



Kreftsykepleie

NR. 4-2012 • ÅRGANG 28

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE



TEMA Sats på
rehabilitering

Sykepleien

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

ANSVARLIG UTGIVER
NSFs Faggruppe Forum for Kreftsykepleie
v/leder Britt Ingunn Wee Sævig
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

REDAKTØR
Marte Wolden
Tlf 95 04 61 21
marte.wolden@gmail.com

REDAKSJONSUTVALG
Marte Wolden, Åse Grøthe og Signe Øverland

MEDLEMSANSVARLIG
Synøve Revling Holm
tlf: 61 17 23 86/jobb 45 21 44 31
sy-holm@online.no

ANNONSEANSVARLIG
Sissel Hynne Moås
tlf. 74 09 84 24, mob 90 89 48 27
sissel.moas@hnt.no

HJEMMESIDE:
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

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

DESKJOURNALIST
Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT
Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO:
Colourbox

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

ANNONSEPRISER

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

* Årsavtale gjelder for 4 utgivelser.
Kontaktperson annonser: Sissel Hynne Moås, e-post: sissel.moas@hnt.no

NESTE UTGAVE:
21. mars 2013



■ **18 ANNE LISE RYEL:**
Hjelp folk der de bor.



Innhold

NR. 4-2012 • ÅRGANG 28



22 **REHABILITERING:** Gir kreftpasienter et bedre liv.

«**Dei legg noko av sitt liv i mine hender.**»

Torunn Høivik, side 36.



10 **ALENE:** Tungt å være eldre, enslig og kreftsyk.

5 **LEDER:** Britt Ingunn Wee Sævig

7 **LEDER:** Redaktør Marte Wolden

10 Vil ikke klage – vil ikke plage

18 Rehabilitering – hvorfor det?

21 Etterlyser lik informasjon til alle

22 Røros Rehabilitering:
Hjelper mennesker til økt livskvalitet

28 Montebellosenteret: Lærer folk å leve med kreft

36 Lett tilgjengelig samtaletilbud

39 Årets sykepleier i kreftomsorgen

40 Lokallagslederne testet mindfulness

42 Kontaktinformasjon lokallagsledere

FASTE SPALTER

8 Smånytt

41 Aktuelle bøker

LES PÅ NETT

På Sykepleien.no kan du lese denne og tidligere utgaver av *Kreftsykepleie*, samt flere andre faggruppeblad. Du finner dem under Faggruppeblad arkiv.

NYHET



Janssen introduserer ZYTIGA®, den første selektive androgen biosyntesehemmeren...

...Ved metastasert kastrasjonsresistent prostatakreft (mCRPC) kan selv lave konsentrasjoner av androgen øke tumorvekst. 1-6

C Zytiga Janssen- CYP 17-hemmer. TABLETTER 200 mg... Doseringsinformasjon: 1000 mg som 1 daglig enkeltdose...

Referanse: de Bono et al. N Engl J Med 2013; 369: 627-35... Janssen-Cilag AS Postboks 144, NO-1325 Lysaker, Norway



STYRET

Styremedlemmer i Forum for kreftsykepleie

LEDER Britt Ingunn Wee Sævig Bøneshøien 130, 5154 Bønnes T: 99 24 86 15 britt.ingunn.saevig@krefthforeningen.no

Kristin.bergum@tromso.kommune.no Jobbdag: Ørneveien 6, 9016 Tromsø

NESTLEDER OG STIPENDANSVARLIG Lillian Rolfsen Grønsund Lyngvn 16, 4400 Flekkefjord T: 41 69 58 92 lillian@norgespost.no

REDAKSJONSUTVALG OG LOKALLAGSKONTAKT Åse Grøthe Ø. stadionv 76, 5161 Laksevåg T: 99 29 53 18 / J: 55 97 93 89

KASSERER Mona Grytten Ulternkammen 16, 0380 Oslo T: 98 80 72 56 / J: 22 93 40 27 monagrytten@gmail.com

WEBANSVARLIG OG MEDLEMSLISTEANSVARLIG Synøve Revling Holm Skonhovdvn 275, 2827 Hundedalen T: 61 17 23 86 / J: 45 21 44 31 sy-holm@online.no

SEKRETÆR OG ANNONSEANSVARLIG Sissel Hynne Moås Holanvn 3, 7620 Skogn T: 90 89 48 27 / J: 74 09 84 24 sissel.moas@ntebb.no

VAREMEDLEM: Nordisk kontakt og annonsemeldansvarlig Ellen Rosseland Hansen Stenrødveien 2B, 1784 Halden T: 41 61 17 93 ellen.rosseland.hansen@halden.kommune

REDAKTIV TIDSSKRIFT Marte Wolden Biskop Sigurdsgt 6, 7042 Trondheim T: 95 04 61 21 marte.wolden@gmail.com

VAREMEDLEM, KURS OG KONFERANSEKONTAKT Bente Aasheim Hølvegen 13, 2680 Vågå T: 97 77 86 47 baasheim@hotmail.com

LOKALLAGSKONTAKT Kristin Bergum Losveien 7, 9014 Tromsø T: 46 94 90 29

VAREMEDLEM, KURS OG KONFERANSEKONTAKT Bente Aasheim Hølvegen 13, 2680 Vågå T: 97 77 86 47 baasheim@hotmail.com



LEDER:
Britt Ingunn Wee Sævig

Stolt – Tydelig – Modig

2012 nærmer seg slutten, og vi i FKS hovedstyret har jobbet sammen i snart ett år. Det har vært en bratt læringskurve for oss alle, og kanskje først nå begynner vi å få tak i hva det virkelig innebærer å lede en så stor faggruppe. Vi er per dags dato 1478 medlemmer fordelt rundt i hele landet med til sammen 17 lokallag og to SIG grupper. Det var givende og inspirerende å være sammen med 16 av lokallagslederne i september måned, det er mye godt arbeid som gjøres rundt i landet. Tilbakemeldingene fra denne samlingen er at det viktigste er å treffe hverandre, dele erfaringer og utveksle gode ideer. Jeg er imponert over aktivitetsnivået og ønsker å rette en stor takk til alle dere som står på.

Det har vært et innholdsrikt år og mange av dere har fått erfare hva samhandlingsreformen betyr i praksis på godt og ondt. Samhandlingsreformen skal sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, og den skal være tilpasset hver enkelt bruker. Helseforetak og kommuner skal utvikle rutiner og retningslinjer for samarbeid, gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling i samarbeidsavtaler og retningslinjer innen blant annet læring og mestring. Det leses stadig i media om utfordringer fra både spesialist og kommunehelsetjenesten, og jeg tror fortsatt det er en lang vei å gå før vi virkelig kan si at reformen er til det beste for pasient og pårørende. Det blir viktig å gi gode tilbakemeldinger om hva som fungerer dårlig, men også hva som er bra, for at reformen skal kunne fungere optimalt.

En ordning med økonomisk støtte fra Kreftforeningen har gitt 160 kommuner fordelt på 97 stillinger midler til kreftkoordinator som skal være en hjelp for å koordinere og tilrettelegge

hverdagen for kreftsyke og pårørende på en best mulig måte. Gjennom samordning av tjenestetilbud og framdrift i arbeid med individuell plan, skal en koordinator kunne bidra til gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunene.

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er det nedfelt at vårt grunnlag for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til HELHETLIG sykepleie. En god dialog mellom pasienter, pårørende og helsepersonell hviler på gode verdier og holdninger. Bredden av sykepleiefaget må vises gjennom vår evne til omstillinger i en travelt hverdag hvor det blir nødvendig å fokusere mer på brukermidvirkning, resultater og kostnadseffektivitet. Som sykepleiere bidrar vi med viktig kunnskap og kompetanse for å ivareta pasienter og pårørende.

NSF feiret 100-årsjubileum denne høsten, og det jeg sitter igjen med er stoltheten over vår identitet som sykepleier og for en utrolig kompetanse og kvalitet det utøves på alle nivå i sykepleietjenesten. Det å være bevisst; lytte, holde ord og avtaler, opptre med faglig kyndighet enten det er overfor pasienter, pårørende, arbeidsgiver eller myndigheter, er noen av våre kjennetegn og representerer våre holdninger og menneskesyn som gjenspeiler våre handlinger.

Stolt – Tydelig – Modig

Britt Ingunn Wee Sævig

LEDER FKS

Spre informasjonen!

Kontaktperson: Bente Åsheim
Telefon: 99 77 86 47
E-post: baasheim@hotmail.com

Rikshospitalets Store Auditorium, 10. - 11. januar 2013

Kunnskapsbasert smertebehandling

Den 9. nasjonale fagkonferanse om kunnskapsbasert smertebehandling finner sted i Oslo neste år. Arrangør er Norsk Smerteforening (NOSF) - en tverrfaglig forening for helsemedarbeidere med interesse for smerteforskning og smertebehandling. Foreningen inngår som et nasjonalt kapittel i International Association for the Study of Pain (IASP). Mer informasjon og påmelding: www.norsk-smerteforening.no

Montebellosenteret, Mesnali, 8. - 9. april 2013

Avansert kurs i lindrende behandling

Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst (KSLB), Oslo universitetssykehus inviterer sykepleiere til avansert kurs (C nivå) i lindrende behandling. Målgruppen for kurset er sykepleiere med godkjent videreutdanning og sykepleiere med minimum fem års arbeid i palliasjon. Deltakerne må ha lindrende behandling som sitt hovedarbeid i helseregion sør-øst.

For nærmere informasjon vedrørende program, deltakeravgift og påmelding, se Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst sine hjemmesider: www.oslo-universitetssykehus.no/palliasjon

Praha, 30. mai - 2. juni 2013

13th European Association for Palliative Care Congress

Den trettende kongressen av dette slaget finner sted i Praha i Tsjekkia fra 30. mai til 2. juni neste år. Kongressen vil fokusere på palliativ omsorg som en menneskerett. Blant temaene er menneskerettighetsspørsmål, palliativ omsorg for pasienter med demens og symptomkontroll i sluttfasen av livet. Les mer på www.eapcnet.eu

Repadina[®] plus

- Den naturlige løsningen mot vaginal tørrhet



ANNONSE

Har du vaginal tørrhet vil du sikkert gjenkjenne én eller flere av disse symptomene:

- Tørrhet eller ømhet i vagina
- Kløe og irritasjon i vagina
- Smerter ved samleie
- Ubehag ved å ha på seg stramme klær

Prøv Repadina Plus og erfar effekten!

- Repadina Plus inneholder kroppens eget hyaluronsyre som bidrar til å bygge opp celler, derfor hjelper Repadina Plus deg mot vaginal tørrhet
- Repadina Plus er det eneste hormonfrie produkt som medvirker til gjenoppbyggingen av slimhinnene i vagina

Repadina Plus er reseptfri, uten hormoner, parfyme og parabener.
 - Tilgjengelig på alle apotek!

Repadina Plus 5-pakning kan bestilles direkte fra leverandør kr 700,- (inkl. mva og frakt).
 Telefon: 21 55 59 90 - Faks.: 21 55 59 94
 Mail: info.no@azanta.com

Azanta

Azanta AS, Postboks 39, Tveita, 0617 Oslo



REDAKTØR:
Marte Wolden

«Jeg savnet hjelp til å komme i gang med livet»

Hovedtema i dette siste nummeret av Kreftsyrkepleie i 2012 er rehabilitering av kreftpasienter.

Overskriften er et sitat hentet fra en reportasje i Adresseavisen 26. oktober 2012 – der kreftpasient Petter Spolén forteller om opplevelsen av å være overlatt til seg selv etter å ha gjennomgått langvarig og aggressiv cytostatikabehandling. Han beskriver kreftsykdommen som en «ensom sykdom», og han er dessverre ikke alene om denne følelsen.

En landsomfattende spørreundersøkelse utarbeidet av Kreftforeningen og flere tilsluttede likemanns- og pasientforeninger, sier bare to av ti at de har fått et godt rehabiliteringstilbud fra det offentlige. Fire av fem mener at kommunen svikter i oppfølging av kreftpasienter.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) setter krav til at det etableres samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner og de stiller krav til avtalenes innhold. I Riksrevisjonens rapport fra 2012 pekes det på at det mangler informasjon om kapasitet og kompetanse knyttet til rehabilitering hos de ulike partene.

På bakgrunn av erfaringer om at rehabilitering av kreftpasienter har hatt for lite oppmerksomhet utarbeidet Helsedirektoratet i 2012 rapporten: «Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft – Kartlegging og anbefalinger» der det beskrives mer konkret hvilke tiltak som kan bedre situasjonen for pasientene.

I dette tidsskriftet finner du mer om innholdet i denne rapporten, samt resultater fra undersøkelser og forskning som ligger til grunn for foreslåtte tiltak og endringer. Kreftforeningen ved Anne Lise Ryel oppsummerer dagens situasjon og planer, anbefalinger og ønsker for veien videre i artikkelen «Rehabilitering for kreftpasienter – hvorfor det?»

Montebellosenteret og Røros Rehabilitering presenteres grundig i hver sin artikkel, noe jeg tenker er nyttig lesning for sykepleiere som jobber med kreftpasienter. I et stort og til tider uoversiktlig helsetilbud er det viktig at vi som møter pasienter og pårørende er i stand til å informere og veilede om de tilbud som finns.

Flere kreftpasienter gir uttrykk for at kreftsykdommen og kreftbehandlingen er så tøff å stå i at hadde det ikke vært for god støtte fra familie – så hadde de neppe kommet seg gjennom behandlingen. Artikkelen «Vil ikke plage-vil ikke klage» (Wik, Devik, Hellzen) er en forskningsartikkel om en studie der hensikten var å undersøke hvordan aleneboende eldre erfarer å leve med uheldelig kreftsykdom i distrikts-Norge, og det å måtte pendle til behandlingen. Dette er et casestudie, og artikkelen inneholder sterke pasientfortellinger vi kan lære mye av.

Håper hver og en av dere finner noe å interessant å lese i tidsskriftet vårt. Jeg har nå vært redaktør i ett år, og det har vært både krevende og utfordrende, men aller mest fint og spennende. Jeg ser fram til å gå på et nytt år sammen med de dyktige damene i redaksjonsutvalget. Nytt i 2013 er at vi går fra 4 nummer i året til 3 nummer. Et blad mindre, altså, men samtidig øker vi sideantallet betraktelig – slik at det blir mer å lese i hvert nummer. Vi tror dette blir en bra løsning, og håper dere også blir fornøyde.

Jeg ønsker dere alle sammen en fin og fredfull desember.

Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

Skadelig røyk

Mange tror at det ikke er farlig å røyke vannpipe, men det er feil. Tobakksrøyken kan føre til lungkreft, hjertesykdom og andre sykdommer.

Noen vannpipe-rykere bruker urteblandinger uten tobakk eller nikotin. Dette gjør ikke saken særlig bedre, da det likevel dannes farlige stoff, advarer Folkehelseinstituttet.

Kilde: Fhi.no



Undersøker 140 000

140 000 kvinner og menn i alderen 50-74 år blir invitert til å testes for tarmkreft innen 2014, i Østfold, Akershus og Buskerud. Norge er blant de landene i verden som har høyest forekomst av tarmkreft og helsemyndighetene ønsker å finne ut om masseundersøkelser kan bidra til at kreft oppdages tidligere.

Kilde: Kreftregisteret

SMÅNYTT

Mye kreft skyldes alkohol

10 prosent av all kreft hos menn, og tre prosent av all kreft hos kvinner kan relateres til alkohol, viser en europeisk forskningsrapport. Over 40 prosent av krefttilfellene som har sammenheng med alkohol, skyldes konsum over myndighetenes anbefalte grense. Undersøkelsen er gjort i åtte europeiske land av forskere ved universiteter i Europa og Canada.

Kilde: NRK



«Det gode skal en hugge i fjell, det onde skal en skrive i snø.»

Norsk ordtak

Flest dør av hjerte-karsykdommer

Dødsårsaksstatistikken 2011 viser at hjerte-karsykdommer fortsatt er den vanligste dødsårsaken i Norge. I 2011 døde 13 000 personer av hjerte-karsykdommer, mens 10 800 døde av kreft.

Totalt døde 41 300 personer i 2011, av disse var 21 300 kvinner og 20 000 menn. Vel 38 700 dødsfall skyldtes sykdom. Blant de som døde av kreft var 5817 menn og 5021 kvinner. Statistikken er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå.

Kilde: SSB

Kartlegger virus

Kreftregisteret skal kartlegge hvilke typer humant papillomavirus (HPV) som er mest utbredt blant norske kvinner. Det finnes over 100 typer humant papillomavirus og 15 av dem er kreftfremkallende. Det antas at type 16 er vanligst i Norge blant pasienter med livmorhalskreft. Det er ikke gjennomført systematiserte studier blant norske kvinner. Tidligere studier har vist at ulike typer HPV forekommer i forskjellig hyppighet i ulike deler av verden. Kunnskap om hvilke kreftfremkallende typer som er vanlig i Norge er viktig for å forhindre livmorhalskreft og for valg av HPV-vaksine i Norge. Opp mot 80 prosent av befolkningen blir i løpet av livet smittet med HPV.

Kilde: Kreftregisteret

Deprimerte leger

Leger har en høyere risiko for selvmord enn snittet i befolkningen. Statistikken gjelder også sammenliknet med andre akademikere og andre ansatte i helsevesenet. Studier viser i tillegg at leger er mer utsatt for depresjon. Det er psykolog Kjersti Støen Grotmol som har gjort disse funnene i sin forskning på legers psykiske helse.

Kilde: Universitetet i Oslo.

Padlet inn 110 000 kroner

Sykepleier Ove Hatlem har samlet inn over 110 000 kroner ved å padle kajakk fra Kirkenes til Ålesund. Pengene har han fått fra sponsorer, som gaver og ved å holde kurs. Han har gitt pengene til Kreftsentre for Opplæring og Rehabilitering ved Haukeland universitetssjukehus. Ideen om å padle for å samle inn penger fikk Hatlem da faren døde av kreft for vel fire år siden. Faren var en aktiv mann, og det var han som vekket Hatlem sin interesse for sjøen.

Kilde: Haukeland universitetssjukehus



Foto: Haukeland universitetssjukehus

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Tar ikke skade av falske funn

En ny norsk studie utført av forskere ved Oslo Universitetssykehus finner at kvinner som møter i Mammografiprogrammet ikke tar psykisk skade av å ha opplevd et falsk positivt funn; de vil selv møte på nytt i programmet og vil også anbefale andre kvinner å møte.

– Dette er gledelig for oss som jobber i programmet, om enn ikke så overraskende, sier leder av Mammografiprogrammet, overlege Berit Damtjernhaug i Kreftregisteret, og tilføyer; vi jobber kontinuerlig med kvaliteten i programmet, deriblant å holde andelen etterundersøkelser på et akseptabelt nivå.

Damtjernhaug sier til Kreftregisteret.no at det er svært viktig at de kvinnene som får en etterinnkalling opplever at informasjonen underveis er god, og ikke minst at ventetiden er kort mellom screeningundersøkelse og etterundersøkelse.

Kilde: Kreftregisteret



Omega-3 bremser kreftceller

Forskere ved NTNU har funnet ut at omega-3-fettsyrene DHA og EPA kan redusere veksten av tarmkreftceller og leukemiceller. DHA og EPA finnes i tran og annen sjømat.

– I framtiden kan omega-3-fettsyrer kanskje bli et supplement til annen behandling, men det vil ta tid å avklare denne muligheten, sier Caroline Hild Pettersen til Forskning.no.

Pettersen er en av forskerne i prosjektet og hun har skrevet doktorgradsavhandling om temaet.

– Vi har vist at noen kreftceller er følsomme – de vokser mindre når man gir dem omega-3-fettsyrer – mens andre ikke gjør det. Vi har som mål å finne ut hvilke mekanismer som blir påvirket av disse fettsyrene, sier Pettersen.

Kilde: Forskning.no



Vil ikke klage – vil ikke plage

Hvordan er det for enslige eldre i distriktene å ha uheldelig kreft? De fem som er intervjuet i denne studien har alle kjent på hvordan det er å leve i spenning, føle seg utmattet og å måtte gjennomføre slitsomme reiser for å få behandling.



Av Guri Bitnes Wiik,
anestesisykepleier og
høgskolelektor, Høgskolen
i Nord-Trøndelag.

U tvalget i denne studien var fem enslige eldre (i alderen 71–79 år) med kreftsykdom i avansert stadium. De bodde i distrikts-Norge og hadde lang reiseavstand til poliklinikken hvor de mottok livsforlengende cellegiftbehandling. Alle hadde store forhåpninger om en bedre hverdag.

Hensikten med studien var å undersøke hvordan aleneboende eldre erfarer å leve med uheldelig kreftsykdom i distrikts-Norge, og det å måtte pendle til behandlingen. En casestudie ble designet og deltakere som kunne kaste mest mulig lys over situasjonen ble rekruttert. Det ble foretatt dybdeintervju med lydopptak og den transkriberte intervjueteksten ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse inspirert av Granheim og Lundmann(2004).

Tre hovedkategorier ble funnet: *Leve i spenning, slitsomme behandlingsreiser og føle seg utmattet*. utfordringene informantene forteller om samsvarer dårlig med ressursene de har. Dette understreker viktigheten av å formidle historiene deres.

Resultatene presenteres i oppsummeringer fra det enkelte case i det som følger. Ved å kommunisere funnene på denne måten vektlegges betydningen av konteksten og det virkelige livet disse personene befinner seg i. Informantene er tildelt fiktive navn.

Anni

Anni er 79 år og lever alene i eget hus. Boligen ligger noe avsides til i en liten bygd omtrent to timers kjøring til nærmeste sykehus og kreftpoliklinikk. Anni har vært enke i flere år, har tre voksne barn med egne familier som bor på andre kanter av landet. Hun har

ingen nær familie i geografisk nærhet, men en nabo hjelper henne med praktisk arbeid som ved, kjøring til butikk med mer. Hun opplyser at hun nå er plaget av et vondt kne i tillegg til kreftsykdommen. Det er tre år siden hun fikk diagnosen kreft i magen.

Leve i spenning

Anni begynner sin historie med å fortelle om familien og hvor mye de betyr for henne. Hun sier at telefonen er hennes forbindelse med dem. Hun lovpriser også naboen som hun anser som sin hovedstøtte når det gjelder praktiske gjøremål i hverdagen. I løpet av de to siste årene har sykdommen ført til mange komplikasjoner og sykehusinnleggelse, og hun medgir at hun ofte har vært redd, men at personalet på sykehuset har gitt henne håp. I dag er det cellegiften som er håpet hennes. På intervjutidspunktet har hun vært igjennom fem behandlinger i en periode på 2,5 måneder. Hun sier at det er bra å få cellegiften: – Det gir håp. Det er greit. Men ellers vet jeg ikke hva som er bra, sier hun.

Annie er usikker på effekten av behandlingen og sier at hun lever i en konstant spenning der hun kastes mellom håp og tvil. Gjennom intervjuet snakker hun om mye positivt ved cellegiften, men også like mye om de negative aspektene og frykten for at behandlingen ikke skal ha effekt. Hun sier: – ...så gleder jeg meg til å få ordentlig smak på maten. Det gleder jeg meg til... hvis jeg kommer meg igjen da. Jeg tenker ikke så mye på det, jeg gjør ikke det. Jeg tar dagen som den kommer.



Av Siri Andreassen Devik,
spesialsykepleier og
PhD-student, Høgskolen i
Nord-Trøndelag og Senter for
omsorgsforskning Midt Norge

Av Ove Hellzen,
professor PhD, Høgskolen i
Nord-Trøndelag og Senter for
omsorgsforskning Midt Norge



ALENE: En del eldre har ikke nær familie i nærheten, som kan hjelpe til i hverdagen. Når sykdom rammer, må de i stor grad klare seg selv. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Slitsomme behandlingsreiser

Anni forteller om de mange reisene til sykehuset og hever stemmen når hun begynner å snakke om drosjturene fra sykehuset: – ...så hender det at jeg må vente noen timer på drosjen. Det er nå verst. Det er trasig. Jeg vet ingen ting. Men nå skal de visst fylle opp alle drosjene, og da blir det lenge å vente. Det sto det i avisen at det skulle bli strengere. Jeg gruer meg. Nei, jeg skjønner ikke hva de (politikere) tenker på. Det tenker jeg mye på.

De dagene Anni skal inn på sykehuset for å få behandling må hun stå opp før klokken sju. Naboen kommer da for å ordne frokost til henne. Drosjturen varer omtrent to timer og hun er allerede sliten når

hun ankommer poliklinikken.

Anni forteller at det er godt å være på kreftpoliklinikken, der får hun slappe av. Hun omtaler sykepleierne som greie og omsorgsfulle. Når hun er ferdig med kuren må hun som regel si fra seg lunsjen ettersom hun ikke vet når drosjen kommer for å hente henne. Det beror på hvor hurtig drosjen kan fylles opp med passasjerer. Hun sier: – ...så kjøper jeg meg som regel en bolle i kiosken før jeg reiser hjem. Drosjen er ofte full, sist satt vi tre i baksetet på hjemturen. Det var spesielt slitsomt den siste gangen for da var jeg så kvalm, men jeg kastet aldri opp.

Vel hjemme igjen kjenner hun seg bedre. Selv om hun er utslitt synes hun det er godt: – Jeg er

veldig sliten når jeg kommer hjem, men da går jeg bare og legger meg på sofaen, for der får jeg legge føttene høyt. Ja det blir noen timer der ja. Når jeg kommer hjem har naboen ordnet mat. Så er det varmt i huset. Det er godt. Det er godt å komme hjem – godt å komme seg vekk fra sykehuset. Det er det beste jeg vet.

Føle seg utmattet

Livet hjemme bærer sterkt preg av at hun er sliten, og at hun ikke kommer seg mellom hver cellegiftkur. Hun planlegger å spørre på poliklinikken om hun kan forlenge perioden mellom hver behandling – til tre uker i stedet for to. Hun beskriver hverdagen sin slik: – Bare jeg hadde sluppet å være så sliten. Jeg er mye sliten. Du forstår, jeg er jo vant til å greie meg selv, og før måtte jeg alltid ha noe å gjøre. Jeg er sjelden uthvilt, men jeg er bedre når jeg har sovet.

Anni forteller at den første dagen etter kuren

«Hun lovpriser personalet ved poliklinikken for deres omsorg og kompetanse.»

går det bra, men så bli hun bare slappere og slapper – inntil det er tid for en ny behandling. Anni poengterer imidlertid at det viktigste for henne er å få være hjemme.

På spørsmål om hvordan sykdommen preger hverdagen svarer Anni: – Jeg har en del plager, men jeg skal ikke klage. Det er dette med matlysten, men plagene er verst i munnen. De sa på sykehuset at det var sopp, så jeg fikk medisin for det. Men nå er det slutt på medisinen, og enda er jeg ikke bra. Så er jeg så sliten. Kanskje det kommer fordi jeg har sånne smerter i føttene. De er dovne – det er som å gå på puter, og noen ganger kjenner jeg de ikke.

Vekttap og manglende appetitt bekymrer Anni. Hun har gått ned 16 kg, fra 80 til 64 siden hun ble syk, og sier: – Klokkas slenger rundt armen, og klærne er jo så store.

Men naboen er til god støtte: – Han sier at jeg bare må spise og svelge. Han mener at hvis han ikke hadde laget mat til meg så hadde jeg sultet i hjel. Når jeg ikke har lyst på mat så ordner jeg heller ikke noe.

Anni mottar ingen hjelp fra det offentlige utover behandlingen ved sykehuset og blodprøvetaking ved kommunens legekontor. Hun har liten tiltro til personalet ved legekontoret. Hun opplever at fastlegen ikke

forstår situasjonen og synes hun blir tildelt lite oppmerksomhet fra sykepleierne. Hun hadde en periode hjelp til å skifte på et sår, og forteller: – Jeg har ikke spurt hjemmesykepleierne så mye. Det er sjelden at det er noen sykepleiere her, bare de første gangene. Seinere så har det vært bare sykepleielever.

Ben

Ben er 77 år og var en aktiv fisker fram til han ble syk. Han hadde egen båt, men den er nå solgt. Huset Ben bor i, ligger i et byggefelt i en bygd omtrent 2,5 timers kjøring i bil til nærmeste sykehus. Det er også en mulighet å reise med ferge som tar cirka én time. Ben er ungar og har ingen barn, men en bror og en nevø bor i samme bygd. Han fikk diagnosen tarmkreft for cirka 1,5 år siden, og noe seinere beskjed om at kreften var metastasert.

Leve i spenning

Ben er svært opptatt av å fortelle om sine negative erfaringer med den offentlige hjelpen og har mange tanker om hvordan eldre mennesker blir behandlet i det norske helsevesenet. Hans fortelling er sterkt emosjonell og han beskriver store utfordringer med å bli tatt på alvor da han oppdaget de første symptomene på sykdom. Han mener at han hadde symptomer flere år før diagnosen ble stilt. Han forteller om sine første bekymringer om kvalme som ble avvist med at han trolig hadde spist fordervert mat. Da han ikke ble bedre, insisterte han på å få treffe lege, men av kontorsøsteren på legekantoret fikk han beskjed om at fastlegen ikke var til stede. Ben sier: – Jeg er ikke så lett å pirke på nesen, så jeg satte meg ned og ventet. Så kom legen ut fra kontoret sitt. Han var flink, og jeg var glad for at det ikke var fastlegen. Så spurte han meg om hva som feilte meg, og jeg sa det var en djevel som hogg tak i magen min.

Ben hever stemmen og slår hånden i bordet når han snakker om sine første møter med helsevesenet og sin kamp for å bli trodd. Han framholder viktigheten av å ikke gi opp:

– Ja, en må stå på, for ellers går det til helvete. Det er tross alt pasientene det dreier seg om. Det ser ut som de (legene) har lært av dyrlegene – blir de ikke gode etter to dager så skyter de dem. Det er aktiv dødshjelp. Jeg føler meg som avfall. Jeg har liksom ikke fortjent behandlingen virker det som.

Etter at kreften ble oppdaget, gjennomgikk han først en tarmoperasjon, deretter en kort periode hjemme før han på nytt måtte innlegges for en mer omfattende operasjon der det ble konstatert spred-



LANG VEI: Kreftsyke i distriktene må ofte reise langt for å få behandling. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ning. Ben forteller om en «ny» medisin som han ikke får foreskrevet: – Jeg synes det er merkelig at de ikke skal gi hjelp til de som er gammel. Hørt nå sånt... jeg er ikke verd å investeres i. Nei en er visst ikke verd noe når en er så gammel.

Ben føler at helsen er dårlig og at han blir verre for hver dag. Han er usikker på hvor lenge han skal ha cellegiftbehandlingen, men sier han har planer om å dra på fisketur med nevøen når han blir bedre. Dette er håpet og det han lengter etter. I samme åndedrag snakker han om usikkerheten: – Hvis jeg blir sittende og vente, da kommer jeg til å angre på at jeg tok denne operasjonen. Det er ikke om å gjøre å leve lenge, det verste er å vente på at enden kommer – det er ikke noe liv. Det har vært mye bedre å kommet meg i båt slik at jeg fikk fisket, og har det vært et uhell på sjøen, så har det alle fall gått fort.

Slitsomme behandlingsreiser

I løpet av intervjuet snakker Ben om reisene til sykehuset. Han har valgt å reise med fergen i stedet for drosje, og forklarer hvorfor: – Det er beste reisemåten å reise med båten til sykehuset, da slipper jeg å sitte på maxitaxi rundt hele verden. De samler opp og kjører rundt på alle gårdsveiene – det er som det settes en kniv i magen på meg. Nei dette greide jeg ikke mer...over fire timer tok det. Jeg er glad jeg kan ta båten i stedet.

Ben har selv organisert sin behandling slik at den

passer fergetidene. Den siste hjemturen hadde vært ille: – Da jeg reiste hjem med båten sist så var det fjære sjø, så greide jeg ikke å få med meg veska mi på land, jeg var så slapp, og da måtte jeg ha hjelp til å komme meg på landgangen. Jeg kom da meg opp omsider, og bort til bilen og kjørte hjem. Blodprosenten var visst bare litt over sytti. Det er ikke så mye vet du.

Føle seg utmattet

Ben får cellegift annenhver uke. Han bærer tydelig preg av sykdommen og har gått mye ned i vekt – 25 kg siden han ble diagnostisert. Han mottar ingen hjelp fra kommunehelsetjenesten, noe han heller ikke savner. Hverdagslivet dreier seg i stor grad om reisene til sykehuset og han kjenner seg ofte slapp og utmattet: – Jeg er så doven, og jeg har ikke hørt noe om hvorfor jeg har disse plagene. Vi skal da ikke få vite noe vi som er pasienter, men det plager meg veldig. Jeg tror ikke det er noe med hjernen. Jeg tror ikke det.

Når han kommer hjem etter behandlingene slapper han av og ser på tv, og ordner seg mat hvis han orker, men sier han ikke eier matlyst. Vekttapet bekymrer han: – Jeg ser på klokka og spiser ei halv brødskive nå og da, men maten vokser i munnen på meg. Så gikk jeg og tenkte på at jeg måtte da prøve å få i meg litt mat, jeg er jo så tynn og elendig.

Utmattelsen gjør det vanskelig å utføre daglige gjøremål, for eksempel orker han ikke å vaske huset

lenger. Han har heller ikke klart å dra ut på sjøen: – Det siste året har jeg ikke vært kar til å være ut med båten og fiske – det er livet vet du. Båten har jeg solgt, men det har vært artig om jeg kunne blitt med noen på fiske igjen. Det hadde vært artig og fått lure det til.

Clara

Clara er 77 år og lever alene i eget hus. Hun har vært enke i flere år. Huset hun bor i ligger avsides til i en liten bygd omtrent to timers kjøring til nærmeste sykehus. Hennes sønn, svigerdatter og barnebarn bor i nabohuset. Clara fikk diagnosen uhelbredelig kreft for cirka ett år siden. Hun sier det startet i tarmen.

Leve i spenning

Clara forteller at hun var plaget med magen lenge før hun fikk kreftdiagnosen, og opplevde seg oversett av helsepersonell når hun klaget over smerter. Hun er nå glad for at hun kan få cellegift. Hun ser fram til å bli bra igjen, når kuren er avsluttet. Behandlingen er en påkjenning, både fysisk og mentalt, og det er vanskelig å planlegge framtiden. Hun forklarer at det å leve med kreft innebærer usikkerhet og spenning: – Jeg vet jo ikke om jeg får et tilbakefall. Og så vet jeg ikke hvor god form jeg er i om en måned – det er ikke noen selvfølge at jeg lever, sier hun.

Livet med kreft innebærer stor påkjenning. Hun forteller om en venninne som også var rammet av kreft og som led en smertefull død. Clara gråter når hun forteller om henne og sier: – Jeg håper at familien skal slippe at jeg skal ha det slik. Jeg må spare dem for det. Uff det var så trasig. Ja jeg tenker at

«Drosjeturen varer to timer og hun er sliten når hun ankommer poliklinikken.»

skal dette bli min skjebne, så... Denne kvinnen hadde store smerter i føttene, og det plages også jeg med.

Clara sier ofte i samtalen at det er godt å prate, og tror ikke mange forstår hva hun har vært igjennom. Selv om sykdommen skaper vanskeligheter i det daglige, mener hun det er viktig å bevare humøret. Hun synes hun klarer å tenke positivt og er glad hun har mange venner som støtter henne og gjør livet akseptabelt. Familiens støtte er spesielt viktig: – Jeg er nok privilegert – en må være takksam for det en får i livet.

Slitsomme behandlingsreiser

På intervjuetidspunktet har Clara hatt seks cellegiftkurer. Hun vet ikke hvor mange flere hun skal ha. Hun lovpriser personalet ved poliklinikken for deres omsorg og kompetanse. Det mest strevsomme med behandlingen er reisene mellom hjemmet og sykehuset. Clara forteller at hun må stå opp klokken fem og drosjen henter henne klokken seks. Selve behandlingen på sykehuset tar fire timer og så er det turen hjem i en drosje som vanligvis er oppfylt med passasjerer. Hun sier: – Uff, så har det blitt lange turer hjem. Ja, du vet, de skal prøve å spare inn vet du, og da må vi skifte drosje på... Det hender det tar over tre timer hjem. Du vet det er dårlige veier spesielt på vinteren, så det er bra jeg ikke blir bilsyk.

Føle seg utmattet

Clara poengterer viktigheten av å være hjemme: – Det mest verdifulle er at jeg får kle på meg selv, og får være hjemme.

Hun synes hun takler cellegiften ganske bra, hun har god appetitt og er lite plaget av kvalme. Dette til tross, har hun hatt et vekttap på 12 kg. Clara sier at hun ikke rekker å restituere mellom hver kur, og at de fysiske plagene gir henne lite søvn og begrenser hennes utfoldelse i hverdagen. Enkelte plager er vanskelig å håndtere, blant annet stomien, men hun opplever at hun må prøve: – Og så har jeg lagt meg og prøvd å hvile, men så må jeg opp igjen og skifte. Ja det har vært veldig urolige netter... ja sånn er det. De tar det vel for gitt på sykehuset at det skal gå bra.

David

David er 79 år og bor alene i eget hus. En enslig yngre bror bor i nabohuset på samme gård, ellers har han ikke nær familie. David og broren har drevet gården sammen, men etter at David ble syk gjør broren arbeidet alene. Det tar cirka 1,5 timers kjøring til nærmeste sykehus. David fikk stilt kreftdiagnosen for omtrent seks måneder siden og fikk da fjernet en del av tarmen. Han er i dårlig forfatning under intervjuet, men insisterer på å gjennomføre det.

Leve i spenning

David snakker innledningsvis mye om inngrepet og tiden etter som var svært smertefull. Nå er det cellegiften han setter sin lit til. Han oppfatter at han kjøper seg mer tid gjennom behandlingen. Han forteller også om sin mor som døde av kreft: – Hun hadde det ikke bra stakkars. Og så mager som hun ble – men hun fikk ikke cellegiftbehandling. Det er bedre i dag.



GOD HJELP: Syke kan mangle matlyst og er heldige om de har noen som passer på at de får i seg nok mat. Illustrasjonsfoto: Colourbox

David har også gått mye ned i vekt: – Jeg greier ikke å spise så mye. Maten smaker ingenting. Buksa er blitt stor ja. Men det blir vel bedre når jeg er ferdig med denne giften.

Slitsomme behandlingsreiser

I likhet med de andre informantene beskriver han personalet ved poliklinikken som snille og hjelpsomme. Han sier han er svært takknemlig for at broren kjører ham til sykehuset, slik at han slipper å ta drosje når han føler seg så elendig.

Føle seg utmattet

David sier at slitenheten er det verste med sykdommen. Han har ikke krefter til å gjøre stort på egen hånd. Han er avhengig av broren når det gjelder daglige gjøremål som for eksempel matlaging, og sier: – Jeg spør han ikke om det, han gjør det bare. Så må jeg være fornøyd og spise, for det er et stort under at han har lært seg å lage middag.

Han er tydelig redd for å være en belastning for broren: – Det er synd at broren min må slite med meg – våren er en travel tid her på gården, og da har jeg hjulpet til. Nå må han gjøre alt. Uff stakkars han.

Emmi

Emmi er 70 år, og ble enke for ti år siden. Hun bor alene i en større bygd cirka fire timers reise fra behandlingsstedet. En sønn og hans familie bor i

nærheten. Emmi fikk kreftdiagnose for ni år siden, og var frisk i tre år før hun på ny fikk diagnosen. Hun gjennomgikk omfattende behandling og har vært «kreftfri» inntil hun fikk tilbakefall for omtrent seks måneder siden. På intervjudispunktet får hun en cellegiftkur hver måned.

Leve i spenning

Emmi har levd med kreftsykdom lenge, og forteller om mange sjokkopplevelser. Hun er følelsesladd når hun snakker om erfaringene, men legger mest vekt på de gode dagene. Da hun første gang fikk diagnosen for ni år siden hadde hun nylig blitt enke. Det var påvist kreft i hjernen. Denne perioden var spesielt krevende fordi hun måtte stå på for å få god behandling. Hun sier: – Du skjønner det at jeg var redd for å bli sittende som en grønnsak. Det sto for meg som et mareritt, og jeg tenkte at nå var det bare å stå på. Jeg ble forbanna, og så kontaktet jeg pasientombudet. Jeg hadde det inntrykket at hvis en er over 60 år, så er en ikke verd noe. Får en kreft så kan en dø. Synes de var så likegyldige og kalde.

Emmi var frisk i tre år før hun fikk en ny kreftdiagnose, denne gangen i underlivet. Hun gjennomgikk en omfattende behandling og var «kreftfri» inntil hun fikk tilbakefall for cirka et halvt år siden.

Hun har forsøkt å etterleve alle anmodninger og har fått bra oppfølging av spesialister. Hun sier hun ofte undrer seg over hvor hun finner styrken: – Det

har vært så mange nedturer skjønner du, og i perioder har jeg følt at jeg har gått ved siden av meg selv. Men så har jeg greid å komme meg, og så har det dukket opp noe nytt, og så har livet rast sammen igjen, sier hun.

«Han er redd for å være en belastning for broren.»

Selv om hun lever i denne ubalansen har hun et sterkt håp og en ukuelig livsvilje. Hun håper cellegiften kan gi henne flere gode dager. Hun trekker fram gode minner om egen barndom og sier hun finner en ro ved å sitte og se utover sjøen.

Slitsomme behandlingsreiser

Emmi får sin cellegiftbehandling ved et sykehus i et annet fylke enn sitt bosted, og får derfor ikke dekket reisene. Reglene er slik sier hun, og da må hun betale en nokså stor egenandel: – Helvete braut laus da de fant oljen her i Norge – nå har vi ikke råd til noen ting.

Reisene til sykehuset er strevsomme for henne fordi hun ofte blir kvalm: – Da jeg skulle hjem etter siste kuren så holdt det på å gå riktig galt. På fergen var jeg så kvalm at jeg måtte stenge meg inn på klosett og kastet opp på hele fergeturen. Det er fælt.

Fra hun reiser hjemmefra til hun er hjemme igjen tar det 15 timer. Hun står opp klokken seks og turen starter klokken åtte, og er hjemme igjen rundt klokken 23 om kvelden. Hun reiser med buss fordi hun ikke har råd til drosje. Selv om reisen er lang og krevende ønsker hun ikke å være igjen på sykehuset og hvile seg. Det har hun ikke vurdert. Hun kan ikke tenke seg å være lenger på sykehuset enn hun må.

Føle seg utmattet

Hjemme igjen, etter kuren, er hun utslitt og ute av stand til å gjøre stort. Hun forteller at hun ikke gjør så mye, hun gjør det hun greier og tar dagene som de kommer. Hun er urolig over vekttapet, men forsøker å spise litt hver dag. Hun sier: – Munnen er som sandpapir, men håper dette går over. Kroppen er pakket full av gift.

Diskusjon

Informantene våre sier mye om hva som påvirker livet deres på godt og vondt. Imidlertid forteller de også hvordan vi som helsepersonell kan bedre deres opplevelse slik at målet med den livsforlengende

behandlingen – god livskvalitet – blir nådd. I vår studie er informantene overlatt til seg selv mellom behandlingene på poliklinikken. Dette blir spesielt tydelig med hensyn til de store vekttapene, som igjen kan lede til økt risiko for komplikasjoner. Foruten personalet ved poliklinikken var det ingen der til å informere om symptomer, bivirkninger eller hvordan de skulle forholde seg til plagene. Mangel på tilstrekkelig informasjon kan øke både angst og usikkerhet for framtida (Selman mfl. 2009).

Tidligere forskning antyder at eldre med inkurabel kreftsykdom og som lever alene i utkantstrøk må «gå den palliative veien» alene, og at de i stor grad må stole på hjelp fra familie og venner (Bedard mfl. 2004). Som Robinson med kolleger (2009) hevder, ser erfaringene hos dem som må pendle til poliklinisk kreftbehandling ut til å være neglisjert. Pendling til behandling kan betraktes som en del av den rurale livsstilen, men disse pasientene vil stå i en særskilt krevende situasjon. Våre informanter fortalte om en utmattelse og svakhet som nok er vanlig hos kreftpasienter som får cellegift, men pendlingen til poliklinikken framstår som en betydelig tilleggsbelastning.

Alle informantene fortalte om vanskelige og krevende reiser som tappet energi, og som kan bidra til økt risiko for infeksjoner og en generell forverring av helsetilstanden (Cimino 2003). På en annen side kan pendlingen se som et nødvendig kompromiss for å kunne fortsette å bo hjemme og være i et miljø som nettopp fremmer livskvaliteten. Selv om funnene synliggjør pendlingen som en ytterligere byrde, verdsetter pasientene utvilsomt muligheten til å få cellegiftbehandling. Mer forskning er påkrevd når det gjelder pendlingens påvirkning hos sårbare pasientgrupper.

Parallelt med slitsomme behandlingsreiser beskriver informantene betydelige vekttap og appetittløshet. Eldre i utkantstrøkene mottar langt mindre hjelp fra det offentlige helsevesenet enn de som bor i mer urbane strøk (Goodridge mfl.2010, Cinnamon 2009), og støtter seg i større grad til uformelle hjelpere (Coward mfl.1990). Dette er i tråd med våre funn som indikerer at de eldre har få formelle tjenester og at de ikke oppfatter offentlig hjelp som anvendelig (Crawford 2000). Selman mfl.(2009) hevder at den formelle palliative omsorgen spiller en avgjørende rolle når det gjelder å optimalisere livskvaliteten hos disse personene.

Det norske helsevesenets intensjon er å yte gode helsetjenester uansett hvor folk bor – men studien viser at målet ikke er så lett å innfri. Trenden er økende sentralisering av kompetanse, mer poliklinisk

Den kreftrammede sin livskvalitet står sentralt når livsførelgende behandling vurderes. Disse pasienthistoriene er viktige påminnere om ansvaret helsepersonell har for å påse at pasienter ikke påleg-

ges for stort ansvar for egen helse og velferd. Funnene synliggjør også betydningen av samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell og nivå i tjenesten. ■

Referanser

Bedard M., Koivuranta A., Stuckey A. (2004) Health impact on caregivers of providing informal care to a cognitively impaired older adult: Rural versus urban settings. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 9: 15-23

Cimino J.E. (2003) The role of nutrition in hospice and palliative care of cancer patients. *Topics in Clinical Nutrition*, 18: 154-61

Cinnamon J., Schuurman N., Crooks V.A. (2008) A method to determine spatial access to specialized palliative care services using GIS. *BMC Health Services Research*, 8: 140-51

Coward R., Cutler S.J., Mullens R.A. (1990) Residential differences in the composition of the helping networks of impaired elders. *Family Relations*, 39: 4-50

Crawford G.B., (2000) Palliative care on Kangaroo Island. *Australian Journal of Rural Health*, 8: 35-40

Doyle D., Hanks G.W.C., McDonald N. (1998) *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press

Goodridge D., Lawson J., Rennie D., Marciniuk D. (2010) Rural/urban differences in health care utilization and place of death for persons with respiratory illness in the last year of life. *Rural Remote Health*, 10: 1349-64

Graneheim U.H., Lundman B. (2004) Qualitative content analysing in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24: 105-12

Robinson C.A., Pesut B., Bottorff J.L. mfl. (2009) Rural palliative care: a comprehensive review. *Journal of Palliative Medicine*, 12: 253-8

Selman L., Higginson J.J., Agupio G. mfl. (2009) Meeting information needs of patients with incurable progressive disease and their families in South Africa and Uganda: multicentre qualitative study. *BMJ*, 338: b1326

Montebellosenteret ligger i flotte omgivelser like ovenfor Lillehammer, er nylig opprustet og utvidet og framstår med god hotellstandard uten institusjonspreg. Montebellosenteret er en nasjonal helseinstitusjon for kreftpasienter og deres pårørende.



«Kreftsykdom handler om mer enn fysiske plager. Det handler om livet videre»

Kursopphold ved Montebellosenteret er for de som har eller har hatt kreft. Alle kursene er tilrettelagt med faglig innhold og fysisk aktivitet. Det vektlegges sosialt fellesskap, rekreasjon og fritid i alle kurs.

På **mestringskurs** treffer deltakere andre som er i mest mulig samme situasjon som seg selv. **Temakurs** har fokus på tema som er felles, uavhengig av krefttype. Temaene er blant annet Ernæring og fysisk aktivitet, En del av hverandres liv og Seksualitet og kreft. **Familiekursene** skal gi familien hjelp til å mestre en ny og endret livssituasjon og kommunisere åpent og direkte med hverandre.

Mer informasjon finner du på www.montebello-senteret.no eller kontakt oss på e-post eller telefon.

Montebellosenteret, Kurstedvegen 5, 2610 Mesnali
Tlf 62 35 11 00, post@montebello-senteret.no
www.montebello-senteret.no



Tilbudet er landsdekkende og det søkes direkte til MBS.



www.direktor.no Foto: Odd Hveem

Rehabilitering for kreftpasienter – hvorfor det?



Det er viktig at alle som overlever kreft får et tilbud om rehabilitering i kommunen der de bor, skriver generalsekretær i Kreftforeningen Anne Lise Ryel.

Kreftforeningen har i mange år ønsket å styrke rehabiliteringstilbud til kreftpasienter. I 2007 samlet vi inn midler gjennom Krafttak mot kreft som gikk til forsknings- og utviklingsprosjekter innen rehabilitering. Disse midlene ble blant annet brukt til å finne ut at palliative pasienter ønsker tilbud om trening i kommunen og at unge mennesker som har vært igjennom kreftbehandling har god nytte av rehabiliteringsopphold hjemmefra.

Vi er glade for at vi skal få en ny kreftstrategi hvor vi har store forhåpninger om at seneffekter og rehabilitering blir tatt på alvor. I høringsforslaget til ny strategi foreslås det at nasjonale handlingsprogrammer for kreftdiagnoser heretter vil inkludere oppfølging av kreftpasienter etter behandling. Pasienter skal få økt kunnskap om seneffekter, samt informeres om viktigheten av fysisk aktivitet og ernæring. Det skal gis rehabiliteringstilbud til alle som trenger det. Det er i år for første gang blitt avsatt midler på statsbudsjettet til å styrke blant annet mestrings- og treningstilbud som Vardesentrene og Pusterommene ved universitetssykehusene. Vi er stolte av å ha vært pådrivere for å få Vardesentersatsningen på beina.

Bakgrunn

Årlig får over 28 000 nordmenn stilt en kreftdiagnose. I dag overlever to av tre pasienter som får en kreftdiagnose. Det skyldes bedre diagnostisering og behandling. Det lever 200 000 personer i Norge i dag

som kan kalle seg kreftoverlevende: De lever fem år eller mer etter at kreftdiagnosen ble stilt. Mange av dem har brukt lang tid på komme tilbake til «normalen» og flere må tåle å leve med seneffekter.

Kreftsykdommen og den tøffe og langvarige behandlingen er for mange pasienter en stor fysisk og psykisk utfordring. For å komme seg etter behandling kreves det innsats av pasienten på flere områder: de skal trene seg opp fysisk, de skal komme seg videre mentalt, og de skal håndtere utfordringer igjen som jobb og andre sosiale settinger.

I 2011 ble det laget to rapporter fra Helsedirektoratet som viser hva som må gjøres med hensyn til både seneffekter og rehabiliteringstilbud til kreftpasienter. Dette er positive skritt i riktig retning. Men hva mer trengs for å imøtekomme kreftpasienters rehabiliteringsbehov?

Behovet for rehabilitering

Kreftforeningen har i samarbeid med ti tilsluttete likemanns- og pasientforeninger gjennomført en spørreundersøkelse om rehabiliteringstilbud. Over 2500 som har eller har hatt kreft har besvart. Det ble spurt om behov og rehabiliteringstilbud.

Pasientene ønsker både informasjon om hva de kan gjøre selv etter endt behandling og hva de kan få hjelp til. Størst er behovet for mestring på det psykososiale området, mange ønsker å få snakke med noen som har vært i samme situasjon som dem selv. Et annet

Av Anne Lise Ryel,
generalsekretær i
Kreftforeningen



«Flere må få tilbud om rehabilitering der de bor.»

I FORM: Trim er bra, både under og etter behandling. Illustrasjonsfoto: Colourbox

stort behov er god informasjon om fysisk aktivitet.

Pasientene opplever at det er vanskelig å finne fram til egnet rehabiliteringstilbud og de fleste ønsker en plan for rehabiliteringsforløpet.

Undersøkelsen viser at følgende rehabiliteringstilbud er ønsket: samtale med likemann (63 prosent), samtale med en fagperson (53 prosent) og kurs (51 prosent). En stor andel som har hatt slike behov, har ikke fått dekket behovene.

Mange erfarer seneffekter etter kreft. De fleste erfarer fatigue (78 prosent), konsentrasjonsproblemer (63 prosent) og smerter (57 prosent).

De behovene som i minst grad er dekket: Hjelp til å forstå rettigheter, råd om kosthold og ernæring,

seksualveiledning, hjelp i hjemmet, selvhjelpsgrupper og organisert trening.

Ovennevnte brukerundersøkelse støttes av annen forskning gjort av Lene Thorsen «Cancer patients' needs for rehabilitation services» (Acta Oncologica 2011) og Fafo undersøkelsen «Kreftrammedes levekår» (2008).

Hensyn å ta

Behovet for rehabilitering i forbindelse med kreftsykdom og – behandling er individuelt og varierer i kompleksitet og innhold ut ifra diagnose, sykdomsbilde, behandlingsforløp, bivirkninger og seneffekter, livsstil, komorbiditet, fysisk, psykisk og sosial funksjonsevne,

økonomisk situasjon samt pasientens individuelle ønsker og mål. Det er derfor viktig å ta pasienten på alvor og gi individuell oppfølging.

Formålet med rehabilitering er å bevare best mulig funksjon- og mestringsevne. Mennesket ønsker å bevare både selvstendighet samt sikre en meningsfylt hverdag på tross av de utfordringer en kreftsykdom medfører. For å oppnå dette er det ønskelig å satse både på gjenopptrening og på forebyggende tiltak. Forebyggende tiltak i form av eksempelvis fysisk aktivitet, ernæring og røykeslutt. Videre trenger mange pasienter god psykososial oppfølging for å klare å gå videre i livet eller leve med kreften.

Mange av kreftpasientene skal tilbake i jobb etter kreftbehandling. Det er viktig at helsevesenet og NAV samarbeider best mulig om en god tilbakeføring til arbeidslivet for dem som kan ha arbeid som mål. Kompetansen om arbeidsliv og tilrettelegging er viktig for denne pasientgruppen.

Arbeidsgiver har plikt til å tilrettelegge så langt det er mulig for den som er syk. Nav har muligheter til å bistå med blant annet hjelpemidler hvis det skulle være nødvendig. Nav har også ulike tiltak og virkemidler for å prøve ut arbeidsevnen, arbeidstempo eller andre tiltak som kan være nødvendig i en overgangsperiode. Det anbefales derfor å få til en god dialog med arbeidsgiver og Nav, gjerne så tidlig som mulig i forløpet. Dette for at pasientene skal unngå å miste inntekt og bli avhengig av offentlige ytelser, som i det lange løp er «fattigdomsfeller».

Rehabilitering – definisjon og innhold

Rehabiliteringsmeldinga (St.meld. nr. 21 (1998–1999)

Ansvar og meistring) beskriver rehabilitering som:

En tidsavgrenset, planlagt prosess med klart definerne mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi den nødvendige bistand til/tilrettelegging for en bruker i hans eller hennes innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse.

Her vektlegges en aktiv brukermedvirkning og individuell tilnærming. Den viktigste aktøren er brukeren selv. Pårørende og annet sosialt nettverk spiller også en svært viktig rolle i prosessen.

Kreft berører pasientens livskvalitet på mange områder. I retningslinjer for palliativ medisin innlemmer WHO dimensjonene fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt i definisjonen av livskvalitet. WHO's fire dimensjoner i livskvalitet kan brukes for å illustrere helhetlig rehabilitering. (Se figur.)

Rehabilitering må ta utgangspunkt i brukerens situasjon og ressurser, samt kreftsykdommens omfang og fase.

Hva viser forskning?

Det er god evidens på at fysisk aktivitet under og etter kreftbehandling har positiv effekt på fatigue, fysisk funksjon og livskvalitet. Preliminære resultater viser også at kognitiv terapi har positiv effekt på livskvalitet for kvinner som er operert for brystkreft.

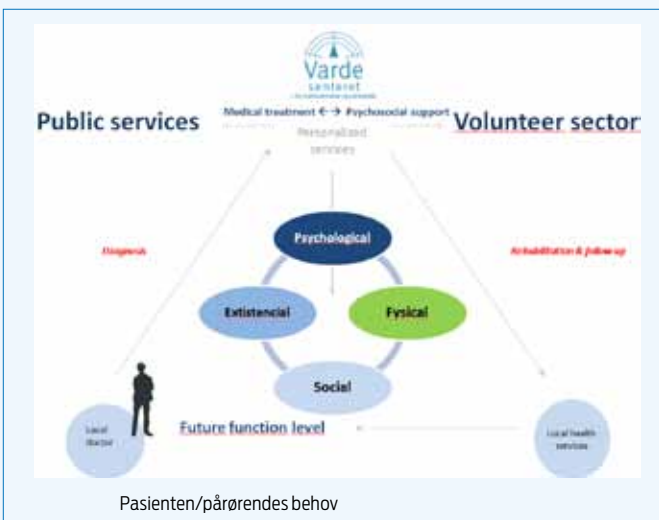
Løsninger

Dersom vi får på plass handlingsprogrammer som inkluderer tiltak for kreftpasienter etter behandling, vil det være lettere for pasienter og deres fastleger å diskutere hva som må gjøres for at pasienten skal leve et best mulig liv videre.

Kreft er cirka 200 ulike diagnoser. Kreftbehandlingen er svært ulik og kan involvere operasjoner, stråling og cellegift. Behovet for rehabilitering vil variere. For noen pasienter vil grensene mellom hva som er behandling og hva som er rehabilitering være marginale. Det finnes derfor ikke én oppskrift som passer for alle. Likevel må tilbud gis, og de må være knyttet til det enkelte pasientforløp.

Flere må få tilbud om rehabilitering der de bor. Fysisk aktivitet med bistand fra fysioterapeut, kurs eller veiledning i ernæring fra fagpersonell, samt tilbud om samtaler med fagpersoner som kan noe om kriser bør tilbys gjennom kommunene. Et annet viktig område er samtale med likemenn.

Kreftforeningen vil med dette utfordre kommunene til å ta i bruk de nye frisklivssentralene for å gi kreftpasienter et rehabiliteringstilbud. ■



Etterlyser lik informasjon til alle

Kreftpasienter bør få bedre informasjon om rehabilitering, mener arbeidsgruppen bak en ny rapport laget for Helsedirektoratet. Rapporten inneholder også en rekke andre anbefalinger.

Viktige mål for rehabiliteringsprosesser for personer som har eller har hatt kreft, er å forbedre livskvaliteten med maksimal mestring og minimal avhengighet, uavhengig av forventet levetid.

Utgangspunktet for at Helsedirektoratet i 2011–2012 har utarbeidet rapporten: «Rehabiliterings tilbudet til pasienter med kreft – Kartlegging og anbefalinger» er erfaringer som tilsier at rehabilitering av kreftpasienter har hatt lav oppmerksomhet, både når det gjelder kartlegging av behov – samt strategier og vedtak rundt organisering, metoder og tiltak.

Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter fra regionale helseforetak, Kreftforeningen og Helsedirektoratet. Deres oppgave var å kartlegge situasjonen og gi anbefalinger om eventuelle nye tiltak.

Rapporten konkluderer blant annet med at kunnskapsgrunnlaget om effekten av rehabilitering generelt er for dårlig – og arbeidsgruppen anbefaler stimulering til forskning om både behov for og nytten av rehabilitering til kreftpasienter.

Behov for enkel informasjon

Kunnskapscenteret utførte i 2009 en brukerundersøkelse (PasOpp 1/2010) om kreftpasienters erfaring med somatiske sykehus. Det var 64 prosent som svarte at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om rehabilitering. Dette samsvarer med andre undersøkelser blant norske kreftpasienter.

For å sikre at alle får likeverdig mulighet til å etterspørre et rehabiliteringstilbud påpeker arbeidsgruppen et behov for at det utarbeides en enkel informasjon til pasienter og pårørende som bør inneholde: Hva er rehabilitering? Hva er aktuelle mål og nytte av en

rehabiliteringsprosess for de forskjellige aldersgrupper – og hvor finnes det aktuelle tilbud til den enkeltes behov. Informasjonen må være lett tilgjengelig på alle sykehus der kreftpasienter får behandling.

Tilbake i jobb

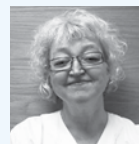
Rapporten inneholder et eget kapittel om rehabilitering med arbeid som mål. Det er behov for å spre erfaringer fra rehabiliteringsinstitusjoner som har gjennomført rehabiliteringsprosjekter med arbeid som

«Informasjonen må være lett tilgjengelig på alle sykehus.»

mål, slik at flere med behov for rehabiliteringsforløp med sikte på arbeid kan få nødvendig bistand.

Barn og unge

Rapporten peker på behovet for bedre koordinerte tverrsektorielle og planlagte pasientforløp, spesielt for barn og unge, og anbefaler at det utarbeides egne nasjonale retningslinjer for oppfølging av barn og unge med kreft og deres familier. Videre oppfordres til økt informasjon om og bruk av individuell plan til kreftpasienter. ■



Av Marte Wolden

Les hele rapporten

Rapporten er nyttig lesning kan lastes ned her:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rehabiliteringstilbudet-til-pasienter-med-kreft>

Hjelper mennesker

Kreftrammede lærer om kosthold og mosjon og de får gode samtaler. Målet er å hjelpe dem til økt livskvalitet, skriver Mette Rønning og Line Oldervoll som jobber ved Røros Rehabilitering.



Av Line Oldervoll, forskningsleder, Røros Rehabilitering

2008 kom de første kreftpasientene til Røros Rehabilitering. I perioden fra sommeren 2008 til høsten 2012 har nær 500 pasienter deltatt i arbeidsrettet rehabilitering. Tilbudet har vært finansiert av Raskere tilbake-midler fra Helse Midt-Norge og i perioder via NAV, og målgruppen har derfor vært kreftpasienter i yrkesaktiv alder. Fra oktober 2012 er tilbudet utvidet til personer som ikke er i yrkesfør alder eller som er uføretrygdet.

Tilbudet om rehabilitering til kreftpasienter i Norge har vært begrenset og står i sterk kontrast til rehabiliterings-tilbudene som eksisterer for pasienter med hjerte- og lungelidelser og andre grupper. Det er behov for å undersøke hvilke kreftpasienter som trenger tverrfaglig rehabilitering i etterkant av syk-

til økt livskvalitet



Treningsråd etter langvarig sykdom

- Planlegg dagen og uka
- Ikke start for hardt, gjør deg erfaring med hva kroppen tåler
- Restitusjon og kosthold er også viktig
- Finn tid til hvile i hjemmesituasjonen
- Finn tid til jobb, venner, familie og husarbeid
- Finn din aktivitet, en aktivitet som gir deg glede, er gjennomførbar, sosial og trivelig
- Det er farligere å la være å trene enn å trene!

dom og behandling. Det er trolig sammenheng mellom hva slags funksjonstap og seineffekter pasientene opplever og behov for «sammensatt» rehabilitering.

Hvorfor rehabilitering?

Forekomsten av kreft øker, men flere blir friske enn

for noen år tilbake eller lever lenger med kreftsykdom, blant annet på grunn av mer effektive behandlingsmetoder. Imidlertid kan sykdom og behandling medføre akutte plager eller seineffekter som trøtthet, lymfødem, smerter, ulike funksjonstap i indre organer og muskel-skjelettsystemet, perifer nerveskade, konsentrasjonsvan- sker, ulike hjerte-karlidelser med mer.

Vår kunnskap om hvilke kreftpasienter som har



Av **Mette Rønning**,
kreftsykepleier



SUNN MAT: Senterets dyktige kokker lager sunn og god mat til folk som er på rehabilitering. Mat er en viktig del av rehabiliteringen, og deltakerne får undervisning i ernæring og praktisk veiledning på treningskjøkken. Foto: Christopher Olsson

behov for rehabilitering etter kreftbehandling er begrenset. Mange kreftpasienter oppnår relativt raskt funksjonsnivået de hadde før de ble syke og vil ha minimalt behov for støtte i rehabiliteringsfasen. Utfordringen er å finne de som mest trenger et rehabiliteringsopphold for å komme seg videre.

Våre metoder

Røros Rehabilitering er et av få gruppebaserte hel-døgnstilbud innen spesialisert kreftrehabilitering i landet.

3+1: Tilbudet vårt er tredelt; først et treukers primær opphold – fulgt av en hjemmeperiode på 8–12 uker, deretter et ukelangt sekundær opphold. Deltakerne følger en timeplan som har fokus på psykisk helse, fysisk aktivitet, kosthold og arbeidsliv. Nå som tilbudet også vil omfatte uføretrygdete og alderspensjonister, vil noe av innholdet i kurset etter hvert endres i forhold til deres behov.

Temaene som tas opp er valgt ut fra de antatte behov kreftdeltakerne har ved ankomst til Røros Rehabilitering. Temaene omhandler psykisk helse, som krisereaksjoner, mestring av psykiske og fysiske reaksjoner på langvarig stress og hvordan bli mer bevisst på hva en bruker kreftene på.

Fysisk aktivitet er et annet viktig område, og treningslære inngår i timeplanen. Kunnskap om fatigue er også nødvendig. I motsetning til tidligere, hvor rådet var mer hvile, er tilpasset trening nå ansett som den beste «medisin» mot fatigue. Lege

underviser spesielt i dette emnet, hvor pårørende også kan delta.

Informasjon om kosthold har en sentral plass. Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner ligger til grunn. Senteret har egen ernæringsfysiolog som både har gruppeundervisning og individuelle konsultasjoner. I tillegg får deltakerne praktisk veiledning på treningskjøkken med kokk.

Sosionom underviser i temaer knyttet til arbeidsliv og rettigheter og har egne konsultasjoner for dem som trenger det.

Metodene varierer mellom interaktiv undervisning, gruppearbeid, gruppesamtaler, treningsøker, egendefinert tid, individuelle samtaler etter behov. Vi introduserer ulike treningsformer for deltakerne slik at de kan finne aktiviteter som passer for seg. Eksempler på fysisk aktivitet er stavgang, turer i fjellet av ulik lengde, bassengtrening, avspennings-teknikker, aktiviteter i gymsal, styrketrening, spinning, sykkeltureturer og skiturer. All aktivitet avpasses til den enkeltes forutsetninger, gjennomførbarhet er viktig. Vi arbeider med å ufarliggjøre trening, og vi setter fokus på betydningen av restitusjon. Oppholdet – med en timeplan fra cirka kl. 8.30-15.00 blir på mange måter en test på hvordan formen er – det likner litt på en arbeidsdag.

Kognitiv metode er et «verktøy» vi introduserer for deltakerne. Denne metoden ligger til grunn for all klinisk virksomhet ved senteret. Tanker, følelser

og handlinger virker inn på hverandre. Bevisstgjøring av disse mekanismene kan gi deltakerne innsikt i egne tankemønstre og gi mulighet for endring.

Tverrfaglig team. Kreftdeltakerne møter primært et team bestående av sykepleiere, fysioterapeuter og leger. Vi samarbeider tett med ernæringsfysiolog, sosionom, psykolog, ergoterapeut, bioingeniør og kokk.

Likemannsprinsippet fungerer også som en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Bare den som selv har hatt kreft kan vite akkurat hvordan det er, selv om det naturligvis ikke oppleves likt for alle. Mye bearbeiding foregår på ettermiddag og kveld, i tillegg til et betydelig innslag av humor.

Pårørende inviteres til en egen pårørendedag i løpet av oppholdet. De som kommer følger da deltakerens timeplan. I tillegg er det lagt opp til en egen gruppesamtale bare for pårørende. Sykepleier leder gruppen hvor de pårørendes behov står i sentrum. Sykepleier kan også ha samtale med pårørende individuelt ved behov og noen ganger parsamtaler.

Kreftrammede som kommer til Røros Rehabilitering skifter fra å være «pasient» til å være «deltaker». I dette ligger et paradigmeskifte; fra å defineres ut fra en ofte passiv pasientrolle, skal kreftpasientene nå være aktive deltakere i egen rehabiliteringsprosess. Kreftdiagnosen er i utgangspunktet fellesnevneren for deltakerne. Når de kommer til rehabilitering, er det viktig å skifte fokus fra sykdom og behandling til mestring av de konsekvenser dette har medført for funksjonsnivå i hverdagen.

Resultater og funn

Hvem kommer og hva oppnår deltakerne med oppholdet?

Vi anbefaler at det går omtrent 6 – 8 uker fra primærbehandlingen er avsluttet til rehabiliteringsoppholdet starter. Årsaken til dette er at det kan bli for krevende å følge rehabiliteringsprogrammet hvis man starter før kropp og sjel har fått en rekreasjonsfase etter behandling. Andre kommer opp til flere år etter primærbehandling. Ofte er fatigue og redusert arbeidsevne grunnen til at de søker hjelp. Atter andre lever med kreft og trenger et «løft» for å mestre hverdagen. Noen kan også ha nytte av tilbudet mellom behandlingsformer for å bygge seg opp til neste behandlingsrunde, for eksempel i tiden mellom neoadjuvant cytostatikabehandling og kirurgi. Deltakerne kommer i særlig grad fra Midt-Norge, men senterets tilbud er åpent for alle.

Første gruppe kom til Røros juni 2008 og i perioden til og med september 2012 har 46 grupper med til sammen 471 deltakere fått tilbud. 78 prosent av deltakerne har så langt vært kvinner (22 prosent menn). Gjennomsnittsalderen for både menn og kvinner var 52 år. Majoriteten (49 prosent) av deltakerne var kvinner med brystkreft. Omtrent 8 prosent av deltakerne hadde ulike typer lymfekreft,

«Vi arbeider med å ufarliggjøre trening.»

7 prosent mage-/tarmkreft, 5 prosent underlivskreft og 4 prosent lungekreft. Cirka 26 prosent hadde andre ulike kreftdiagnoser.

De fleste deltakerne var henvist av primærlegen (n = 267), mens en god del var henvist direkte fra ulike kreftavdelinger (n = 129). I 2008 og 2009 hadde senteret avtale med NAV, og i den perioden ble 75 deltakere henvist derfra.

Fra 2008 til 2010 gjennomførte vi en pilotstudie for å undersøke hvem som benyttet seg av tilbudet og hvilke selvrapporterte endringer rehabiliteringsoppholdet medførte.

Tall fra de to første årene viste at:

- 56 prosent av deltakerne kom i løpet av det første året etter diagnosen
- 27 prosent mellom 1 og 3 år etter diagnosen
- 18 prosent kom 3 år og mer etter primærdiagnosen

172 kreftpasienter fikk tilbud om rehabiliteringsopphold i denne perioden. 164 deltakere ble inkludert i forskningsprosjektet (fire møtte ikke til oppholdet og fire deltakere ønsket ikke å være med i forskningsprosjektet). Svarprosenten ved seks måneders oppfølging var 86 prosent (n = 141). I tillegg var det 4 prosent (n = 6) som døde i løpet av perioden og 10 prosent (n = 17) som ikke svarte av ukjent årsak.

Deltakerne svarte på spørreskjema om fatigue, helserelatert livskvalitet og arbeidssituasjon ved ankomst primæroppholdet, ved ankomst sekundæroppholdet og et halvt år etter avsluttet opphold. Ved ankomst til primæroppholdet hadde deltakerne høyt nivå av fatigue (trøtthet) og dårligere helserelatert livskvalitet enn normalbefolkningen. Når de kommer tilbake til sekundæroppholdet, viser resultatene klar signifikant og klinisk bedring i helserelatert livskvalitet og reduksjon av fatigue. Detaljerte opplysninger fra denne studien er nylig

publisert i Acta Oncologica (1). Nivået holdt seg stabilt et halvt år etter. Sammenliknet med data fra normalbefolkningen viser data fra vår undersøkelse at kreftpasientene kommer tilbake på samme nivå som normalpopulasjonen etter rehabiliteringsperioden og at nivået holder seg stabilt ved seks måneders oppfølging. I tillegg har også cirka 50 prosent av deltakerne økt arbeidsdeltakelse et halvt år etter rehabiliteringsperioden.

Uavhengig av om deltakerne var «kronikere» (> 2 år etter diagnose) eller «nysyke» (< 2 år etter diagnose) fant vi samme signifikante bedring på fatigue, fysisk og emosjonell fungering. De som levde med kronisk sykdom rapporterte signifikant mer fatigue og dårligere fungering ved innkomst til rehabiliteringsperioden, men det var ingen forskjell mellom gruppene ved seks måneders oppfølging.

Hva sier deltakerne selv?

Mange beskriver et vakuum etter endt behandling. Fra å ha vært i tøff behandling og hyppig kontakt med helsevesenet, er de plutselig overlatt til seg selv med en kontrolltime om noen måneder som neste holdepunkt. Mange har ikke fått bearbeidet det de har vært igjennom, og sliter med ubesvarte spørsmål. Flere beskriver en følelse av å være alene med sine følelser og opplevelser, og har utbytte av å høre at andre har tilsvarende tanker. Mange uttrykker:

«På Røros er det trygghet og samhold, jeg møter andre som forstår.»

Vi hører ofte deltakere beskrive sitt møte med omverdenen på samme måte. Når behandlingen er avsluttet og håret kommet tilbake, er forventningene om å være som før tilstede. «Du ser så godt ut, du har vel begynt å jobbe igjen?» Mange sliter med dette misforholdet; det vises ikke utenpå hvordan du har det inni. At deltakerne har egne forventninger og krav til seg selv om å fungere 100 prosent er også vanlig.

Deltakerne har ikke bare kreftsykdommen i «bagasjen» – det kan også være andre somatiske sykdommer, angst, depresjon, problemer i familien, vansker i arbeidslivet med mer:

«Jeg har ikke hatt tid til å tenke på meg selv og det at jeg har fått kreft, all min tid og energi går til familien.»

De aller fleste har derfor udekte behov innen den psykiske helsen. Bearbeidingen av forhold rundt sykdom og behandling er ikke nødvendigvis ferdig selv om selve behandlingen er avsluttet. Det er ofte behov for informasjon om sykdom, behandling og ettervirkninger.

«Det er så godt å være her, omgitt av flinke fagfolk som ser hva vi trenger»

Ulike former for stress kan prege deltakerne. Frykt for tilbakefall, endret selvbilde, endringer i roller i familien, tanker omkring funksjon i jobben er alle stressorer.

Vi hører ofte uttrykk som: «Jeg har blitt mer bevisst på hva som virkelig betyr noe for meg. Jeg skal bli flinkere til å sette grenser og å skille mellom hva som tapper og hva som gir energi»

Mange er opptatt av hvilke konsekvenser sykdomsperioden har medført for de pårørende, i særdeleshet for barn og unge:

«Jeg har dårlig samvittighet for at jeg er sliten hele tiden. Jeg greier ikke å være den mora jeg burde være.»

Etter all behandling har også kroppen behov for gjenoppbygging. Alle er opptatt av å komme i bedre fysisk form. Mange sliter med energinivået, og fatigue er vanlig. Totalbelastningen blir for stor, mange presser seg for hardt. Mange sier:

«Jeg vil ha tilbake livet mitt som det var før kreften.»

Ofte handler oppholdet ved RR om å endre målsetting og senke forventningene. Noen lurer på hvor mye de kan «ta i» ved trening. Kan noe være skadelig? Andre har fysiske begrensninger som trenger tilrettelagte aktivitetsopplegg. Rett type trening og riktig intensitet på aktivitet spiller en viktig rolle, likedan betydningen av restitusjon. Vanlige utsagn er:

«Jeg har fått tilbake bevegelsesgleden, jeg tør å bruke kroppen min igjen.»

«Jeg er mindre sliten og nedstemt etter oppholdet ved Røros Rehabilitering.»

Kosthold og ernæring er et annet viktig område som opptar mange. Enkelte deltakere har fått ernæringsrelaterte problemer etter kreftbehandlingen, som uønsket vektreduksjon eller -økning, tygge- og svelgeproblemer, diaré etc. Et riktig sammensatt kosthold kan dessuten bidra til forebygging av ny kreftsykdom og andre sykdommer som hjerte-kar og diabetes. Ved avsluttet opphold uttaler mange når de skal evaluere om de har nådd sine mål at:

«Jeg har fått økt bevissthet rundt kosthold og måltidsrutiner.»

Mange er svært opptatt av å komme raskest mulig tilbake til arbeidslivet. Hva er ønsket arbeidssituasjon? Skal deltaker tilbake til samme type jobb? Når er det best å starte, og i hvilken stillingsprosent? Er det hensiktsmessig med tilrettelegging av

arbeidsoppgaver på samme arbeidssted? Hva med de økonomiske konsekvensene av kreftsykdommen og behandlingen? Spørsmålene kan være mange og det kan gjøre godt å få hjelp til sortering av muligheter og kontakt med arbeidsgiver eller NAV.

«Det er godt å ha fått hjelp til hvordan jeg skal starte å jobbe igjen og også den økonomiske biten. Føler jeg har funnet roen og oversikten over det jeg har slitt med.»

Rehabiliteringsoppholdet bidrar til økt kunnskap om rettigheter og muligheter for tilpasning og gradvis tilbakeføring til arbeid.

Veien videre for deltakerne

Et opphold ved Røros Rehabilitering kan oppleves som å leve i ei «boble» hvor det meste er tilrettelagt. Vi tror imidlertid at deltakerne har lært, har en overføringsverdi til dagliglivet hjemme. Å finne tid til trening, riktig kosthold og ikke minst nok hvile når hverdagen melder seg, kan være en utfordring. Hvilke tilbud som finnes i den enkelte kommune varierer.

Eksempler på aktuelle støttespillere i hverdagen hjemme:

- Kreftforeningens ulike tilbud, som treningskompis, livslystkurs, treningsmuligheter i samarbeid med treningssentra.
- Dagrehabilitering.
- Kreftsyepleiere, kreftkoordinatorer.
- Pusterom.
- Vardesenter.
- Arbeidsgiver.
- NAV.

Veien videre for kreftrehabilitering

Samhandlingen mellom primærhelsetjenesten, 2. linjetjenesten og ulike rehabiliteringstilbud for kreftpasienter bør bli bedre. Helsemyndighetenes mål om at pasienten skal oppleve en sammenhengende behandlingkjede krever praktiske tiltak.

Informasjon om og vurdering av rehabiliteringsbehov bør inn som en del av pasientforløpet ved alle sykehusavdelinger. Nå er det tilfældigheter som



PULS: Noen lurer på hvor mye de kan ta i når de trener. Foto: Christopher Olsson

avgjør hvem som søkes til Røros Rehabilitering ut ifra den enkelte avdeling eller behandlerens kunnskap om rehabiliteringstilbud – tilsvarende gjelder i primærhelsetjenesten. Konsekvensene er en skjevfordeling i den pasientpopulasjonen som får tilbud om rehabilitering, noe som er uheldig for så vel pasienter som for forskning rundt kreftrehabilitering.

Økt kunnskap om ettervirkninger av kreftsykdom og kreftbehandling er nødvendig. For en del leger er for eksempel fatigue et lite kjent begrep, noe som fører til underdiagnostisering. Fastleger og arbeidsgivere må også få mer kunnskap om og større forståelse for utfordringer knyttet til fatigue når personer med alvorlig sykdomshistorie bak seg skal tilbake i arbeid. ■

Mer informasjon

For mer info – ta kontakt med:
Mette Rønning, Røros Rehabilitering
Tlf. 72 40 95 00 eller e-post: mette.ronning@rorosrehab.no

Referanser:

Bertheussen GF, Kaasa S, Hokstad A, Sandmæl JA, Helbostad JL, Salvesen O, Oldervoll LM. Feasibility and changes in symptoms and functioning following inpatient cancer rehabilitation. *Acta Oncol.* 2012 Nov;51(8):1070-80. doi: 10.3109/0284186X.2012.699684. Epub 2012 Jul 19. PMID: 22809167 [PubMed - in process]

Lærer å leve med kreft

På Montebellosenteret lærer mennesker at kreft handler om mer enn plager. Det handler om livet videre, skriver artikkelforfatterne Torill Ensby og Maria Munsters.



Av Torill Ensby, senterleder ved Montebellosenteret

Montebellosenteret (MBS) er en nasjonal helsetilbudsinstitusjon, etter lov om spesialisthelsetjeneste § 3-8 p 4, for kreftpasienter og deres pårørende. MBS ligger i Ringsaker kommune, Hedmark Fylke, er opprettet av staten ved sosialdepartementet og det norske radiumhospital i 1990, og er organisert som en stiftelse.

MBS organiserer ukursopphold og tilbyr tre forskjellige hovedtyper av kurs: Mestringskurs tilrettelagt for diagnosegrupper, temakurs med fokus på tema som er felles, uavhengig av kreftform og krefttype og familiekurs for barnefamilier med fokus på å gi familien hjelp til å mestre en ny og endret livssituasjon.

Tilbudene ved Montebellosenteret er et tillegg til de andre rehabiliteringstilbudene som har avtaler med de regionale helseforetakene. Tilbudet er landsdekkende og søkere søker direkte til Montebellosenteret. Søknadsfristen er fire uker før kursstart for å komme med i første inntaksvurdering. Senteret kjennetegnes som moderne, uten institusjonspreg.

Mål for kursvirksomheten er at kursdeltakerne lærer å leve med endringer som følge av kreft, får nytt perspektiv på livet og henter fram nye krefter slik at de blir best mulig rustet til å møte livet videre. Den bærende idé for Montebellosenteret er at kreftsykdom handler om mer enn fysiske plager. Det handler om livet videre.

Samarbeidsrelasjoner

MBS har siden åpningen i 1990 hatt en faglig forankring i Det Norske Radiumhospital/Oslo universitetssykehus. Jan Vincents Johannessen, direktør/

daglig leder ved MBS, er tidligere direktør ved Radiumhospitalet. Samarbeidet er videreført med fornyet avtale med Oslo universitetssykehus fram til 2015. Avtalen omfatter en medisinsk faglig forankring ved å sikre MBS legetjeneste fra det onkologiske miljøet ved kreftklinikken. Avtalen sier også at MBS skal gis bistand til forskning, utvikling og metodeutprøving. Senterleder ved MBS er Torill Ensby.

Ansvarsforhold

Virksomheten er underlagt lov om spesialisthelsetjenester. Dette innebærer at MBS skal legge til rette for et helhetlig system som ivaretar lik tilgjengelighet og forsvarlige helsetjenester.

Pasienter som befinner seg på MBS har rettigheter etter pasientrettighetsloven, og har krav på de tjenester som følger av denne. Det føres pasientjournal og sendes tilbakemelding til henvisende instans. Samarbeid er etablert med kreftavdelingen ved sykehuset Innlandet Lillehammer om kreftfaglig behandling, samt at institusjonen har døgkontinuerlig beredskap.

Økonomi

Helse- og omsorgsdepartementet tildelte MBS i 2011 en økonomisk ramme på kr 26 340 000 for belastning gjennom folketrygden.

Fordelingsnøkkel var:

14000 oppholdsdøgn for pasient/pårørende

1200 oppholdsdøgn for friske søsken og barn som pårørende.

Egenandelen kr 153 pr. døgn for pasient og kr 102 pr. døgn for pårørende.

FYSISK AKTIVITET: På kurset «Ernæring og fysisk aktivitet» får deltakerne være med på forskjellige former for trim. Målet er å inspirere dem til å mosjonere når de kommer hjem. Foto: Montebellosenteret.



Barn ingen egenandel.

Senteret feiret 16. september 2010 sitt 20 års-jubileum sammen med den offisielle åpningen av nye Montebellosenteret. Dette representerte den hittil største utbyggingen ved senteret for nær 70 millioner kroner. Utbyggingen ble i sin helhet finansiert av gavemidler, hvor det største bidraget kom fra Lions Røde Fjær aksjonen og Kreftforeningens «Krafttak mot kreft» i 2004. Utbyggingen gjør at kursdeltakerne nå nyter godt av flotte arealer og flere tilbud. siden starten i 1990 er det til sammen investert nærmere 100 millioner kroner i gavemidler for å gi senteret den standard det har i dag.

Eiendommen

Eiendommen er på ca. 300 dekar og består av ca. 7.000 m² gulvareal. Ved vannet Sør-Mesna har MBS egen brygge og badeplass, to båthus, robåter, seilbå-

ter, kanoer med mer. Området har et godt utbygd sti- og løypenett helt opp til Sjusjøen og fjellområdene.

Hovedhuset er en gammel staselig trebygning oppført i dansk Herregårdsstil fra slutten av 1800 tallet, restaurert første gang i 1990-1993. Etter den siste ombygningen i 2007–2009 framstår senteret mer funksjonelt, moderne og med totalt 80 senger.

«Det handler om livet videre.»

Alle rom har eget bad og toalett. Senteret rommer også trivselsanlegg med varmtvannsbasseng, auditorium med audiovisuelt utstyr og plass til 100 personer, grupperom, oppholdsrom med flere stuer, bibliotek og andre rom. Nytt hovedkjøkken med eget matverksted og spisesal. Ny aktivitets- og treningssal med styrketreningsrom.



LÆRER OM ERNÆRING: En del av kurset «Ernæring og fysisk aktivitet - energibalanse i hverdagen» foregår i matverkstedet. Deltakerne lærer å tilberede enkle, sunne og gode retter. Foto: Montebellosenteret.

Personell

Fast fagstab består av sykepleiere, idrettspedagoger, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, onkolog og sosionom. To ansatte har forskerkompetanse utover doktorgradsnivå.

Senteret har faste avtaler med ernæringsfysiologer, psykologer, fysioterapeuter, familierapeuter og kreftsykepleiere. Helsepersonell med autorisasjon er pålagt å utføre de oppgaver som ligger innenfor de respektive profesjonsområdene når de er engasjert i oppdrag på MBS. Psykolog og klinisk spesialist Marianne Straume fra Senter for Krisepsykologi er en svært viktig faglig ressurs for å kunne gjennomføre familiekursene med ønsket kvalitet. Miljøarbeiderne innehar viktig kompetanse på barn og unge.

De forskjellige temakursene har faste samarbeidsavtaler med ressurspersoner og kompetansemiljøer for å få et kvalitetsmessig godt faglig innhold.

Kursdeltakere

I 2011 ble det arrangert 48 kurs. Til sammen har 2163 personer benyttet seg av tilbudet. Dette er fordelt på 1254 voksne med en kreftdiagnose, 706 pårørende/nærstående, 11 barn med kreft, 176 barn av voksne med kreft og 16 søsken av kreftrammede barn.

Kursdeltakere kommer fra alle landsdeler, noe som bekrefter senterets landsdekkende funksjon. Det kom forholdsvis flest fra Oppland, Akershus og Buskerud, mens det kom færrest fra Nord-

Trøndelag, Sør-Trøndelag og Rogaland.

Innhold kurstyper

De ulike kursene har forskjellig tilnærming, men alle hviler på sentrale elementer som: Fellesskap med samvær over tid. Kunnskap gjennom formidling, opplevelser, samtaler og erfaringsutveksling. Tid til ettertanke og refleksjon. Dette gir gode muligheter for nye perspektiver med tanke på livet videre, uavhengig av om det blir langt eller kort.

I ankomsthelgen arbeider kursdeltakerne med egne behov, forventningsavklaringer og mål for oppholdet. Samtaler i mindre grupper har fokus på dette og på å bli kjent med hverandre. Deltakerne blir kjent med mulighetene i omgivelsene og i huset. Prosessen videre gjennom oppholdet veksler mellom foredrag, samtaler med erfaringsutveksling, fysisk og sosial aktivitet og fritid.

Kursene blir evaluert av kursdeltakerne og av kurspersonell etter avslutning. Oppsummeringene viser at kursdeltakerne ved avreise vurderer nytten av oppholdet som svært godt.

Evalueringene samles for de ulike kurstypene og anvendes i videre planlegging.

Mestringskurs tilrettelagt for diagnosegrupper

Dette er kurs for voksne med eller uten pårørende/nærstående. Tema er tilpasset kreftdiagnose, og handler om livet videre. Kunnskapsformidling, aktivitet

fysisk og sosialt, samt kontakt og erfaringsutveksling mellom kursdeltakere i sammenliknbare situasjoner, er en viktig del av kursinnholdet. Samtaler med erfaringsutveksling i mindre grupper er organisert som pasientgrupper og/eller pårørende-/nærståendegrupper. Hensikten er at deltakerne skal gis mulighet til å sette ord på tanker, følelser og reaksjoner og dele erfaringer med hverandre. Videre legges det vekt på at deltakerne får mulighet til å finne egen styrke, bearbeide det å leve med en uforutsigbar sykdom og å få hjelp til å finne fram til aktuelle ressurser i nærmiljøet.

Temakurs

Dette er kurs med fokus på tema som er felles, uavhengig av kreftform og krefttype. Temakursene skal bidra til målene på forskjellige måter gjennom ulike tema. Kurset «Ernæring og fysisk aktivitet – energibalanse i hverdagen» skal gi hjelp til å komme i gang med livsstilsendringer og balansere hvile og aktivitet på en god måte. «Skaperglede – kreative verksteder» har som målsetting å bidra til mestring av en vanskelig livssituasjon gjennom kreativt arbeid. Kurset hvor temaet er eksistensielle spørsmål setter fokus på livsforståelse, og er tilrettelagt som en pilegrimsvandring i ytre og indre landskap. Kurset «En del av hverandres liv» er for par og skal gi innsikt og forståelse for hverandres situasjon, og for familien som en enhet.

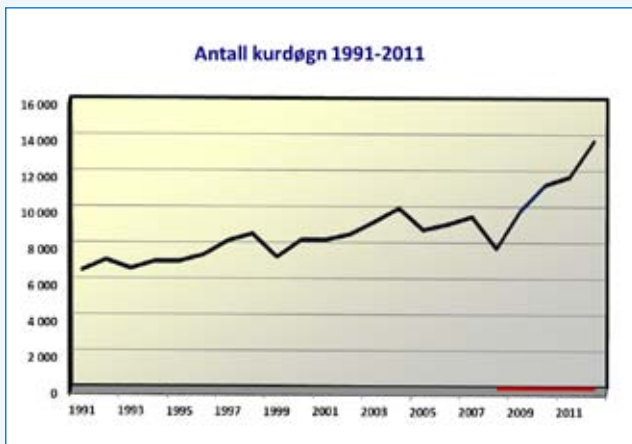
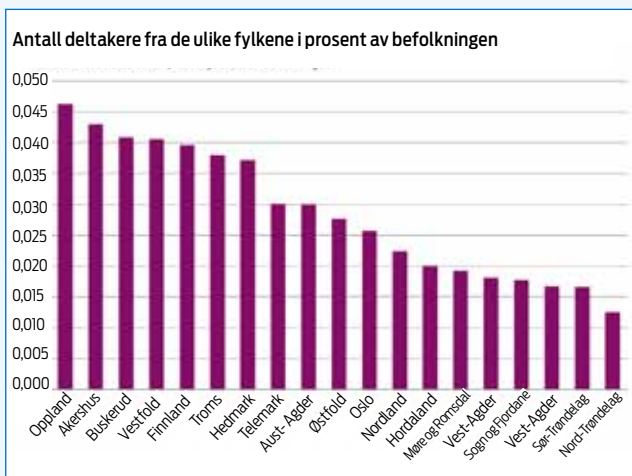
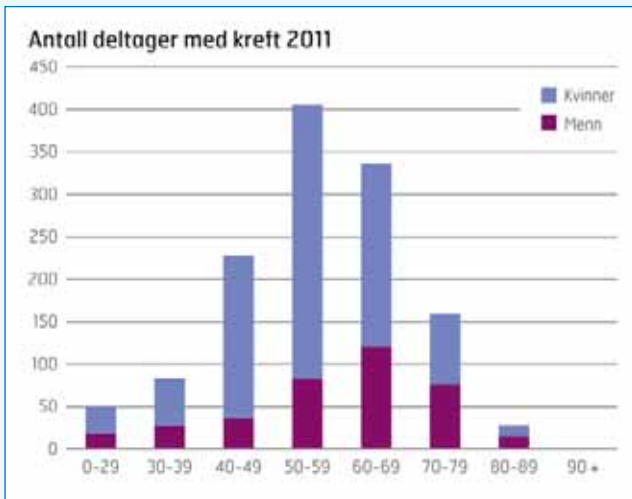
«Arbeid og aktiv sosial deltakelse» er viet spesiell oppmerksomhet gjennom tildelingen av egne oppholdsdøgn. I 2012 er dette et eget tema på alle mestringskurs, samt at det har vært arrangert tre spesialkurs som oppfølgingskurs.

Målgruppe til kurset «Lær å leve med lymfødem» er alle som har kreftrelatert lymfødem. Innholdet i kurset er en blanding av foredrag, hjelp til selvhjelp, manuell lymfødembehandling og øvelser. Deltakerne lærer å bandasjere seg selv, og hvordan de kan forebygge videreutvikling av lymfødem.

Nytt temakurs i 2013 er «Seksualitet og kreft». Kreft og kreftbehandling vil ofte gi utfordringer i forhold til seksualitet, samliv og selvbylde. Kursets mål er å gi kunnskap, råd og bedre forståelse for disse temaene.

Familiekurs

Familiekursene opplever hvert år en stor søkning. Det blir arrangert kurs for kreftsyke barn med familie, kurs for barnefamilier hvor mor eller far er kreftsyk og et kurs for familier hvor mor eller far er død av kreft. Familiekursene skal gi familien hjelp til å mestre en ny og endret livssituasjon, og kommunisere åpent



og direkte med hverandre. Det er en målsetting at barna skal ha et godt faglig tilbud, samtidig som de også skal ha et tilpasset og godt aktivitetstilbud når foreldrene har eget faglig program. Dette medfører at utgifter til den innleide staben til disse kursene er mer enn fordoblet i forhold til andre kurstyper, samtidig som refusjon for barnedøgn er i underkant av 1/3 av voksendøgn. Økonomien for disse kursene er derfor vanskelig.

Kursoppbygning og kursprogresjon

MBS har illustrert den ideelle rekkefølge for kursdeltakelse. Først deltar du på mestringskurs, deretter temakurs eller familiekurs.

Flexibilitet ovenfor målgruppen gjør imidlertid at denne rekkefølgen kan endres, men for temakurs A og B må trinn før deltakelse på trinn 3.

Fysisk aktivitet er en integrert del av alle kurstilbud

Fra 2011 har alle kurs vært arrangert etter en modell med økt fokus på fysisk aktivitet. Idrettsfaglig helsepersonell legger til rette for aktiviteter og treningsopplegg gjennom kursuken, med bruk av basseng, aktivitetssal og uteaktivitet som turer i skog og mark, stavgang, leik, moro og bevegelsesglede. På kurset «Ernæring og fysisk aktivitet- energibalanse i hverda-

«Alle kreftpasienter har nytte av et kursopphold hos Montebellosenteret.»

gen» er det lagt til rette for to til tre aktivitetsøkter i fem dager. Målet er at kursdeltakerne gjennom fysisk aktivitet skal oppleve inspirasjon til forskjellige aktiviteter de kan gjøre i eget nærområde på en enkel og skånsom måte. Grunntanken er at de ved å oppleve hverandre og seg selv i forskjellige aktiviteter bidrar til å skape en trygghet under oppholdet ved MBS, som de også nyttiggjør seg når de kommer hjem. I tillegg til fysiske økter blir det også lagt opp til foredrag om fysisk aktivitet tilpasset de ulike kursene.

Fokus på kosthold og ernæring

Tema er nå i større grad integrert i alle kursene. Fagansvarlig for ernæring jobber tett sammen med kjøkkenleder for at måltidene som serveres skal gi mulighet for en hyggelig sosial samling i et innbydende spisemiljø der kursdeltakerne får dekket sitt

grunnleggende ernæringsbehov. Menyen tilrettelegges ulike energibehov. Maten har om nødvendig tilpasset konsistens og det tas hensyn til eventuelle matallergier og -intoleranser.

På mestringskurs avholdes det Mat Prat med kokk og ernæringsfysiolog som en introduksjon til temaet kosthold og kreft. Kokk demonstrerer enkel og næringsrik matlaging i praksis, mens ernæringsfysiolog bidrar med ernæringsfaglig informasjon. Det legges stor vekt på dialog mellom kursdeltakerne og fagpersonellet. På temakurset «ernæring og fysisk aktivitet – energibalanse i hverdagen» gis det en grundigere innføring i temaet gjennom foredrag, temasamtaler, praktisk matlaging på matverkstedet og veiledningssamtaler. Matverkstedet er også i bruk under rekreasjonskursene om sommeren og før jul, der det er temadager relatert til årstiden.

På familiekurs er det bagedag for barn og ungdom.

Omdømme

Montebellosenteret opplever hvert år en kraftig øking av antall søknader. Samtidig er det fortsatt mange kreftpasienter som vegrer seg for å søke fordi de tenker at dette er som et sykehus og at det er mange veldig syke her. Det er en utfordring å få økt bevissthet omkring at det å leve med en kreftsykdom i dag, i veldig mange tilfeller er å leve lenge med en «kronisk sykdom». En kan være «ganske syk» men i lange og gode «friske» perioder. MBS ønsker å være til hjelp på veien videre enten livet blir langt eller kort. Mottoet er at «Kreftsykdom handler om mer enn fysiske plager, det handler om livet videre for den kreftsyke og for dennes nære familie (partner og barna)».

Det er en viktig oppgave for senteret å fjerne oppfatningen om «jeg er ikke syke nok». Alle kreftpasienter har nytte av et kursopphold hos MBS.

Forskning og fagutvikling

MBS er opptatt av å knytte faglig kontakt og å delta i forskningsnettverk. Senterets filosofi er å knytte til seg spisskompetanse gjennom samarbeidsavtaler knyttet til kursvirksomhet. Samarbeid med forskningsmiljøer er mindre utviklet og er under oppbygning.

MBS brukes også til kurs for personell som arbeider med kreftsyke, og med andre oppgaver knyttet til kreft og kreftforskning. I samarbeid med Radiumhospitalet og andre relevante fagmiljøer framstår senteret som et kompetansesenter i arbeidet med følgetilstander etter kreft. Avansert kurs i lindrende behandling for spesielle kreftsykepleiere arrangeres av Helse Sør-Øst på MBS 8. og 9. april 2013. ■



FLOTT BYGNING: Hovedhuset til Montebello senteret er en herskabelig trebygning fra 1898 som ble restaurert til dagens bruk i 2009. Senteret har 44 moderne pasientrom. Foto: Montebello senteret.

KURSOPPBYGNING OG KURSPROGRESJON

Lær å leve med endringer som følge av kreft

KURS SOM MODULER

Illustrasjonen viser den ideelle rekkefølge for kursdeltakelse. Først deltar du på mestringskurs, deretter temakurs eller familiekurs.

Fleksibilitet ovenfor målgruppen gjør imidlertid at denne rekkefølgen kan endres, men for temakurs A og B må trinn 2 være gjennomført før deltakelse på trinn 3.

Trinn 1

MESTRINGSKURS

- Brystkreft
- Gynekologisk kreft
- Prostatakreft
- Lungekreft
- Hjernekreft
- Myelomatose, lymfomer, leukemier
- Nvroendokrin kreft
- Magekreft/Tarmkreft
- Øre-, nese-, halskreft
- Alle krefttyper

Trinn 2

TEMAKURS

- A** Ernæring og fysisk aktivitet
- B** Lær å leve med lymfødem
- C** En del av hverandres liv
- D** Arbeid og aktiv sosial deltakelse
- E** U-Go idrettsuka
- F** Kroppen i bevegelse
- G** Pilegrimsvandring i ytre og indre landskap
- H** Seksualitet og kreft
- I** Skjøperglede
- J** Sommerdager med litteratur
- K** Førlsdager med opplevelser

Trinn 3

FAMILIEKURS

- A** Familier med kreftsyke foreldre
- B** Familier med kreftsyke barn
- C** Familier hvor mor eller far er død av kreft
- D** Parkurs for småbarnsforeldre
- E** Påskeopphold for ungdom og unge barnefamilier

Kropp, pust og bevissthet - medisinsk qigong

Lymfødem og fysisk aktivitet



TARGINIQ[®]
oksykodon/nalokson

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER¹



motvirker opioidindusert
obstipasjon¹

www.targiniq.no



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker • Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01 • www.mundipharma.no

Lett tilgjengeleg

Pasientar og pårørande som opplever krise og sorg, får raskt tilbod om samtale med kreftsjukepleiar ved Stavanger Universitetssjukehus. Mi røynsle frå dette arbeidet er positiv, skriv Torunn Høivik.



Av **Torunn Høivik**, kreftsjukepleiar, kreftpoliklinikken ved Stavanger Universitetssjukehus

Avdeling for blod- og kreftsjukdommar ved Stavanger Universitetssjukehus etablerte i 2002 eit lågterskeltilbod til kreftpasientar og deira pårørande. Lågterskeltilbodet er organisert under poliklinikk for blod- og kreftsjukdommar. Målet var at det skulle eksistera eit lett tilgjengeleg tilbod for menneske i krise og sorg – ein stad der dei kan få lufta og sortera tankar når det er kaos. Grunnen til at dette tilbodet vart etablert, var at mange pasientar uttrykte at det var vanskeleg å venta på henvisningstid og behandling.

Pasienten og pårørande vert møtt av kreftsjukepleiar som gir tilbod om samtale og støtte. Eg er tilsett som kreftsjukepleiar i 40 prosent stilling i dette arbeidet, det vil seie to dagar i veka. Me hadde eit ynskje om at tilbodet skulle vera lett tilgjengeleg. Det vil seie at pasientar og pårørande kan ta ein direkte telefon til Kreftpoliklinikken for å bestilla time. Tilbodet krev inga vising. Fram til i dag har det vore kort ventetid – ikkje lengre enn 14 dagar.

Kreftpoliklinikken var fyrst ein prosjektstilling eit års tid. Positive erfaringer avgjorde at dette vart etablert som eit fast tilbod. Eg starta med eit beskjedent antall pasientar det fyrste året. Nå har eg over 300 konsultasjonar i året.

Barn og unge

Det varierer kven som tek kontakt. Det kan vera pasientar som ventar på visingstid, eller nyopererte som ventar på histologisvar eller som er under cellegiftbehandling. Elles har eg samtalar med pårørande. For meg har det vore spesielt utfordrande å møta barn og unge som har sjuke foreldre. Det er av stor verdi å få til eit godt møte. Eg kunne vore mykje flinkare på dette området, men har valgt å prøva etter beste evne. Mi erfaring er at om eg prøver på ærleg vis å vera meg sjølv, og prøver å sjå barnet, kan det ikkje bli heilt feil. Det å få ein samtaletime heilt for seg sjølv kan opplevast godt for mange. Eg tenkjer at det

handlar om å bli sett som fullverdige pårørande. Ein stad det går an å seie noko om det som er vanskeleg å setja ord på til mor eller far. Eg er alltid nøye på å ha ein samtale med foreldra på førehand for å avklara kva dei har snakka om heime – og kva dei tillet å ta opp med barna.

Fylgjer opp pasientar

Etter kvart har tilbodet utvikla seg frå å vera eit reint samtaletilbod til og å inkludera andre grupper pasientar. Fysisk ligg Kreftpoliklinikken nær stråleavdelinga vår. Kreftpoliklinikken fylgjer opp pasientar som får cellegiftbehandling i tillegg til strålebehandling. Dette gjeld pasientar med rectum-cancer som får Xeloda i tillegg til strålebehandling, og pasientar med hjer-netumor som får Temodal i tillegg til strålebehandling. Desse pasientane ser eg ein gong i veka medan strålebehandling pågår. Oppgåva blir å fylgje med på biverknader og blodprøver, og setje inn tiltak. Kreftsjukepleiar vert ein viktig støtte i denne tida.

Elles har eg oppfylgjingsansvar for onkologiske pasientar med ulike tablettbehandlingar.

For tida arbeider eg med å få til eit tilbod om samtale to – tre månader etter at adjuvant cellegiftbehandling er ferdig. Fokus vil då vera rehabilitering. Eg har erfaring med at pasientar synes det er godt å ha ein avtale fram i tida etter avslutta behandling. Det kan vera godt med ein gjennomgang av alt som har skjedd, og lufta tankar om framtida.

Positive erfaringar

Mine erfaringar frå dette arbeidet er positive. Samtalane med pasientar som er i sorg og krise er utfordrande, krevjande og framfor alt givande. Eg opplever menneske som søker nokon å tenkja høgt saman med, og som treng støtte i ei vanskeleg tid. Mange seier noko om at det er godt å snakka med ein person som kjenner til sjukdom og behandling, og som og er

Samtaletilbod

utanom den private krinsen. Eg undrar meg stadig over det motet desse viser ved å våga å ta kontakt. Eg kjenner på stort ansvar som får vera mottakar av så mange historier. Kjenner verkeleg på at dei legg noko av sitt liv i mine hender. Det er eg svært audmjuk for.

For meg er det viktig å poengtera at eg er kreftsjukepleiar og ikkje terapeut. Dei skal vita kva tilbod dei går til, og at eg er ein samtalepartner som ikkje kan behandle. Er det spesielle problemstillingar av medisinsk art, viser eg til fastlegen.

Tilbakemeldingar tyder på at nokre kjenner større grad av ro etter å ha lufta det som er vanskeleg. Eg har fått konkrete tilbakemeldingar om at kvardagen har

vorte enklare å takla etter samtale på kontoret mitt. Eg tenkjer det handlar om å bli sett, og få lov til å setja ord på vanskelege ting i livet, noko som fleire seier demper uro og det dei definerer som angst. Det gir meg stor motivasjon og glede i arbeidet på Kreftpoliklinikken. Eg meiner klart at denne måten å arbeide på har livets rett.

Erfaringane våre med å ha sjukepleiar tett knytta til pasientar under tablettbehandling er udelte positive. Dette gir stor grad av tryggleik til pasientane, og bedre moglegheit til å takla biverknader i tidleg fase. Dette hjelper pasienten til å tåla behandlingen betre, og kanskje halda ut lenger på effektiv behandling. ■



Bidra til å forebygge
cytostatikainduisert kvalme og
oppkast^(CINV) før det starter

– med EMEND[®] som en del
av kombinasjonsregimet

* CINV = Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting
Før forskrivning av EMEND[®], se preparatomtalen

EMEND[®] (aprepitant, MSD) IEMEND[®] (fosaprepitant dimeglumine, MSD)

Bedre beskyttelse fra starten



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakeraya, 3002 Drammen,
telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10, www.msd.no.

Hun har gjort en formidabel jobb

Prisen Årets sykepleier i kreftomsorgen 2012 gikk til Anne Mette Carlsen i Bodø. Gratulerer! Tekst Marte Wolden



Det kom inn forslag til flere verdige kandidater til prisen Årets sykepleier i kreftomsorgen. De som foreslo Anne Mette Carlsen som kandidat, skrev blant annet:

Anne Mette er kommunalt ansatt og har gjort en formidabel jobb med å heve kompetansenivået i alle soner i hjemmetjenesten i Bodø gjennom flere år.

Hun har sørget for at hver eneste sone har egne kreftkontakter, både i form av sykepleiere og hjelpepleiere. Hun holder stadig kurs for dem for å holde dem faglig oppdaterte, og ikke minst trygge dem på praktiske gjøremål, som sprøytepumper og kassetbyter.

Det er også bygd opp et eget kreftnettverk sammen med omkringliggende kommuner.

Bodø kommune er kommet langt når det gjelder kreftomsorg og også terminalpleie i hjemmet. Mye av dette arbeidet er det nettopp Anne Mette som har vært forkjemper for.

Hun har et glødende engasjement og er kreativ som få. Hennes yrkesbakgrunn fra Nordlandssykehuset har også gitt henne store fordeler i å klare å løse nærmest håpløse tilfeller av utfordrende kasus hva hjemmedød og tilrettelegging angår.

Det gjelder bare å se mulighetene og ikke begrensningene.

FKSs hovedstyre gratulerer så masse, Anne Mette! ■

Krydret konferansen med brainbrushing

Mindfulness og brainbrushing sto på programmet da lokallagslederne møttes til konferanse i Oslo i september. Men også en rekke mer alvorlige temaer ble drøftet.

Den 3. september møttes 16 lokallagsledere i Forum For Kreftsykepleie og tre hovedstyremedlemmer til konferanse i kreftforeningens lokaler i Oslo. Dagen åpnet med presentasjon av deltakerne, etterfulgt av meningsutveksling i forhold til kreftkoordinatorer rundt omkring i det ganske land og undring over hva som gjør det så vanskelig for oss å helt speifikt fronte kreftsykepleierfaget. Det kom et forslag om at vi skulle lage en faktaboks hvor det kom fram hva som gjør oss spesielle. Det ble bestemt at hovedstyret skulle utforme denne for så sende den ut på høring til lokallagene.

Oppmerksomt nærvær

Anne Sælebakke, som er fysioterapeut, lærer og coach, veiledet oss i oppmerksomt nærvær eller mindfulness. Hun åpnet med å fortelle historien om en gammel indianer som snakket med sitt barnebarn. Han sa: «Gutten min, det foregår en kamp mellom to ulver inni oss alle. Den ene ulven er ond. Den representerer sinne, misunnelse, sjalusi, anger, grådighet, arroganse, selvmiddelighet, skyld, bitterhet, mindreverdighet, løgner, falsk stolthet og ego. Den andre ulven er god. Den representerer glede, fred, kjærlighet, håp, ro, ydmykhet, godhet, velvilje, empati, generøsitet, sannhet, medlidenhet og tro.»

Barnebarnet tenkte på dette i noen minutter før han spurte bestefaren: «Hvilken av ulvene vinner kampen?»

Den gamle indianeren så alvorlig på barnebarnet og svarte: «Den du mater.»

Sælebakke snakket om å bli oppmerksom på hvilken av ulvene man mater, og så godta det. I oppmerksomt nærvær gjelder det å akseptere hva man holder på med, og slik gå over til å «mate den gode ulven». Hun mente at om man fortrenger alle de vonde følelsene og tankene, ville man gå på en smell på et seinere tidspunkt.

Videre sa hun at «brainbrushing» er blitt et populært begrep. Dette får man til ved trening, enten formell ved:

- Å lande her og nå
- Å finne sin indre forankring
- Langsomme bevegelser
- Kroppsskanning

Eller ved uformell trening hvor man øver oppmerksomheten mens vi gjør noe annet eller mens vi tar små mikropauser.

Hun sa at forskning har bevist at det foregår helende prosesser i hjernen som skal hindre utbrenthet, angst, uro og depresjon. Metoden blir mer og mer brukt, både i forretningslivet og ellers i samfunnet og blant barn og ungdom. For oss i vårt virke som kreftsykepleiere er metoden nyttig for å holde ut i den tjenesten vi står i, men den er også

nyttig for våre pasienter for å holde ut uunngåelige lidelser.

Beskyttet tittel

Dagen etter snakket Øyvind Nordbø fra NSF om hvordan vi kan gå fram for å få kreftsykepleiertittelen beskyttet. Dette er en lang prosess som må forankres hos myndighetene. NSF jobbet for dette. Han utfordret oss på å sette ord på hva det er som gjør oss spesielle. Er det et anerkjent behov for kreftsykepleiere i samfunnet? Det er «nok nød for alle» sa han. Det finnes 1727 kreftsykepleiere i Norge.

Under oppsummeringen kom det blant annet fram et ønske om å opprette en side på Facebook.

Det var blandete erfaringer med hvor stort oppmøte til medlemsmøtene var, enkelte hadde helt opp imot 100 påmeldte til sine møter, men det var de færreste. Fra 15 til 50 sa de fleste. Det er ikke i de største fylkene med flest medlemmer hvor det kommer flest. Inntrykket er at dette avhenger av hvor engasjerte og flinke styremedlemmene rundt omkring er. ■



Tekst Karin Sjøe, Vestfold FKS

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE



Hjelp til å håndtere stress

Hvordan orker sykepleiere å pleie alvorlig syke pasienter et helt liv? Hva kreves for at de ikke skal miste motet? Boken skal hjelpe pleierpersonell til å takle hverdagen. Den røde stolen på forsiden av boken er ment som et symbol på at det er viktig å ta pauser, samt å sette seg ned og reflektere over hvordan det er å pleie alvorlig syke og døende pasienter.

Boken er svensk. Forfattere er Marie Anne Ekedahl og Yvonne Wengström. Førstnevnte er førsteamanuensis i psykologi ved Institutt for teologi ved Universitetet i Uppsala. Wengström er førsteamanuensis og sykepleieforsker ved Divisjon for sykepleie ved Karolinska instituttet i Sverige.

Att vårda och orka i det svåraste, Artos & Norma

BOKANMELDELSE



Samordning av tjenester

Rehabilitering er et felt der en rekke aktører deltar med ulik kompetanse. Denne boken gir kunnskap om de utfordringene som både brukere, fagpersoner og myndigheter står overfor. Forfatterne er aktive forskere på feltet, og i boken løfter de fram det de mener står sentralt i rehabiliteringen. Hovedbudskapet er at rehabilitering er utviklet for å bidra til å øke handlingsrommet for personer med funksjonshemmende tilstander. Boken har fire deler, som kan oppsummeres med stikkordene fagfelt, individ, livsfaser og samarbeid.

Rehabilitering, Gyldendal

BOKANMELDELSE



Sykepleie i hundre år

Les om sykepleiens spennende historie i Norge. I bøkene blir historien om faget og om Norsk Sykepleierforbund levende fortalt gjennom ord og bilder. Bøkene ble gitt ut i forbindelse med Norsk Sykepleierforbund sitt 100-årsjubileum.

Bind 1 heter Framvekst og profesjonalisering. Boken dreier seg om framveksten av sykepleierfaget i Norge og om profesjonaliseringen av det i en hundreårsperiode, fra ca. 1850 til 1960.

Bind 2 heter Virke og profesjon. Boken tar for seg utviklingen innen sykepleierfaget i perioden 1960-2012.

Forfattere er historikerne Ellen Cathrine Lund og Ole Georg Moseng.

Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år, bind 1 og 2, Akribe

BOKANMELDELSE



Om å pleie døende

Få yrkesgrupper kommer like nært på døende og døde som pleierpersonale. I forlagets omtale av boken Far vel, står følgende: «Far vel har som mål å løfte fram og gi fortolkninger av de erfaringene pleierne har fra å pleie døende og stille døde. Pleierne har mye kunnskap om hvordan døden håndteres, men denne kunnskapen er ofte underkommunisert og «taus». Boken løfter fram slik underkommunisert erfaring og setter ord på den tause kunnskapen.»

Forfatteren Eivind Berthelsen er ph.d. i medisinske fag og cand.theol. Han har arbeidet som sykehusprest og fengselsprest, og jobber nå i Stiftelsen Kirkens Bymisjon.

Far vel - Å pleie døende og stille døde, Cappelen Damm Akademisk

Lokallagsledere i Forum for kreftsykepleie

TROMS

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

NORDLAND avd. Bodø/Salten

Gry Hege Bøch
Gry-hege.bech@nlsh.no
Tlf. 47 31 21 42

NORDLAND avd. Helgeland

Sølvi Hall
HelgelandsSykehuset Rana
solvi.hall@rasyk.nln.no
Tlf. 75 12 52 96 / 75 12 53 93

MØRE OG ROMSDAL Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme
Hjemmesykepleien Sula kommune
loevg@online.no

SØR-TRØNDELAG

Ingrid Krokan Strømsnes
Krefravdelingen, St.Olav hospital
ingrid.stromsnes@gmail.com

NORD-TRØNDELAG

Anne Lise Olsen
Olsen-dama@hotmail.com
Tlf. 90 54 32 36

MØRE OG ROMSDAL

Kristiansund
Laila Merethe Andersen
Laila.andersen@neasonline.no
Tlf. 71 12 22 87 / 99260071

ROGALAND

Elise Beth Baardsen
else.beth.baardsen@eiger-
sund.kommune.no
Tlf. arbeid 51464280 / mobil 93452864

HORDALAND

Grethe Skorpen Iversen
Kompetansesenter i lindrende
behandling, Helseregion vest
Grethe.Skorpen.Iversen@haraldsplass.no
Tlf. arbeid 99 20 40 09

VESTFOLD

Karin Sjue
Sykehuset Vestfold
Karin.sjue@sviv.no
Tlf. 48 04 20 34

TELEMARK

Anne Torill Tufte
Palliativ enhet Sykehuset Telemark
Anne.torill.tufte@sthf.no

AGDER

Pia Sætra
Pia.satra@sshf.no

BUSKERUD

Dora Hafnor
Austjord Behandlingscenter
dora.hafnor@ringerike.kommune.no
Tlf. 41 45 66 34

OPPLAND OG HEDMARK

Grete Nyeggen Leonardsen
Kreftenheten SI Gjøvik
Grete.leonardsen@sykehuset-innlandet.no

SOGN OG FJORDANE

Torill Tyssse Sælen
Kreftpoliklinikken
torill.tyssse.selen@helse-forde.no
Tlf. arbeid 57 83 93 24 / privat 57 82 26 67 og
99 20 50 57

ØSTFOLD

Asborg Dammen
Kreftkoordinator Moss kommune
Asborg.Dammen@moss.kommune.no
Tlf. arbeid 95 07 83 24 / privat 91 56 61 73

OSLO OG AKERSHUS

Eva Mari Alvestad Harboe
Radiumhospitalet
evamaria.vestad@hotmail.com
Tlf. 22 93 53 37 / mobil 92 06 97 07

SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

Julia Vogel
Radiumhospitalet
julia.vogel@radiumhospitalet.no
Tlf. arbeid 22 93 43 37 / mobil 93 40 56 55

SIG-barn og ungdom

Britt Ingunn Wee Sævig
Kreftforeningen
Distriktavdeling Vestlandet
Strandgaten 62
5004 Bergen
Britt.Ingunn.Saevig@krefftforeningen.no
Tlf. 99 24 86 15

A Instanyl «Nycomed Pharma»

Opioidanalgetikum.

ACT-nr.: N02A B03

T NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: Hver dose inneholder: Fentanylisitat tilsv. fentanyl 50 µg, resp. 100 µg og 200 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, renset vann. **Indikasjoner:** Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalentisk dose av andre opioider i én uke eller lenger.

Dosering: Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. **Dosetitering:** Før titreringer bør den bakemforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerteepisodene ikke overskride 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Hver titrering (dosestyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosetitering og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever >1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakemforliggende opioidbehandlingen kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. døgn. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. **Seponering:** Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakemforliggende smertebelasting beholdes som forskrevet. Seponering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilstrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. **Spesielle pasientgrupper:** Gis med forsiktighet til pasienter med moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Administrering:** Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Bruk hos opioidnaive pasienter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblødning.

Forsiktighetsregler: Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienter må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebralt tromor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet til pasienter med bradykardi. Opioider kan forårsake hypotoni, økt risikoen for hypovolem og skal derfor brukes med forsiktighet. Dersom tilbakevendende episoder med neseblødning eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Latrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Seponeringssymptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig.

Interaksjoner: Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, ketokonazol, itraconazol, toleandomycin, klaritromycin og nelfinavir) eller moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprevanir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir og verapamil), kan potensielt forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP 3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50%, mens tid til C_{max} (T_{max}) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskellekksantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonister-/antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbuphin, pentazonin) anbefales ikke.

Graviditet/Amming: Overgang i placent: Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Fentanyl skal bare brukes av ammende dersom den potensielle risikoen både for mor og barn.

Bivirkninger: Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerter/kar: Rødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Obstipasjon, stomatitt, munntørrhet. Hjerter/kar: Hypotensjon. Hud: Smertor i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysyestesi, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. **Ukjent:** Hallusinasjoner.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotermi, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyb sedasjon, ataksi, miose, kramper og respirasjonsdepresjon. **Behandling:** Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioidantagonister som naloxon. Effekten av overdoseringen kan være lengre enn effekten av antidoten. Gjentagende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonsanbefalingen N02A B03 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Opioidanalgetikum. Fenylipeperidinderivat. **Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som er en ren agonist med lav affinitet for δ- og κ-opioide reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neseslimhinnen. Biotilgjengelighet er ca. 89%. Maks. serumkonsentrasjon (0,35–1,2 ng/ml) nås ca. 12–15 minutter etter administrering av enkelt doser på 50–200 µg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. **Proteinbinding:** Ca. 80%. **Fordeling:** Distribueres raskt til hjernen, hjerte, lunger, nyrer og milit, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. **Halveringstid:** Ca. 3–4 timer hos cancerpasienter. **Metabolisme:** Primært i leveren via CYP 3A4. **Utskillelse:** Ca. 75% utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9% finnes i feces, primært som metabolitter.

Pakninger og priser (pr. 10. oktober 2011):

Endosebeholder ml/spraypumpe, 6 doser: 50 µg/dose: kr 467,00. 100 µg/dose: kr 533,80. 200 µg/dose: kr 539,10.

Classiflaske ml/dosepumpe: 50 µg/dose: 10 doser kr 746,60. 20 doser kr 1445,70. 40 doser kr 2843,90. 100 µg/dose: 10 doser kr 858,10. 20 doser kr 1668,60. 40 doser kr 3289,70. 200 µg/dose: 10 doser kr 866,80. 20 doser kr 1686,20. 40 doser kr 3324,80.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase. Refusjonskode: §2, Kode-90: Vilkår 136.

R111551-1/10535

Intranasal fentanyl SPRAY
INSTANYL



Nyhet

Nå også som endose



Nycomed: a Takeda Company

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



FORUM FOR KREFTSYKEPLEIE
NSFs FAGGRUPPE



Den 16. Norske Landskongress i Kreftsykepleie

“Heftige dager med begeistring”

19. –21. september 2013, Radisson Blu Hotel, Tromsø

Program og utfyllende informasjon om kongressen kommer på
www.sykepleien.no/faggrupper

Årets konferansekunstnere er Kari Rindahl Endresen og Silja Skoglund

