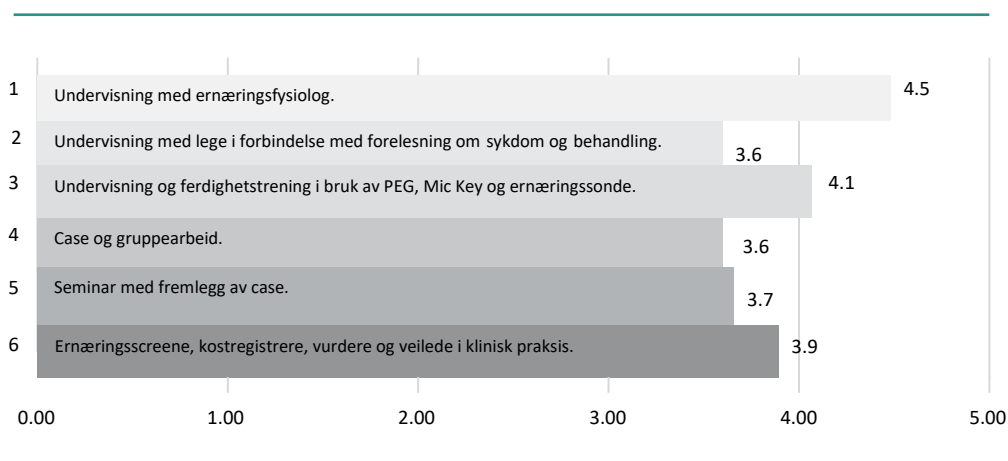
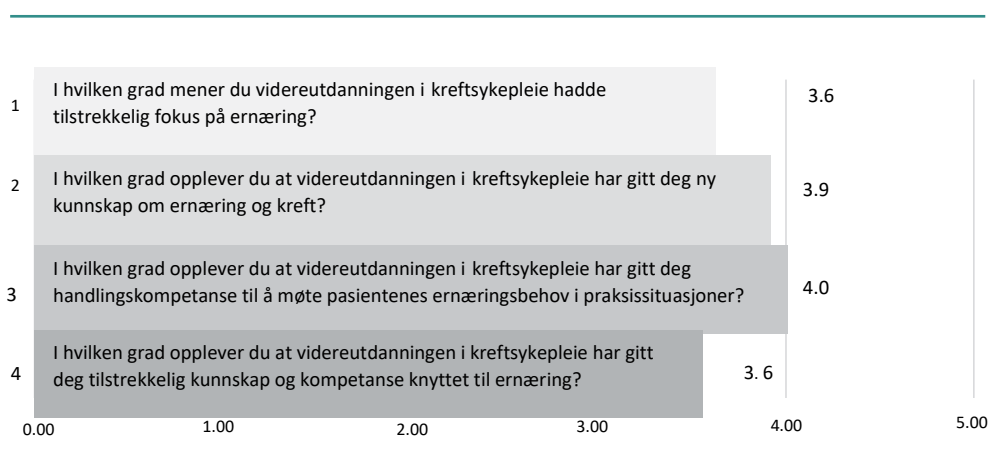
Foreløpig analyse ble gjort i programmet Questback i diagram med angivelse av de ulike svaralternativene i prosent og gjennomsnittlig score. Fritekst var presentert fortløpende, og representerte begrensede data.

«Bakgrunn for artikkelen er en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse.»

Studien representerer forskning i eget felt, noe som kan være problematisk på grunn av nærhet til det som skal undersøkes. Funnene i studien må tolkes med varsomhet og er ikke generaliserbar ut fra et begrenset antall respondenter, og at det er selvrapporterte funn.

Resultat

Resultatene presenteres i fire kategorier tilsvarende designet i Questback. Svarene presenteres med gjennomsnittlig score. En score på < 2 regnes som et dårlig resultat, < 3 som et mindre godt resultat, ≥ 3 regnes som et godt resultat, og ≥ 4 er et meget godt resultat (14). Feltet for fritekst ble benyttet av sju respondenter.

**Figur 2.** Pedagogiske opplegg**Figur 3.** Fokus på ernæring i videreutdanning i kreftsykepleie

Del 1. Læringsutbytter i ernæring og grad av måloppnåelse. Gjennomsnittlig score for oppnåelsen av læringsutbytter er 4,1 som er et meget godt resultat. Kunnskap om årsaker til ernæringsproblem, kartlegging av ernæringsstatus og undervisning/veiledning av pasient og pårørende fikk høyest score.

Kunnskap og kompetanse knyttet til å identifisere, begrunne og iverksette ernæringsmessige tiltak får noe lavere score. Lavest score får undervisning og veiledning av annet fagpersonell i ernæringsmessige utfordringer. Kompetanse i veiledning av pasient og pårørende kommer bedre ut enn kompetanse i vei-

ledning av annet fagpersonell (figur 1, forrige side).

Del 2. Pedagogiske oppleggs bidrag til kunnskap og kompetanse. De tilrettelagte undervisningsoppleggene (figur 1, 2 og 3) får høy score, og har i stor grad bidratt til å styrke kunnskap og handlingskompetanse. Høyeste score får undervisningen med ernæringsfysiolog. Læringsaktiviteter i praksis får et godt resultat mens case- og gruppeoppgaver med seminar får lavere score (figur 2).

Del 3. Ernæring i videreutdanningen og oppnådd kompetanse. Studien ble utført en tid etter avsluttet videreutdanning, og en kan derfor anta

at svarene reflekterer praksiserfaringer etter endt utdanning. Resultatet angir meget god handlingskompetanse i møte med pasientenes ernæringsbehov og angir at videreutdanningen i stor grad har bidratt med ny kunnskap og kompetanse. Det fremkommer også at fokus på ernæring i utdanningen kunne vært enda større og at utdanningen i noe grad ikke har gitt tilstrekkelig kompetanse (figur 3).

Del 4. Fritekst. I siste del av undersøkelsen fikk respondentene anledning til å komme med forbedringsforslag og kommentarer. Sju respondenter hadde lagt inn kommentarer i fritekst. Viktigste funn er forslag om større fokus på ernæring i kliniske praksisstudier og ønske om mer kompetanse i ernæringsveiledning.

Diskusjon

I diskusjonen reflekteres det over hvordan de ulike pedagogiske oppleggene har bidratt til å utvikle kunnskap og kompetanse om ernæring.

Forelesninger. Læringsutbytter som handler om kunnskapsmål og fikk høy score, ble dekket av forelesninger. Respondentene i studien var sykepleiere med kunnskap og erfaring i ernæring. Tidligere erfaring kunne bearbeides i møte med ny forståelse og kunnskap (15).

Forelesningene engasjerte. Å aktivere for forståelsen er en viktig forutsetning for å lære noe nytt, og for å skape engasjement og refleksjon (13, 15–17). Når slike forutsetninger er til stede vil forelesningene også bidra til utvikling av generell kompetanse i ernæring. Generell kompetanse innebærer å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner (18).

Studentaktive opplegg. Gruppearbeid basert på case og seminar, med tematikk fra praksisfeltet, bidro til felles fordypping og refleksjon over teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, erfaringskunnskap og skjønnsutøvelse. Det pedagogiske opplegget ivaretar alle læringsutbyttebeskrivelser i ernæring, og kombinerer kunnskaps-, ferdighets- og kompetansemål, med spesielt fokus og tilrettelegging for oppøving av ferdigheter og kompetanse.

Læringsutbyttet «kartlegging av pasientenes ernæringsstatus samt å undervise og veilede pasient og pårørende» som korresponderer med dette opplegget, får god score. Det innebærer at opplegget har bidratt til å utvikle ernæringskompetanse. I fritekst fremkommer det et ønske om større fokus på ernæringsveiledning, noe som synliggjør et behov det pedagogiske opplegget er ment å imøtekomme.

Praksisarenaen

I praksisperiodene kan studentene oppnå de fleste læringsutbyttene i ernæring, kartlegging, identifisering og tiltak relatert til ernæringsutfordringer. Veiledning av pasienter og pårørende er også viktig i praksisstudiene. Studien viser at læringsaktiviteter i praksis vurderes som viktig for læringsutbytte (figur 2, punkt 6).

Læringsutbytter som kan oppøves i praksis får en god score. Fire respondenter mente at de kunne hatt større fokus på ernæring i praksisstudiene. Dette representerer et funn som kan løftes frem i det videre pedagogiske arbeidet.

Den tradisjonelle praksisformen kan kanskje utfordres med nye former for studentaktive opplegg for å oppnå økt læringsutbytte. Tilrettelagte læringsaktiviteter i form av case, ferdighetstrening og simulering utenfor praksisarenaen er komplementære muligheter for praksisstudier. Dette for å øke læringsutbyttet, og som kanskje i større grad også kan gjennomføres i praksisstudiene i en tilpasset form.

«Generell kompetanse innebærer å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis.»

Ifølge Benner og medarbeidere (10) er det i den kliniske delen av utdanningen at studentene finner gode ansatser til dialog i spenningsfeltet mellom teori og praksis. Slik aktiveres et bredt repertoar av kunnskap, etisk resonneringsevne og autentisk innøving av ferdigheter.

«Om du ser noe i klinikken og tar det opp i en teoritime [...] så blir det bare prentet inn i hjernen din [...] og du glemmer det aldri» (10). «Jeg lærer bedre i klinisk praksis. Når jeg utfører noe på ordentlig, får jeg straks en bedre forståelse av det.» (10). Sitatene viser betydningen av samspill mellom klinisk praksis og teoretisk refleksjon, og støtter pedagogiske opplegg som skaper dialog mellom praksisfeltet og teori.

Oppsummering av undersøkelsen

Læringsutbyttebeskrivelsene er det viktigste målet for å beskrive sluttkompetanse, og er også blitt det viktigste målepunktet for kvalitet i utdanningen (4). Studien viser at respondentene oppgir at de i stor



grad har nådd læringsutbyttene for utdanningen.

Respondentene oppgir at de har stor grad av handlingskompetanse i møte med pasienter og pårørende i praksisfeltet. Til tross for dette, oppgir de at utdanningen i noe grad ikke har gitt dem tilstrekkelig kunnskap og kompetanse.

Studien angir altså god score for måloppnåelse av læringsutbyttene, men lavere score på om de har tilstrekkelig kompetanse i ernæring. Dette fremkommer om man ser figur 1 og 3 i sammenheng. Det kan handle om at praksisfeltet byr på utfordringer som en videreutdanning ikke har mulighet å forberede studentene på. Det kan også innebære at læringsutbyttene ikke i tilstrekkelig grad ivaretar behov i praksisfeltet eller at vurderingen av utbytte ikke gir et korrekt bilde av kompetanse.

«Praksisfeltet bidrar med gode forelesere, men fokus på ernæring kan bli bedre.»

Ernæringsbehandling krever også spesialkunnskap utover det en kreftsykepleier innehar, og det er færre ernæringsfysiologer i helsetjenesten enn behovet tilsier (6). Muligheten kreftsykepleiere har for samarbeid med ernæringsfysiolog og lege i praksisfeltet kan være en relevant faktor som påvirker resultatet.

Konklusjon

Studien viser at respondentene i all hovedsak hadde et meget godt læringsutbytte i ernæring. Samlet sett var de fornøyd med det pedagogiske opplegget, som besto av ulike læringsaktiviteter som stimulerer kognisjon og følelser, og bidrar til utvikling av kunnskap, ferdigheter og kompetanse (17). Studien viser at det er forbedringspotensial for det tilrettede, studentaktive og pedagogiske opplegget samt for praksisstudier.

Utdanningen, kan i samarbeid med praksisfeltet, jobbe mer systematisk for å øke kompetansen i ernæring. Blant annet ved å gjøre praksisfeltet til en enda bedre læringsarena. Ulike studentaktive prosjekt, casebasert arbeid, simulering og ferdighetstrening kan utvikles og gjennomføres i praksisperioden for å øke kompetanse og bevissthet om ernæring.

Praksisfeltet i kommuner og sykehus kan bidra med relevante case til utdanningen, slik at kommende kreftsykepleiere kan få større kunnskap om

praksisfeltets utfordringer. Praksisfeltet bidrar med gode forelesere, men fokus på ernæring kan bli bedre i flere forelesninger.

Et slik samarbeid, for å utvikle og forbedre praksisstudiene, er i tråd med Kunnskapsdepartementets «Praksisprosjekt» (11). Kunnskapsdepartementet anbefaler at nye praksismodeller utvikles for å sikre kvalitet og relevans i praksisstudier i et likeverdig samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksissted. ■

Referanser

1. Helsedirektoratet. Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
2. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjona...> (nedlastet 26.01.2018).
3. Haakstad J. Læringsutbytte: begrepsets anvendelighet i kvalitetsvurdering av høyere utdanning. Uniped. 2011;34(4):72–81.
4. Haakstad J. Nytt paradigme – også for kvalitetssikring? Uniped. 2010;(2):60–70.
5. UiT Norges Arktiske universitetet. Videreutdanning i kreftsykepleie. Fagplan – 60 studiepoeng. Tromsø: UiT Norges arktiske universitetet; 2015.
6. Helsedirektoratet. Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten I: Helse- og omsorgsdepartementet, red. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal kreftstrategi. Sammen – mot kreft. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2013–2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad...> (nedlastet 26.01.2018).
8. Kreftforeningen. Kreftkoordinatorsatsingen. Hovedrapport 2014. Tilgjengelig fra: <http://docplayer.me/724750-Kreftkoordinatorsatsingen.html> (nedlastet 26.01.2018).
9. Helsevitenskapelige fakultet. Fagintegreert og casebasert læring-/undervisning. Styringsgruppen for prosjektet: Revisjon av medisinstudiet: Universitetet i Tromsø 04.10.2010 [siteret 26.01.2018]. Tilgjengelig fra: <https://uit.no/Content/210057/S%202027-2010%20Fagintegreert%20og%20casebase...> (nedlastet 07.02.18).
10. Benner P, Heggen K, Thorbjørnsen KM, Kjerland L. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. Oslo: Akribe; 2010.
11. Kunnskapsdepartementet. Økt kvalitet i praksisdelen av helse- og sosialfag: Praksisprosjektet Universitets- og høyskolerådet. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 04.03.2016 [siteret 26.01.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/-okt-kvalitet-i-praksisdelen-av-he...> (nedlastet 07.02.18).
12. Raaheim A. Råd og tips til deg som underviser. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
13. Pettersen RC. Problembasert læring – for studenten: en grunnbok i PBL. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
14. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
15. Vittek L, Lycke KH, Lauvås P, red. Når læring er det viktigste. Undervisning i høyere utdanning. Oslo: Cappelen akademisk forlag; 2006.
16. Skodvin A. Mellom kateter og kaos. Forelesning i forskjellige varianter. I: Strømsø H, Lycke KH, Lauvås P, red. Når læring er det viktigste: undervisning i høyere utdanning. Oslo: Cappelen akademisk forlag; 2006. s. 125–39.
17. Illeris K. Læring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
18. Kunnskapsdepartementet. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. 2011.



Selvstendig næringsdrivende mister inntekt etter kreft

Selvstendig næringsdrivende har dårligere helse, lavere livskvalitet og lavere arbeidskapasitet enn vanlige lønsmottakere etter endt kreftbehandling.



SELVSTENDIG: Den negative effekten av å være selvstendig næringsdrivende på arbeidskapasitet kan forklares av de selvstendig næringsdrivendes reduserte inntekter, skriver artikkelforfatterne. Illustrasjonsfoto: Dan Burch / Mostphotos

Omtrent 40 prosent av alle som får kreft i Norge, er i arbeidsdyktig alder (18–67 år). Av disse er omtrent 80 prosent i arbeid. For å sikre at mange som overlever kreft kommer tilbake i arbeid etter endt behandling, er det viktig å fokusere på medisinsk rehabilitering, men også på tilpasninger og støtte i arbeidslivet.

De senere år har det internasjonalt blitt forsket en del på arbeidstakere som har gjennomlevd en kreftbehandling og hvor stor andel som kommer tilbake i arbeid, hvem som kommer tilbake, og hvilke faktorer som virker bestemmende for om personen kommer tilbake i arbeid (1). Det er imidlertid gjort lite forskning på selvstendig næringsdrivende som har gjennomlevd kreft, både i Norge og internasjonalt.

Mindre støtte

I Norge har hele 87 prosent av bedriftene mindre enn fem ansatte, 60 prosent er enkeltmannsforetak, og selvstendig næringsdrivende (med eller uten ansatte) utgjør omtrent 8 prosent av den totale arbeidsstokken i landet (2). Sammenliknet med lønsmottakere er selvstendig næringsdrivende i gjennomsnitt eldre, flere er menn, og de har lavere utdanning. De største yrkesgruppene er primæryrker som fiskere, bønder og håndverkere (2). I forbindelse med sykdom er situasjonen for selvstendig næringsdrivende og lønsmottakere forskjellig, blant annet ved at de selvstendig næringsdrivende ikke får støtte i arbeidsgiverperioden ved sykemelding. Støtten som de mottar etter de første 16 dagene er dessuten lavere enn for lønsmottakere (3).

FAKTA

Av **Steffen Torp**, professor, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Høgskolen i Sørøst-Norge

Jonn Syse, høyskolelektor, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Høgskolen i Sørøst-Norge



Vi har sammenliknet krefttrammete selvstendig næringsdrivendes og lønsmottakeres forhold til arbeidslivet (3). Målsettingen var å undersøke arbeidstilknytningen etter ferdig behandling, opplevelse av økonomisk situasjon, helse, livskvalitet og arbeidskapasitet, og å undersøke hvilke faktorer som kan påvirke en eventuell sammenheng mellom det å være selvstendig næringsdrivende og opplevd arbeidskapasitet.

«Det er gjort lite forskning på selvstendig næringsdrivende som har gjennomlevd kreft.»

Vi gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse blant 2522 pasienter i arbeidsdyktig alder (25–60 år) som hadde vært diagnostisert med de ti mest vanlige kreftdiagnosene for menn og kvinner i Norge ved fire norske sykehus 15–39 måneder tidligere (4). Totalt 1343 responderte (54 prosent) og vi inkluderte kun de som var i arbeid ved diagnosetidspunktet: 1027 lønsmottakere og 88 selvstendig næringsdrivende.

Redusert inntekt og arbeidstid

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom lønsmottakere og selvstendig næringsdrivende når det gjelder sysselsetting, uførepensjonering eller sykefravær omtrent to år etter diagnosetidspunktet. Det var imidlertid noen flere selvstendig næringsdrivende enn lønsmottakere som rapporterte om at de var utenfor arbeid (henholdsvis 24 og 18 prosent) og var uførepensjonert (henholdsvis 9 og 5 prosent).

Sammendrag: Denne studien antyder at selvstendig næringsdrivende som har overlevd kreft opplever forhold relatert til arbeidssituasjonen som vanskelig og at dette har konsekvenser for helse og livskvalitet. I klinisk praksis er det viktig at alle i støtteapparatet er seg bevisst at denne gruppen har andre behov for støttetiltak enn lønsmottakere. Det er behov for flere studier som særlig undersøker syke selvstendig næringsdrivendes behov knyttet til arbeidsdeltakelse, og at det designes studier der det skiller mellom ulike typer av næringsdrift.

Det var signifikant flere selvstendig næringsdrivende enn lønsmottakere som på grunn av kreften hadde redusert arbeidstiden (57 mot 27 prosent; 4,6 mot 0,7 timer timer/uke), hadde fått redusert inntekten (44 mot 26 prosent) og hadde gjort endringer i sin hovedbeskjeftigelse (36 mot 23 prosent). Det var også signifikant flere blant de selvstendig næringsdrivende enn blant lønsmottakerne som rapporterte om dårlig generell helse (34 mot 23 prosent), lav livskvalitet (24 mot 14 prosent) og lav arbeidskapasitet (64 mot 51 prosent). Alle disse forskjellene holdt seg etter at vi kontrollerte for effekten av alder, kjønn, utdanning, fysisk arbeidsbelastning og opplevd selvbestemmelse på jobb.

Analysene våre indikerer at den negative effekten av å være selvstendig næringsdrivende på arbeidskapasitet kan forklares av de selvstendig næringsdrivendes reduserte inntekter. Det er interessant at de samme analysene antyder at denne reduserte inntekten medfører en opplevelse av lav arbeidskapasitet, og ikke at lav arbeidskapasitet medfører redusert inntekt.

Lavere sykefravær

Ved bruk av norske registerdata har vi tidligere vist at det ikke er noen forskjell i sykefraværet mellom selvstendig næringsdrivende og lønsmottakere, men andelen av selvstendig næringsdrivende som kommer tilbake i arbeid etter kreft i et langtidsperspektiv (fem år) er noe høyere (5, 6). Studier fra andre land viser at sykefraværet blant de selvstendig næringsdrivende er langt lavere enn blant lønsmottakere (7, 8).

Til tross for tilsynelatende «gode» fraværstall for denne gruppen, konkluderer Sharp og Timmons (7) i en irsk studie at selvstendig næringsdrivende, sammen med enslige forsørgere, er en svært utsatt gruppe. De hevder at denne gruppen presses tilbake i arbeid på grunn av deres økonomiske situasjon, og at de må ta vanskelig valg for seg selv og familien basert på forhold relatert til arbeidet og ikke ut fra deres helsemessige behov.

Behov for særskilt fokus

Situasjonen for selvstendig næringsdrivende i Norge er trolig bedre enn i Irland og mange andre land når det gjelder støtte fra det offentlige. Likevel viser studien vår at også norske selvstendig næringsdrivende opplever økonomiske problemer

som må antas å ha betydning for deres generelle helse og arbeidskapasitet. Det er mye vi ikke vet om selvstendig næringsdrivende, men vi har grunn til å tro at denne gruppen har behov for et særskilt fokus og andre tiltak fra støtteapparatet som NAV, helsevesenet og rehabiliteringstjenester.

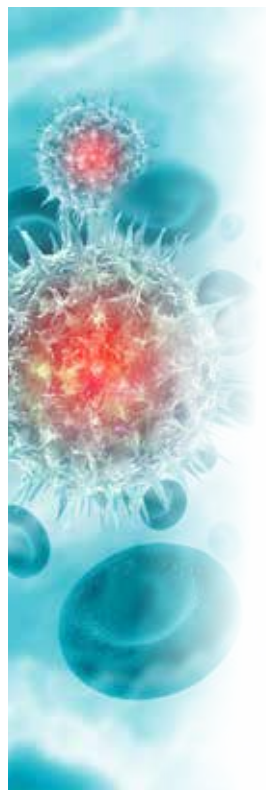
Denne studien inkluderer relativt få selvstendig næringsdrivende og det skilles ikke på yrker, type selvstendig næringsdrivende (for eksempel enkeltpersonforetak, aksjeselskap, deltakerliknede selskap og foreninger), og om den kreftrammete leder en stor bedrift eller er den eneste personen i bedriften. Det er all grunn til å tro at ulike grupper av selvstendig næringsdrivende har ulike behov relatert til egen arbeidssituasjon ved alvorlig og langvarig sykdom. ■

Artikkelen har tidligere vært publisert på nettstedet BestPractice.

Referanser

1. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2011;77:109–30.
2. Stambøl LS. Fordeling og mobilitet av selvstendig næringsdrivende i Norge. *Økonomiske analyser*. 2008;27(2):33–44.
3. Torp S, Syse J, Paraponaris A, Gudbergsson S. Return to work among self-employed cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016.
4. Fløtten T, Torp S, Kavli H, Nielsen R, Syse J, Grønningseter A, et al. Kreftrammetes levekår. Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte. Oslo: Fafo; 2008.
5. Torp S, Nielsen RA, Fossa SD, Gudbergsson SB, Dahl AA. Change in employment status of 5-year cancer survivors. *European Journal of Public Health*. 2013;23:116–22.
6. Torp S, Nielsen R, Gudbergsson SB, Fossa SD, Dahl AA. Sick leave patterns among five-year survivors. A registry-based retrospective cohort study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2012;6:315–23.
7. Sharp L, Timmons A. The financial impact of a cancer diagnosis. Dublin: National Cancer Registry Ireland; 2010.
8. Tison A. Decisions on the labor market in a context of both economic and health uncertainty. Empirical and theoretical approaches with applications for self-employed workers diagnosed with cancer. Marseille: Aix-Marseille University; 2016.

ANNONSE



EN ANIMASJON OM MYELOMATOSE (BENMARGSKREFT)

Denne animasjonen om myelomatose gir deg mer kunnskap om:

- hvordan myelomatose oppstår
- hvor hyppig myelomatose er
- hvilke symptomer som er vanlig forekommende ved myelomatose
- hvordan man utreder myelomatose

På youtube.com, søk på:

"Det du trenger å vite om Myelomatose (Benmargskreft)"

Du kan også scanne denne QR-koden:



Takeda AS • Postboks 205 • 1372 Asker • Tlf. 800 800 30 • www.takeda.no
NOJIXZ/1017/0038b/12325


ONCOLOGY

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR KEYTRUDA® (pemrolizumab)

INDIKASJONER:

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

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til førsteljebehandling av metastatisk ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 50\%$ «tumor proportion score» (TPS) uten EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor.

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokavansert eller metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 1\%$ TPS og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor skal også få fått målrettet behandling før behandling med KEYTRUDA starter.

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av voksne pasienter med residiverende eller refraktær klassisk Hodgkins lymfom (cHL) der behandling med autolog stamcelletransplantasjon (ASCT) og brentuksimab vedtinn (BV) har vært mislykket, eller som ikke er kvalifisert til transplantasjon og har hatt behandlingssvikt med BV.

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbasert-kjemoterapi.

KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbasert-kjemoterapi.

ADMINISTRASJONSMÅTE: KEYTRUDA skal administreres som intravenøs infusjon over 30 minutter hver 3. uke. KEYTRUDA skal ikke administreres som en intravenøs trykk eller bolusinjeksjon.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet overfor virkestoffet (pemrolizumab) eller overfor noen av hjelpestoffene (L-histidin, L-histidinhydroklorid monohydrat, sukrose, polysorbat 80).

FORSIKTIGHET UTVIKES VED: Immunrelaterte bivirkninger som: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, endokrinopati inkludert hypotyreose, hypertyreose, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, og hudbivirkninger inkludert Stevens-Johnsons syndrom (SJS) og toksisk epidermal nekrolyse (TEN). Immunrelaterte bivirkninger som påvirker mer enn et kroppssystem kan forekomme samtidig. 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 pemrolizumab 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 begrensete data fra kliniske studier, vurderes å administrere andre systemiske immunosuppressiva.

Pemrolizumab kan gjenopptas innen 12 uker etter siste dose med KEYTRUDA dersom bedring av bivirkning til grad ≤ 1 vedvarer, og dosen med kortikosteroid er redusert til ≤ 10 mg prednison eller tilsvarende pr dag. Pemrolizumab 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 eller hematologisk toksisitet, kun hos pasienter med cHL, hvor KEYTRUDA skal

tilbakeholdes inntil bivirkningene går tilbake til grad 01. Ved tegn eller symptomer på SJS eller TEN, skal pemrolizumab tilbakeholdes og pasienten skal henvises til en spesialavdeling for vurdering og behandling. Dersom SJS eller TEN blir bekreftet, skal pemrolizumab seponeres permanent. Forsiktighet bør utvises når det vurderes bruk av pemrolizumab hos en pasient som tidligere har hatt en alvorlig eller livstruende hudbivirkning ved tidligere behandling med andre immunstimulerende kreftlegemidler.

Komplikasjoner etter allogen hematopoietisk stamcelletransplantasjon (HSCT) ved klassisk Hodgkins lymfom: Tilfeller av transplantatomterviktssykom (GVHD) og hepatisk veno-okklusiv leversykdom (VOD) er observert hos pasienter som gjennomgår allogen HSCT etter tidligere eksponering for pemrolizumab. Inntil ytterligere data er tilgjengelig, bør grundige vurderinger av potensiell nytte av HSCT og mulig økt risiko for transplantasjonsrelaterte komplikasjoner gjøres i hvert enkelt tilfelle.

Transplantatvinstning av solide organer har blitt rapportert etter markedsføring hos pasienter behandlet med PD-1-hemmere. Behandling med pemrolizumab kan øke risikoen for transplantatvinstning hos mottakere av solide organer. Fordelen av behandling med pemrolizumab versus risiko for mulig transplantatvinstning bør vurderes hos disse pasientene.

Bruk av pemrolizumab hos pasienter med urotelialt karsinom som tidligere er behandlet med platinbasert kjemoterapi: Leger bør vurdere den foreskrevne inntrreden av effekt av pemrolizumab før oppstart av behandling hos pasienter med tidligere prognostiske faktorer og/eller aggressiv sykdom. Ved urotelialt karsinom ble det observert flere dødsfall innen 24 måneder med pemrolizumab sammenlignet med kjemoterapi. Faktorer som ble assosiert med tidlige dødsfall var raskt progredierende sykdom ved tidligere platinbehandling og levermetastaser.

Bruk av pemrolizumab hos pasienter med urotelialt karsinom som ikke kan behandles med cisplatin: Det er ingen tilgjengelige data på sikkerhet og effekt hos svakere pasienter (f.eks. ECOG PS 3) som ikke kan behandles med kjemoterapi. I fravær av slike data bør pemrolizumab brukes med forsiktighet hos denne populasjonen, etter nøye vurdering av potensiell nytte-risiko i hvert enkelt tilfelle.

VIKTIGE INTERAKSJONER: Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunosuppressiver før oppstart av pemrolizumab bør unngås på grunn av deres potensielle interferens med den farmakodynamiske aktiviteten og effekten til pemrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunosuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart av behandling med pemrolizumab for å behandle immunrelaterte bivirkninger.

VIKTIGE BIVIRKNINGER: Immunrelaterte bivirkninger: pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt, hypotyreose, hypertyreose, tyreoiditt, hypofysitt, type 1 diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, uveitt, artritt, myositt, pankreatitt, alvorlige hudreaksjoner inkludert SJS eller TEN, Guillain-Barré syndrom, myasthenisk syndrom, hemolytisk anemi, sarkoidose og partiell epilepsi hos en pasient med inflammatoriske foci i hjerneparenkymet. Det er rapportert tilfeller av alvorlig infusjonsrelaterte reaksjoner. Immunrelaterte bivirkninger, inkludert alvorlige og fatale tilfeller, har blitt rapportert i kliniske studier eller etter markedsføring.

Pasientkort: Alle forskrivere av KEYTRUDA må være kjent med informasjon til helsepersonell og retningsslinjer for håndtering. Forskriver må diskutere risikoen ved behandling med KEYTRUDA med pasienten. Pasienten vil få et pasientkort ved hver forskrivning.

For forskrivning av KEYTRUDA® se preparatmøtalen.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Keytruda «MSD»

Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X C18

C KONSRATRT TIL INFUSJONSØVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml: Hvert heftelglass inneholder: Pemrolizumab 100 mg, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, sukrose, polysorbat 80, vann til injeksjonsvesker til 4 ml.

PULVER TIL KONSRATRT TIL INFUSJONSØVÆSKE, oppløsning 50 mg: Hvert heftelglass inneholder: Pemrolizumab 50 mg, L-histidin, L-histidinhydrokloridmonohydrat, sukrose, polysorbat 80. **Indikasjoner:** Melanom: Behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne. Ikke-småcellet lungekreft (NSCLC): Førsteljebehandling av metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 50\%$

«tumor proportion score» (TPS) uten EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor. Behandling av lokavansert eller metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 1\%$ TPS og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor skal også få fått målrettet behandling før behandling kan starte. **Klassisk Hodgkins lymfom (cHL):** Behandling av voksne pasienter med residiverende eller refraktær cHL der behandling med autolog stamcelletransplantasjon (ASCT) og brentuksimab vedtinn (BV) har vært mislykket, eller som ikke er kvalifisert til transplantasjon og har hatt behandlingssvikt med BV. **Urotelialt karsinom:** Behandling av lokavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbasert kjemoterapi. Behandling av lokavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbasert kjemoterapi. **Dosering:** Behandling må initieres og overvåkes av lege med erfaring i kreftbehandling. Behandling av pasienter med NSCLC skal baseres på uttrykk av PD-L1 i tumor, bekreftet med en validert test. **Voksne inkl. eldre:** Skal administreres som i.v. infusjon over 30 minutter hver 3. uke. Anbefalt dose er 200 mg for pasienter med NSCLC som tidligere ikke er behandlet med kjemoterapi, for pasienter med cHL eller for pasienter med urotelialt karsinom, og 2 mg/kg for pasienter med NSCLC som tidligere er behandlet med kjemoterapi eller for pasienter med lokavansert eller metastatisk melanom. Pasienten bør behandles inntil sykdomsprogressjon eller til uakseptabel toksisitet. Aypiske responser er sett (f.eks. initial, forbigående vekst av tumor eller små nye lesjoner innen de første månedene, etterfulgt av alt tumor krymper). For klinisk stabile pasienter med initiale tegn på sykdomsprogressjon, anbefales det å fortsette med behandling inntil sykdomsprogressjonen er bekreftet. **Tilbakeholdelse av dose eller permanent seponering:** Behandling av immunrelaterte bivirkninger som pneumonitt, kolitt, hepatitt, nefritt og endokrinopati, kan kreve utsettelse av en dose eller permanent seponering og innføring av systemisk høydosebehandling med kortikosteroider, eller i noen tilfeller, annen immunosuppressiv behandling. Behandling av hudreaksjoner kan kreve utsettelse av en dose eller permanent seponering. Behandling av andre immunrelaterte bivirkninger kan kreve utsettelse av en dose eller permanent seponering. 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 og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Data mangler. Skal ikke brukes. **Kulderet 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 opplysninger om rekonstitusjon og tilberedning av infusjon, se pakningsvedlegg. Kun til engangsbruk. Ubrukt legemiddel skal kastes. Hettelglass og/eller infusjonsposse tempereres til romtemperatur før bruk. **Administrering:** Må administreres som i.v. infusjon over 30 minutter. Skal ikke administreres som en i.v. trykk- eller bolusinjeksjon. Andre legemidler skal ikke gis samtidig i samme infusjonslinje. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Viktig at det benyttes en vel-valdret og robust metodikk ved vurdering av PD-L1-status av tumor for å minimere falske negative eller falske positive påvisninger. Immunrelaterte bivirkninger er vanligst. De fleste, inkl. alvorlige reaksjoner, er reversible etter innføring av hensiktsmessig medisinsk behandling eller seponering. Bivirkninger etter siste dose har forekommet. Immunrelaterte bivirkninger som påvirker mer enn et kroppssystem kan forekomme samtidig. 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 pemrolizumab tilbakeholdes og kortikosteroid initieres. Når immunrelaterte bivirkninger ikke kan kontrolleres med kortikosteroider, kan andre systemiske immunosuppressiver 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. Pemrolizumab må seponeres permanent ved enhver tilbakevendende immunrelatert bivirkning av grad 3 og for enhver immunrelatert bivirkning (toksisitet) av grad 4, med unntak av immunrelaterte endokrinopati som kontrolleres med hormonsubstitusjon eller hematologisk toksisitet (kun hos pasienter med cHL), der pemrolizumab tilbakeholdes inntil bivirkningene går tilbake til grad 0-1. Ved mistanke om alvorlige immunrelaterte hudreaksjoner må pasienten overvåkes og andre årsaker utelukkes. Avhengig av alvorlighetsgrad skal pemrolizumab tilbakeholdes eller seponeres permanent. Ved tegn eller symptomer på SJS eller TEN skal pemrolizumab tilbakeholdes, og pasienten henvises til spesialavdeling for vurdering og behandling. Ved bekreftet SJS eller TEN seponeres preparat permanent. Forsiktighet utvises hos pasienter med tidligere alvorlig eller livstruende hudbivirkning, tidligere behandlet med andre immunstimulerende kreftlegemidler. Risiko for transplantatvinstning hos mottakere av solide organer kan øke og fordel/risiko bør vurderes hos disse pasientene. Ved alvorlige infusjonsreaksjoner skal infusjonen avsluttes og pemrolizumab seponeres permanent. Ved milde eller moderate infusjonsreaksjoner kan behandlingen fortsette under tett overvåking. Premedisinering med antiypiretika og antihistamin bør vurderes. **Sykdomsspesifikke forholdsregler:** Komplikasjoner etter allogen hematopoietisk

stamcelletransplantasjon (HSCT) ved cHL: Pga. manglende data bør grundige vurderinger av potensiell nytte av HSCT og mulig økt risiko for transplantasjonsrelaterte komplikasjoner gjøres i hvert enkelt tilfelle. Pasienter med urotelialt karsinom som tidligere er behandlet med platinbasert kjemoterapi: Vurder pemrolizumabs positive effekter for oppstart hos pasienter med tidligere prognostiske faktorer og/eller aggressiv sykdom. Pasienter med urotelialt karsinom som ikke kan behandles med cisplatin: Pga. manglende data hos svake pasienter (f.eks. ECOG-status 3) bør fordel/risiko vurderes i hvert enkelt tilfelle. For spesifikke retningsslinjer for håndtering av bivirkninger, se SPC. **Barkirurgi og bruk av maskiner:** Pemrolizumab 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 pemrolizumab fjernes fra sirkulasjonen ved katabolisering. Bruk av systemiske kortikosteroider eller immunosuppressiver før oppstart av pemrolizumab bør unngås pga. potensiell interferens med farmakodynamisk aktivitet og effekten av pemrolizumab. Systemiske kortikosteroider eller andre immunosuppressiver kan imidlertid brukes etter oppstart for å behandle immunrelaterte bivirkninger. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandling og i minst 4 måneder etter siste dose. Ingen data på bruk hos gravide. Det er ikke utført dyrestudier mht. reproduksjonstoksikitet. Dyrestudier har vist at blokkade av PD-L1-signalet forstyrr toleransen til fosteret og gir økt fosterdød. Det er derfor en potensiell risiko for å skade fosteret, inkl. økt forekomst av abort og dødsfall. Humant IgG krysser placentabarrieren. Anbefales ikke under graviditet, hvis ikke kvinns kliniske tilstand nødvendiggjør behandling. **Amning:** 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 amning 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: Utsettelse, kløe¹. **Ofte:** Vagutte. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Blodlymfom: Anemi. **Endokrinale:** Hypertyreose, hypotyreose². **Gastrointestinale:** Kollert¹, oppkast, abdominalmerte¹, forstoppelse, munntørhet. **Hud:** Alvorlige hudreaksjoner¹, villtlig¹, tørr hud, erytem. **Immunsystemet:** Infusjonsrelatert reaksjon¹. **Luftrøyr:** Pneumitt¹, dyspné, hoste. **Muskel-skjelettsystemet:** Artralgi, myositt¹, muskel- og skjelettsmerter¹, artritt¹, smerter i ekstremitetene. **Neurologiske:** Hodepine, svimmelhet, dysgeusi. **Stoffskifte/ernæring:** Nedsatt appetitt. **Undersøkelser:** Økt ALAT, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase i blod, økt kreatinin i blod. **Øvrige:** Asteni, ødem¹, pyreksi, infusjonsangivende sykdom, frynsning. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Blodlymfom: Nytreppeni, trombocytopeni, leukopeni, lymfopeni, eosinofili. **Endokrine:** Hypofysitt¹, binyrebarksvikt, tyreoiditt. **Gastrointestinale:** Pankreatitt¹. **Hjerte/kar:** Myokarditt¹, hypertensjon. **Hud:** Lichenoid keratose¹, psoriasis, alopeci, dermatitt, akneform dermatitt, eksem, ødem hårpøse, paknelesjoner. **Pneumoni:** Lever/galle: Hepatitt¹. **Muskel-skjelettsystemet:** Seneskedebetnelser¹. **Neurologiske:** Epilepsi, letargi, perifer neuropati. **Nyre/urinveier:** Nefritt¹. **Psykiske:** Innomni. **Stoffskifte/ernæring:** Diabetes mellitus type 1¹, hyponatremi, hypokalemi, hypokalsemi. **Undersøkelser:** Økt bilirubin i blod, økt amylose, hyperkalsemi. **Øye:** Uveitt¹, tåre øyne. **Sjeldne ($\geq 1/1000$ til $<1/1000$):** Blodlymfom: Innomni trombocytopenisk purpura, hemolytisk anemi. **Gastrointestinale:** Tynnarmperforasjon. **Hud:** Toksik epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, erythema nodosum. **Immunsystemet:** Sarkoidose. **Neurologiske:** Guillain-Barré syndrom, myasthenisk syndrom. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Transplantatvinstning av solide organer.

¹Termene 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 Giftniforaksjonens anbefalinger L01X C side c. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Humanisert monoklonalt antiprogrammet celledød-1 (PD-1) antistoff (IgG₁/kappa isotype med en alternerende stabiliserende sekvens i Fc-regionen). **Virkningsmekanisme:** Humanisert monoklonalt antistoff som bindes til programmet celledød-1 (PD-1)-reseptorer og blokkerer interaksjonen med ligandene PD-L1 og PD-L2. PD-1-reseptoren er en negativ regulator av T-celleaktivitet, som er vist å være involvert i kontroll av T-cellenes immunrespon. Pemrolizumab forsterker T-celleresponsen (inkl. anti-tumorrespon) 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. **Absorpsjon:** C_{max} eller AUC øker doseproportjonalt innenfor doseringsintervallet for effekt. **Proteinbinding:** Bindes ikke på en spesifikk måte til plasmaprotein, som forventet for et antistoff. **Fordeling:** V_d , Ca : 7,5 liter med koeffisientvariasjon (KV%) på 20%. **Halveringstid:** Terminal $t_{1/2}$: Ca : 25 dager ved gjentatt bruk på 38%. C_{ss} ble nesten nådd ved 18 uker. Systemisk clearance: Ca : 0,2 liter/dag med KV% på 37%. Ved klinisk dosering er clearance uavhengig av tid, og systemisk akkumulasjon er ca. 2,1 ganger ved administrering hver 3. uke. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Median C_{ss} ved 18 uker er ca. 21 µg/ml ved en dose på 2 mg/kg hver 3. uke og 28 µg/ml ved en dose på 200 mg hver 3. uke. **Opbevaring og holdbarhet:** **Konsentrat til infusjonsveske:** **Før fortynning:** Opbevares ved 2-8°C. Skal ikke fryses. Opbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. Etter fortynning: Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Skal ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timene kan inkludere opptil 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^{\circ}C$), opbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pulver til konsentrat til infusjonsveske:** **Før rekonstitusjon:** Opbevares ved 2-8°C. Kan oppbevares utenfor kjøleskap ($\leq 25^{\circ}C$) i opptil 24 timer. Etter rekonstitusjon: Bør fra et mikrobiologisk synspunkt brukes umiddelbart. Skal ikke fryses. Skal ikke oppbevares >24 timer. Disse 24 timene kan inkludere opptil 6 timer ved romtemperatur ($\leq 25^{\circ}C$), opbevaring i tillegg til dette må være ved 2-8°C. **Pakninger og priser:** **Konsentrat til infusjonsveske, 100 mg (heftelig):** kr. 380671,70. **Pulver til konsentrat til infusjonsveske, 50 mg (heftelig):** kr. 191536,60. **Sist endret:** 10.01.2018

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

KEYTRUDA®

(pembrolizumab)



HAR FØLGENDE GODKJENTE INDIKASJONER:



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av avansert (inoperabelt eller metastatisk) melanom hos voksne.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til førstelinje-behandling av metastatisk ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 50\%$ «tumour proportion score» (TPS) uten EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk NSCLC hos voksne med tumor som uttrykker PD-L1 med $\geq 1\%$ TPS og som tidligere er behandlet med minst et kjemoterapiregime. Pasienter med EGFR- eller ALK-positive mutasjoner i tumor skal også ha fått målrettet behandling før behandling med KEYTRUDA starter.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av voksne pasienter med residiverende eller refraktær klassisk Hodgkins lymfom (cHL) der behandling med autolog stamcelletransplantasjon (ASCT) og brentuksimab vedotin (BV) har vært mislykket, eller som ikke er kvalifisert til transplantasjon og har hatt behandlingssvikt med BV.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som tidligere er behandlet med platinabasert kjemoterapi.¹



KEYTRUDA som monoterapi er indisert til behandling av lokalavansert eller metastatisk urotelialt karsinom hos voksne som ikke kan behandles med cisplatinbasert kjemoterapi.¹

KEYTRUDA ADMINISTRERES SOM EN INFUSJON HVER 3. UKE OVER 30 MINUTTER.¹

Før forskrivning av KEYTRUDA® les preparatomtalen.

Referanse: 1. KEYTRUDA SPC Desember 2017, avsnitt 4.1, 4.2.



MSD Oncology

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

Copyright © 2018 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. All rights reserved.



Lurer du på noe om kreft?

Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

Kreftlinjen er åpen for alle – pasienter, pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere og andre. Her kan du snakke med andre fagpersoner eller henvise andre som har spørsmål om kreft og kreftrelaterte emner som

- Hvordan man snakker med barn om kreft
- Nav, rettigheter og sykepenger
- Kreftkoordinator i kommunene
- Ny kreftbehandling

Kreftlinjen har mer enn 30 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

Åpningstider: mandag–torsdag: 0900–1700, fredag: 0900–1500. Vi snakker norsk og engelsk.

Ring 800 57 338 eller chat med oss på kreftforeningen.no



KREFTFORENINGEN