

Sykepleien



*De overlevde
kreften.*

*Så kom
senskadene.*



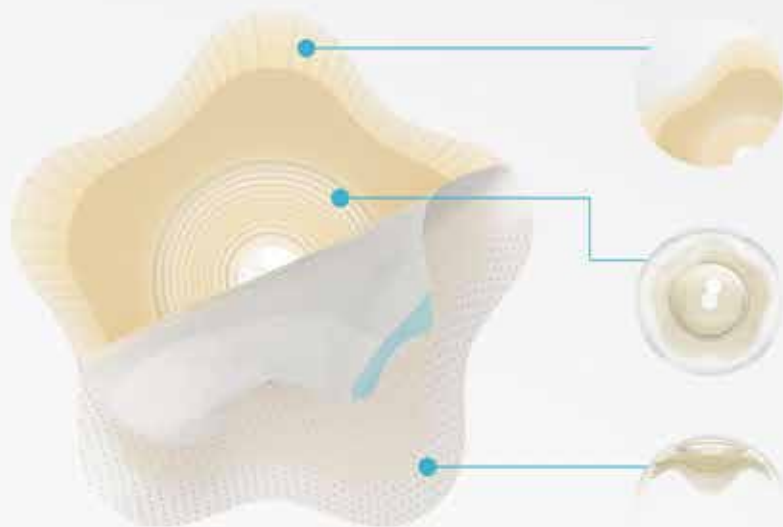
#ETTER KREFTEN

LES HVA SYKEPLEIERE BØR KUNNE

SenSura[®] Mio Convex Flip

Spesialdesignet for de med brokk og fyldige områder rundt stomien

Alle kropper er unike og vårt mål er å tilby stomiprodukter som tilpasser seg kroppen, uansett kroppsform. Nye SenSura[®] Mio Convex Flip er den første hudplaten i verden som er spesialdesignet for de med brokk og fyldige områder rundt stomien.



Sitter trygt

Festesoner ytterst og i kjernen av kleberens øker elastisiteten. Hudplaten sitter godt og følger kroppens bevegelse, selv med brokk.

Støtte til stomien

En innebygget stabilitetsring gir støtte til stomien og stabiliserer hudplatenes indre kjerne.

Kurvet form

En kurvet hudplate bidrar til bedre kroppstilpasning og gjør påføring enklere. Stjerneformen øker kontaktflaten mellom hud og kleber.

"SenSura Mio Convex Flip sitter godt over brokket selv når jeg er i aktivitet"

- Kent 63 år




Kent var en av de første som fikk prøve SenSura Mio[®] Convex Flip i Norge. Han har stomi med brokk og slet med tilpasningen av flat hudplate. Hudplaten Kent brukte tidligere festet seg ikke tett over brokket og kunne folde og rynke seg. Dette førte ofte til lekkasjer. Vi lot Kent prøve vår nye hudplate som med sin unike og kurvede stjerneform øker kontaktflaten mellom hud og kleber.

"SenSura Mio Convex Flip fester seg godt rundt brokket. Jeg føler meg trygg på at stomiutstyret sitter godt hele tiden"

For mer informasjon:

 www.coloplast.no/brokk

 Ring oss på 22 57 50 00





Takk

Takk for at du er der. Takk for nærheten, for omsorgen. At du bryr deg, utover det som kreves.

Takk for at du aldri gir opp. At du gjør det du kan, selv om det ikke alltid er nok.

Takk for tilliten, at du har valgt oss – stolt på oss. Nå kan vi gjøre en enda bedre

jobb, for å bidra til å gjøre din jobb enklere og tryggere. For deg. For pasientene.

I går var vi fler – i dag er vi én.
Sammen gjør vi en jobb for helse-Norge.



SE FILMEN HER

puls MEDICAL
DEVICES

CareFusion

BARD



▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus.

Står ikke på WADAs dopingliste

ATC-nr.: J07B M03

C INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 30 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 60 µg, type 18 L1-protein ca. 40 µg, type 31 L1-protein ca. 20 µg, type 33 L1-protein ca. 20 µg, type 45 L1-protein ca. 20 µg, type 52 L1-protein ca. 20 µg, type 58 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatsulfatdjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premalig lesjoner og kreft i livmorhals, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typer som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Skal brukes iht. offisielle anbefalinger.

Dosering: Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer 9-14 år:** Gis iht. en 2-dose plan eller som en 3-dose plan. Vaksinasjonsplan med 2 doser (måned 0 og 6-12 måneder): 0,5 ml gis ved måned 0 og måned 5-13. Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser hvor 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. **Personer ≥15 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser: 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. Sikkerhet og effekt for kvinner ≥27 år er ikke studert. Effekt av Gardasil 9 vist hos kvinner 27-45 år. Basert på sammenlignbar immunogenitet forventes det at Gardasil 9 også har effekt i denne aldersgruppen. **Spesielle pasientgrupper: Barn <9 år:** Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskulatur eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvivalent HPV-vaksine.

Forsiktighetsregler: Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Vaksinasjon bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, f.eks. en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer bør fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling av livmorhals-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige livmorhals-, vulva-, vaginale- og andalsplastiske

lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virustyper i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screening av livmorhals. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinen sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktvirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M03. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt, uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Anbefales imidlertid ikke pga. utilstrekkelige data. Bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming:* Kan gis til ammende. *Fertilitet:* Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksicitet i dyrestudier.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. *Ukjent frekvens: Blod/lymfef:* Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urticaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, uvelhet.

Overdosering/Forgiftning: Ingen tilfeller rapportert.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typene i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typene som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorhalskreft, >95% av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av ValN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksinetypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner 16-26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primæraksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 90-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 78-100% seropositive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Gis så snart som mulig etter uttak fra kjøleskap.

Pakninger og priser: INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr. 1384,80.

Sist endret: 11.09.2018

Referanser:

1. Castellsagué X, Muñoz N, Pitisuttithum P, et al. End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24-45 years of age. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37. 2. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus. In: Atkins W, Hamborsky J, Stanton A, et al, eds. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 12th rev ed. 2nd printing. Washington DC: Public Health Foundation: 2012:139-150. 3. Gardasil 9 SPC juli 2018, seksjon 2, 4.1 og 5.1

Har du vaksinert deg?

Voksne kan også ha nytte av å vaksinere seg mot HPV¹

HPV-viruset smitter begge kjønn i alle aldre²

Det er ingen øvre aldersgrense for å vaksinere seg med Gardasil 9³

Gardasil 9 beskytter mot HPV-relatert kreft og kjønnsvorter*³



* Gardasil 9 gir beskyttelse mot Humant Papilloma Virus (HPV) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR GARDASIL 9

KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene. Personer med overfølsomhet etter tidligere administrering av Gardasil 9 eller Gardasil/Silgard skal ikke få Gardasil 9.

FORSIKTIGHET:

Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Gardasil 9 skal brukes i henhold til offisielle anbefalinger.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen



sykepleien.no/forskning

Send inn din forskningsartikkel!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Les mer i
forfatter-
veiledningen

sykepleien
Forskning



Pascoflair® 425 mg

Lindrer mild uro - letter innsovning

- 425 mg ekstrakt fra pasjonsblomst pr. tabl.
- Ingen sløvhet eller «hangover» rapportert
- Godkjent for ungdom over 12 år
- Inneholder ikke laktose, gluten eller gelatin

Reseptfritt plantebasert legemiddel som lindrer milde symptomer på uro og letter innsovning.

Virkestoff: Ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) - hele 425 mg per tablett. Pascoflair® kan også dempe uro og nervøsitet i forbindelse med lampefeber, flyreise, eksamen eller lignende. Virker i løpet av 30 minutter. Inneholder 30 tabletter. For mer informasjon se: www.pascoflair.no

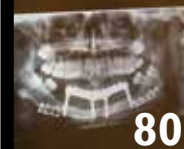


Dosering ved søvnproblemer: 1–2 tabletter en halvtime før leggetid.

Dosering ved stress og uro: 2–3 tabletter jevnt fordelt utover dagen. Maksimum 3 tabletter pr. døgn. Pascoflair® kjøpes reseptfritt på:



- 10** ■ Leder: Liv Bjørnhaug Johansen om det ingen sa
- 12** ■ Lena Wikander om fallet i status
- 24** ■ Fakta om kreftbehandling
- 46** ■ I utakt med Nav
- 70** ■ De fleste takler frykten for tilbakefall
- 80** ■ –Vi erstattet kjeven med en del av leggbeinet
- 120** ■ Kreft setter spor lenge etter at behandlingen er over
- 130** ■ Ingrid Orre om det siste tabuet om kreft
- 134** ■ Tre kreftsykepleiere om hva pasienten bør få vite
- 138** ■ Nytt pakkeforløp for tiden etter kreftbehandling
- 140** ■ Overbehandles kreft?
- 144** ■ Håvard Agesen om hvordan det føles etterpå



FAGARTIKLER OM SENSKADER

- 16** ■ Seneffekter etter kreftbehandling
- 34** ■ Lindring av polynevropati etter cellegift
- 40** ■ Ti tips for å komme tilbake i jobb
- 56** ■ Lymfødem etter kreft – årsak, forekomst og behandling
- 62** ■ Seksualitet etter kreften
- 84** ■ Slik gir du godt munnstell til kreftpasienten
- 92** ■ Seneffekter kan reduseres etter tykk- og endetarmskreft
- 96** ■ Kreftpasienter trenger tilpasset rehabilitering
- 106** ■ Kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende
- 112** ■ Smerter etter brystkreftbehandling kan vare i årevis
- 124** ■ Helsepersonell mangler kunnskap om seneffekter



SLIK ER LIVET MED SENSKADENE.
LES PORTRETTENE:



**KENNETH
AAS (30)**

hadde lymfekreft og beinkreft som barn og måtte amputere det ene beinet over kneet. Nå strever han med en rekke helseplager. Han jobber hardt med å få kroppen til å fungere på best mulig måte. Målet er å jobbe mer og leve så normalt som mulig.

28



**PERNILLE
NÆSHEIM**

(49) fikk livmorkreft for seks år siden. Sykepleieren hadde akkurat tatt videreutdanning. På fritiden var det reising, familieliv, husbygging og hagearbeid. Nå har hun innstilt seg på et annet liv.

50



**TURI
TINGEL-
HOLM (61)**

sier selv at hun er «strålt sønder og sammen». Etter behandling for kreften i strupen har hun ingen tenner igjen i undermunnen og en halv kjeve. Snart ryker resten av kjeven. Vil hun da kunne snakke?

74



**LEIF
HAUGEN**

(68) fikk endetarmskreft for fire år siden og tilbakefall i fjor. Det har vært komplikasjoner og krevende perioder, med blant annet stomi som resultat. Men nå kjenner Haugen at kroppen fungerer igjen. Da er det ut på tur, til fots og på sykkel.

88



**BIRGITTE
THORUP
STÅLSETT**

(54) fikk brystkreft. Det ble operasjon, cellegift, rekonstruksjon og antihormonbehandling. Det er snart ti år siden, men fremdeles sliter hun med fatigue og jobber bare 50 prosent. Doktorgraden er lagt på hylla.

100

Det ingen sa ...

Når helsepersonell ikke informerer pasienter i kreftbehandling om mulige seneffekter, er det enten fordi de vil skåne pasienten, eller fordi de ikke har kunnskap nok selv. Begge deler er like uheldig.



TEMAREDAKTØR I SYKEPLEIEN
LIV BJØRNHAUG JOHANSEN

Det er ikke så veldig lenge siden kreftoverlevende gjerne figurerte i pressen under overskrifter som «Fikk livet i gave» og «Takker kreften for sitt nye liv». De hadde kjempet mot kreften og vunnet, og nå var de tilbake med et nytt blikk på livet fylt av livsglede, kjærlighet og takknemlighet over de nære ting.

NOEN VÅGET Å SNAKKE

Så var det noen som våget å snakke. I 2016 publiserte brystkreftoverlever Lene Wikander en kronikk med tittelen «Er du ikke glad du fortsatt lever?». Kort tid etter satt hun på Lindmo i beste sendetid og snakket om tørre slimhinner, fatigue og kognitiv svikt.

Året etter beskrev Håvard Aagesen livet med omfattende stråleskader i sin bok *Ingenmannsland*. Han skriver om «oss som ikke døde, som ikke lenger er syke, men som heller ikke er friske». På en etterkontroll tar han seg i å ønske kreften tilbake. Da han var syk, hadde han et støtteapparat

med fagfolk som var engasjert i behandlingen. Etterpå var ingen interessert.

Det har så smått manifestert seg et offentlig ordskitte om seneffekter av kreftbehandling. Det har kommet opp til overflaten at kreftbehandlingen setter spor. Vi står rett og slett

«Mangel på kunnskap har kortvarig lindring.» ■

overfor en ny gruppe kronikere. Det kommer også frem at de aller fleste av dem ikke ble forberedt på hva som lå foran dem. Hvorfor har ingen fortalt dem dette?

ER DET FOR Å SKÅNE?

Når helsepersonell unnlater å informere, skyldes det gjerne at de enten ikke har kunnskap nok, eller at de, i

gammel paternalistisk ånd, vil skåne pasienten. For kreftpasientenes del later det til å være en uheldig blanding av begge.

Kreftbehandling er sammensatt, og pasientene kastes inn i et løp der de sendes fra lokalsykehus til onkolog til stråleenhet og kirurg og tilbake. Alle like spesialiserte på akkurat sitt lille område. Akkurat det har de høy kompetanse på, men sykepleierne på stråleenheten treffer ikke pasienten fem år senere, den erfaringen får de ikke. Og når onkologene følger opp på etterkontroll, er det kreftutviklingen de har satt av tid til å kontrollere – det er det de kan noe om.

Når Kreftforeningen har spurt sitt brukerpanel, svarer over 90 prosent at det hadde vært en fordel å få informasjon om eventuelle seneffekter tidligst mulig. Når vi har snakket med kreftoverlevende, har dette vært refrenget: «Det hadde vært lettere om jeg hadde fått vite mer på forhånd.»

Sykepleierne og legene, derimot, synes ikke det er så enkelt. De er redde for å knekke pasientens håp om å

bli frisk og for at sannheten vil gjøre den tøffe behandlingen enda tyngre. Cellegiftkvalmen og den klaustrofobiske strålemaskinen blir kanskje ikke lettere å komme igjennom om du vet at behandlingen kan påføre deg livslange skader?

KUNNSKAP OG ÅPENHET BEST

Men har vi lov til å la være å si noe? Pasientrettighetsloven er helt klar: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (§ 3-2).

Mangel på kunnskap har kortvarig lindring. Det er på høy tid å riste av seg den paternalistiske arven og ta det informasjonsansvaret lovverket pålegger, på alvor. Kunnskapen finnes – den kan være skremmende, men den kan faktisk også være til stor hjelp.

Kreftoverleverne er ikke en liten pasientgruppe som tilhører kreftsykepleiere. De er deg og meg og naboen din. Som folk flest dukker de opp på helsetasjonen, i eldreomsorgen, på legevakta og i psykiatrien – da fortjener de å bli møtt av sykepleiere som vet noe om hva de står i, og hvilke spørsmål akkurat disse pasientene trenger å bli stilt. Derfor har vi samlet fagartikler, kunnskapsstoff og pasientfortellinger om hvordan seneffekter oppstår og oppleves, hvordan de kan lindres og leves best mulig med. Når vi vet, kan vi også hjelpe.

God lesning! ■

Sykepleien 08 2018

Ansvarlig redaktør: Barth Tholens (i permisjon)
tlf. 22043350

Fungerende redaktør og nyhetsredaktør: Kjell Petter Eidsten
tlf. 22043359 kpe@sykepleien.no

Temareddaktør: Liv Bjørnhaug Johansen
tlf. 97632910 liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no

Fagartikler: Eli Smedstad

Design: Sissel Vetter

Journalister: Ingvald Bergsagel, Ellen Morland,
Marit Fonn, Eivor Hofstad og Kari Anne Dolonen

Forsidedesign: Sissel Vetter

Forsidefoto: Erik M. Sundt, Marit Fonn og Sissel Vetter

Desk: Ellen Morland og Eivind Solfjell

Mer om redaksjonen: Se Sykepleien.no

Repro og trykk: Ålgård Offset AS

Takk til Norsk Sykepleierforbunds faggruppe
Forum for Kreftsykepleie for innspill og samarbeid.

Utgivelsesdato: 1. november

Kontakt: Sykepleien, organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf. 99402409

Fagpressen F
UPPLAGSINTELLERT

ANNONSE

FOR HELSEPERSONELL



Twinrix
Hepatitt A- og B-vaksine

www.twinrix.no

Juni 2018: NOR/TWI/0003/17a
©2018 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved.



Tekst
LENE
WIKANDER

Foto
XENIA
VILLAFRANCA

KRONIKK

■ LENE WIKANDER

Ble i 2013 behandlet for brystkreft med operasjon, cellegift og antiøstrogener.

Hun har blogget om sykdomsforløpet på tarapi.no og publiserte i 2016 kronikken «Er du ikke glad du fortsatt lever?» på NRK. Den åpnet et større ordskifte i mediene om senskader av kreftbehandling.

Fra VIP til VUP – en kreftpasients fall i status

Som kreftpasient fikk jeg høy status på sykehuset. Som ferdigbehandlet med senskader ble jeg en byrde. Det er populært å redde folk fra døden, men lavstatus å gi dem et liv etterpå.

Da jeg fikk påvist brystkreft for cirka fem år siden, var det alle mann på dekk i løpet av timer. Fra det øyeblikket jeg gikk ut av brystdiagnostisk senter – der jeg hadde fått påvist at «nei, dette ser ikke bra ut, det er mest sannsynlig brystkreft» – til jeg var i mitt første møte med kirurg og behandlingsapparat, gikk det bare noen dager.

FERDIGBEHANDLET, IKKE FRISK

Det første møtet med behandlingsapparatet var begynnelsen på et snøskred av aktivitet, kjappe innkallinger, lange samtaler med lege, CT, MR, operasjon, cellegiftkur og stråling. Før jeg ble smokka rett inn i overgangsalderen med østrogenhemmere jeg skulle gå på i ti år.

Jeg var 45 år gammel.

Og det var da marerittet begynte for min del. Onkologene mente jeg hadde tålt behandlingen «veldig bra», og gratulerte meg med at jeg nå var kreftfri. Selv var jeg mer eller mindre i sjokk og skjønte ikke hvorfor jeg følte meg så dårlig.

Å være ferdigbehandlet for kreft og ha overlevd betyr ikke nødvendigvis det samme som at du er frisk. Det vet selvfølgelig både onkologer og sykepleiere, men for fire år siden, da jeg var ferdigbehandlet, var dette tabu å snakke om i Norge. Onkologene nevnte kort noe om en veldig liten økning i faren for å utvikle underlivskreft som følge av behandlingen, men ingenting om fatigue, fedme, gjennomstiv kropp, kognitiv svikt og

det faktum at jeg ikke kom til å fungere i jobb eller sosiale sammenhenger som før de neste fem årene.

KREFT ER «SEXY»

Jeg rava rundt i mitt eget liv som en mørbanka zombie uten krefter eller fungerende hjerneceller og måtte begynne å sette meg inn i alt dette på egen hånd.

Da jeg skjønte at slike senskader var vanlig, ble jeg rett og slett fly forbanna over at jeg hadde fått så lite informasjon om dette under behandlingen. Jeg skrev et rasende innlegg til NRK Ytring, som ble lastet ned og delt mer enn en million ganger. Det viste seg at det var veldig mange som hadde det som meg der ute.

Aldri har flere nordmenn overlevd

en kreftdiagnose, og aldri har flere slitt med senskader etter behandlingen.

Effektiv kreftbehandling skaper langtidsoverlevende, men også nye pasienter. Alle mailer, meldinger, kommentarer og telefoner jeg fikk i kjølvannet av det NRK-innlegget, fortalte den samme historien: Kreft er «sexy».

Kreft har høy status blant både leger, sykepleiere og folk flest. Kreft er den dramatiske kampen mellom liv og død, en fortelling som har kapret overskriftene i uminnelige tider. Kreft er det status å jobbe med. Som kreftpasient merker du det med en gang, fordi du føler deg sett, ivaretatt og viktig under behandlingen.

IKKE STATUS MED KRONIKERE

Under kreftbehandling er du rett og slett en VIP: Very Important Patient. Å redde liv, stå i kampen mellom liv og død, være eller ikke være, gir status blant helsepersonell, det merker du fort som kreftpasient. Men når du sitter der etter at kampen mot døden er over, med senskader som tørre slimhinner, ødem, manglende sexlyst, fatigue, kognitiv svikt, stiv og ubrukelig kropp, nevropati, hodepine og kroniske smerter, merker du fort at dette ikke er noe leger og sykepleiere er spesielt interessert i.

Slike plager gir det ikke status å jobbe med. Med slike senskader har

du plutselig blitt en kjedelig kroniker de helst bare vil skyve over til fastlegen. Du er blitt en VUP: Very Undesirable Patient.

Fallet fra VIP til VUP oppleves som et sjokk. Fra å bli lyttet til og observert med interesserte blikk merker du nå at blikkene slås ned og mumlingen til-

«Med slike senskader har du plutselig blitt en kjedelig kroniker de helst bare vil skyve over til fastlegen.»

tar når du prøver å få frem at livet ditt er tatt fra deg.

MER ENN Å IKKE VÆRE DØD

Jeg skjønner at det er spennende å redde liv, men livet er faktisk mye mer enn å ikke være død. Livet, det levende livet, er aktiviteter, jobb, sosial omgang, funksjonsevne, aksept, respekt, sex og evnen til å fungere i kroppen som

likevel ikke døde av kreft, takket være status-leger og sykepleieres innsats.

Men har du hatt kreft og overlevd, skal du liksom bare være glad til for at du fortsatt lever. Har legene klart å drepe kreftcellene i kroppen din, skal du være takknemlig og for guds skyld ikke «klage».

Leger og sykepleieres statusvurderinger av pasienter reflekteres selvfølgelig i samfunnet for øvrig. Etter endt kreftbehandling står du omgitt av jublende venner, familie, kolleger og arbeidsgivere med tindrende forventning i blikket: Går det bra? Du tør jo ikke svare annet enn «ja». Du er jo kreftfri, men har aldri følt deg dårligere i hele ditt liv.

Mange kreftoverlevende plages av skam over ikke å strekke til og forventningspress om hele tiden å vise sin takknemlighet. Dette kan helsepersonell gjøre veldig mye med bare ved å endre sine holdninger til oss.

Hvorfor er det ikke mer status i å hjelpe pasienter med å få livet sitt tilbake der det er mulig? Det er jo veldig mye som kan gjøres med senskader i dag. Helsepersonell kan gjøre en heltmodig innsats for å gi tusenvis av kreftoverlevende livet i gave. Det levende livet, ikke bare en kropp som ikke er død.

ANNONSE

Hold deg
opplyst

sykepleien.no



gsk

VISSTE DU AT HEPATITT KAN SMITTE VIA SEKSUELL KONTAKT?

HEPATITT A

HEPATITT B

UNNGÅ SYKDOM PÅ REISE. SNAKK MED LEGE/REISEKLINIKK OM FOREBYGGING.

Hepatitt A og B er to av mange infeksjonssykdommer du kan risikere å bli utsatt for på reise. Det er flere måter du kan bli smittet på, og smitte kan skje selv om du er forsiktig. De vanligste smitteveiene er gjennom mat og drikke, ved ubeskyttet sex eller gjennom kontakt med urent medisinsk utstyr

REFERANSER *Hepatitis A Fact sheet WHO 2015* www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/ || *Hepatitis B fact sheet WHO 2015* www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/ || *Changing hepatitis A epidemiology in the European Union: new challenges and opportunities* www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21101

Mars 2018: NOR/TH/0002/17(1)

**SJEKK HVILKE
INFEKSJONER DET KAN
VÆRE ØKT RISIKO FOR
DIT DU SKAL OG FINN
NÆRMESTE REISEKLINIKK:**

VAKSINE.NO



SENEFFEKTER

etter kreftebehandling

Heldigvis lever stadig flere lenge etter en kreftebehandling, men prisen for forlenget overlevelse kan være plagsomme seneffekter.

FOR-
FATTERE



SIRI LOTHE
HESS
Studiesykepleier,
Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftebehandling, Oslo universitetssykehus



ALV A.
DAHL
Psykiater,
Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftebehandling, Oslo universitetssykehus



CECILIE E.
KISERUD
Onkolog, Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftebehandling, Oslo universitetssykehus

Foto: Erik M. Sundt og Sissel Vetter



Stadig flere nordmenn lever lenge etter diagnose og behandling av en kreftsykdom. Økningen henger sammen med økt forekomst, bedre diagnostikk og mer effektiv behandling av kreftsykdommene generelt.

Ved utgangen av 2016 var 263 000 nordmenn i live med en tidligere kreftdiagnose. Av disse hadde drøyt 165 000 (63 prosent) fått diagnosen for mer enn fem år siden (1, 2).

De store gruppene av overlevende har hatt bryst-, prostata-, tykktarms-, endetarms- eller føflekkreft. Ved bryst- og testikkelkreft og ved Hodgkins lymfom er fem års overlevelse nå på mer enn 85–90 prosent (3).

BIVIRKNINGER AV BEHANDLING

Kjemoterapi, strålebehandling og kirurgi er grunnelementene i kreftbehandling, og de blir ofte kombinert. Seneffekter er bivirkninger av disse behandlingene, og som enten kan ha meldt seg under behandlingen og vedvare over tid, eller som kan dukke opp mer enn et år eller senere etter behandlingen.

Seneffektene må altså skilles fra kortvarige og forbigående akutte bivirkninger. Noen av seneffektene kan være livstruende, slik som sekundær kreft eller hjerte- og karsykdommer (1, 2). Seneffekter som kronisk tretthet (fatigue) kan påvirke dagliglivet og redusere livskvaliteten og ofte også arbeidskapasiteten (4).

FORSKNING PÅ ETTERSKUDD

En utfordring i utforskningen av seneffekter er at flere av disse – som sekundærkreft og hjerte- og karsykdommer – først melder seg mange år etter at kreftbehandlingen er avsluttet. I løpet av den tiden kan kreftoverleverne ha vært utsatt for andre hendelser i livet, som kan gjøre det vanskelig å avgjøre om kreftbehandlingen er årsaken til den aktuelle helseplagen. Pasienten, de nærmeste og helsepersonell kan enten ha glemt

«Noen grupper av kreftoverlevende har økt risiko for utvikling av ny kreftsykdom.»

eller ikke være informert om en kreftsykdom som ble vellykket behandlet for mange år siden.

Seneffekter vi ser i dag, henger altså sammen med en behandling som har blitt gitt for mange år siden, og som kanskje ikke brukes lenger eller er forandret. Seneffekter av dagens behandling kan vi kanskje først identifisere om 10–30 år, og forskningen på seneffekter er derfor alltid på etterskudd i forhold til dagens kreftbehandling.

Mange av seneffektene, som kronisk tretthet, seksuelle problemer og hjerte- og karsykdommer, er vanlige i befolkningen ellers, og de er hyppigere i høyere alder. Siden to av tre pasienter får kreftdiagnosen etter fylte 60 år, er det viktig å vurdere om forekomsten av slike seneffekter hos kreftoverlevende er større enn i tilsvarende befolkningsutvalg.

Vi vil i de følgende avsnittene beskrive seneffekter som kan oppstå etter kreftbehandling.

Sekundær kreft

Noen grupper av kreftoverlevende har økt risiko for utvikling av ny kreftsykdom, noe som kan skyldes behandlingen og/eller arvelig disposisjon (1, 2). Både strålebehandling og enkelte typer kjemoterapi kan ha en kreftfremkallende virkning.

Så mye som 10–30 år etter strålebehandling kan en ny, solid kreftsvulst melde seg i eller nær det gamle strålefeltet, og risikoen er større jo større stråledoser som ble gitt opprinnelig. Et typisk eksempel er sekundær brystkreft etter tidligere strålebehandling mot mediastinum (brystskilleveggen) for Hodgkins lymfom.

Enkelte typer kjemoterapi kan også være kreftfremkallende og øke risikoen for leukemier og solide svulster. Sammenhengen mellom kreftbehandling (strålebehandling og kjemoterapi) og sekundær kreft har vært en sterk pådriver for å redusere behandlingsdosene så mye som mulig, samtidig

75 %

AV PASIENTENE SOM FÅR BEHANDLING FOR PROSTATAKREFT, FÅR 75 PROSENT EREKSJONSPROBLEMER.

Dette gjelder etter både operasjon og strålebehandling. Lav seksualdrift er også vanlig. Det viser forskningsresultater fra doktorarbeidet til Anne E. Kyrdalen. *Kilde: forskning.no*

30 %

KREFT REDUSERER SANNSYNLIGHETEN FOR Å DELTA I ARBEIDSLIVET MED

30 prosent for menn og 40 prosent for kvinner. Det viser en studie fra 2009 som er gjort av forsker Astri Syse i Statistisk sentralbyrå. *Kilde: forskning.no*

som man opprettholder høyest mulige kurasjonsrater.

Hjerte- og karsykdommer

Strålebehandling mot mediastinum, der hele eller deler av hjertet er inkludert eller nær strålefeltet, kan gi skade på hjertet, hjerteklaffer og koronararterier, med økt risiko for hjerteinfarkt, angina pectoris, klaffefeil og hjertesvikt (1, 2).

Enkelte cellegifter, som antracycliner, kan være skadelige for hjertet og gi myokardskade og hjertesvikt. Denne skaden er doseavhengig. Nyere medikamenter, slik som trastuzumab, som brukes i behandlingen av brystkreft, kan også gi redusert hjertefunksjon, men denne skaden er antatt å være reversibel (5).

Hos kreftoverlevende som var unge da de fikk hjertetoksisk behandling, er det typisk at disse hjertesykdommene opptrer tidligere enn hos personer som ikke har vært behandlet for kreft.

Hjerte- og karsykdommer hos kreftoverlevende kan også være en følgetilstand til utvikling av metabolsk syndrom, med overvekt, høyt blodtrykk, fastende blodsukker og høye lipidverdier i blodet. Norske undersøkelser har vist økt forekomst av metabolsk syndrom hos overlevende etter testikkel- og eggstokkreft (6, 7).

Gonadedysfunksjon og infertilitet

Seneffekter kan gi avvik fra normal funksjon i testikler eller eggstokker (gonadedysfunksjon) og ufrivillig barnløshet (infertilitet).

Kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi kan føre til primær eller sekundær nedsatt hormondannelse i testikler eller eggstokker (hypogonadisme), avhengig av skade mot eller fjerning av testikler, eggstokker, hypofysen eller hypothalamus (2). Alvorlig hypogonadisme er sjeldnere hos mannlige kreftoverlevende enn hos kvinnelige.

Nedfrysing av sæd før behandling har vært praksis lenge for menn, mens nedfrysing av egg og vev fra

«Seneffekter av dagens behandling kan vi kanskje først identifisere om 10–30 år.»

testikler eller eggstokker fortsatt har eksperimentell karakter.

Substitusjon av kjønnshormoner kan være aktuelt, men som hovedregel ikke hos overlevende etter prostata- eller brystkreft.

Sammenliknet med befolkningen for øvrig er befruktningsratene tidligere vist å være redusert hos kreftoverlevende, men etter innføring av nyere behandlingsformer og -teknikker har forskjellene blitt mindre for noen diagnosegrupper (8).

HOVED- BUDSKAP

Stadig flere lever lenge etter en kreftdiagnose og -behandling. Det er blitt større oppmerksomhet rundt kreftoverlevendes helse og livskvalitet blant både helsepersonell, forskere og politikere. Ved utgangen av 2016 var 263 000 nordmenn i live med en tidligere kreftdiagnose. Kreftoverlevende kan i varierende grad få seneffekter, noen alvorlige og livstruende, som sekundær kreft og hjerte- og karsykdommer. Andre seneffekter, som fatigue, kognitive problemer, nevrologi, seksuelle problemer, angst og søvnvansker, kan redusere både livskvaliteten og arbeidskapasiteten.

NØKKELO- ORD

- Kreftoverlevende
- Seneffekter
- Somatiske og psykososiale helseplager

263 000

32 827 PERSONER FIKK PÅVIST KREFT I 2016.
263 000 HAR ELLER HAR HATT EN KREFTDIAGNOSE.

I dag overlever to av tre kreftrammede nordmenn. Det er dobbelt så mange som for 50 år siden. Funnene er fra en studie utført av blant andre Jon Håvard Loge, professor ved Universitetet i Oslo.

Kilde: forskning.no/Krefregisteret

DOI-nummer:
10.4220/
Sykepleiens.
2018.72626

Perifer nevropati

Behandling med cellegifter som cisplatin, vinkaalkaloider og taxaner leder til sykdommer i perifere nerver (nevropati) hos 20–30 prosent av de eksponerte pasientene (2). For noen kreftoverlevende begrenser det seg til nummenhet i fotsålene og/eller fingertuppene, mens andre får smerter i beina, som kan forstyrre søvnen. Det finnes lite dokumentert god behandling for slik nevropati.

Cisplatin er også skadelig for hørselen, noe som kan føre til øresus og nedsatt hørsel for høye toner (9).

Benskjørhet

Benskjørhet kan være en følge av hypogonadisme hos kreftoverlevende av begge kjønn. Pasienter behandlet for prostatakreft eller brystkreft med langvarig hormonbehandling har spesielt høy risiko for utvikling av benskjørhet (2). Med vitamin D, kalsium og legemidler – i tillegg til fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold – har vi gode behandlingsmuligheter for denne seneffekten.

Fatigue

Seneffekten vedvarende tretthet (fatigue) handler om opplevd tretthet, følelse av utmattelse og mangel på energi som ikke bedres av hvile, og som ofte ledsages av svekket hukommelse og konsentrasjonsevne (1, 2, 4). Fatigue kan være av lang varighet, og vi definerer fatigue som kronisk når den har vart sammenhengende i seks måneder eller mer.

Kronisk fatigue rapporteres av 12 prosent av befolkningen, noe mer blant kvinner enn menn og mer med høyere alder (10). Forekomsten er høyere hos grupper av kreftoverlevende og angis av mellom 15 og 35 prosent av kvinner med brystkreft, pasienter med lymfom og menn med prostatakreft som har fått strålebehandling og/eller hormonbehandling.

Det gjør kronisk fatigue til en av de hyppigste seneffektene blant kreftoverlevende. Både somatiske og

«Risikoen er større jo større stråledoser som ble gitt opprinnelig.»

psykiske forhold synes av betydning for kronisk fatigue.

Fatigue krever derfor individuell utredning fordi den kan ha sammenheng med somatiske sykdommer og psykiske plager. Mange behandlingssopplegg har vært forsøkt for fatigue, men systematisk fysisk trening, kognitiv terapi og stressmestring er per i dag vist å ha den beste effekten. Uansett er det viktig at pasientene som opplever kronisk fatigue, får god informasjon om tilstanden (11, 12).

Seksuelle problemer

Som fatigue har seksuelle problemer innslag av både somatiske og psykiske komponenter. Igjen er det slik at seksuelle problemer er vanlige i befolkningen (13), så spørsmålet er om forekomsten har økt hos kreftoverlevende, og om kreftsykdommen er den sentrale blant årsaksfaktorene. Hos kreftoverlevende er målet å komme tilbake til det nivået av seksuell aktivitet og utbytte som man hadde før kreftbehandlingen.

Generelt er seksualitet et overskuddsfenomen, der seneffekter som smerter, fatigue, depresjon, angst og mangel på lyst innvirker negativt på seksualfunksjonen. Når kjønnsorganene eller deres nerve- eller blodforsyning skades, nedsettes den seksuelle funksjonsevnen. Dette skjer typisk ved prostatakreft hos menn og gynekologisk kreft og brystkreft hos kvinner (1, 2).

Men det kan også hende at forventningene til seksuallivet senkes, slik at en redusert seksualfunksjon etter kreftbehandling ikke oppleves som et problem for den det gjelder.

Det finnes ulike hjelpemidler og tiltak for både kvinner og menn som kan bedre svekkede seksualfunksjoner.

Kroniske smerter

Kreftbehandling kan føre til funksjonssvikt, arrdannelse og lymfødem, som kan gi kroniske smerter. Slike plager er nært knyttet til depresjon og søvnproblemer. Adekvat smertebehandling er viktig hos kreftoverlevende.

20 ÅR

KVINNER SOM HAR FÅTT STRÅLEBEHANDLING MOT BRYSTKREFT, HAR FORTSATT FORHØYET RISIKO FOR Å FÅ INFARKT 20 ÅR SENERE,

sammenliknet med normalbefolkningen, ifølge Karolinska Institutet. Risikofaktorene er høyt blodtrykk eller andre kjente risikofaktorer for hjertesykdom, røyking, diabetes, kols og høy kroppsmasseindeks.

Kilde: forskning.no

6 AV 10

FORBEDRET DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING GJØR AT MER ENN 6 AV 10 KREFTPASIENTER FORTSATT ER I LIVE FEM ÅR ETTER

at de har fått en kreftdiagnose, ifølge rapporten «Seneffekter etter kreftbehandling – faglige råd».

Kilde: Helsedirektoratet

Angstproblemer

Angst er en reaksjon på fare, noe som jo er en naturlig reaksjon på å bli diagnostisert med kreft, som man vet kan føre til kraftig redusert livskvalitet og eventuell død. Det er godt dokumentert at risikoen for og forekomsten av panikk lidelse og generalisert angstlidelse er høyere blant kreftoverlevende enn i befolkningen for øvrig (1, 2, 4).

Angst for tilbakefall har vist seg som et spesifikt problem for kreftoverlevende. Det handler om at overlevende med en objektivt god prognose likevel har betydelig angst for tilbakefall eller spredning av kreften (14). En norsk undersøkelse fant at 30 prosent av testikkelkreftoverlevende, med garantert god prognose, likevel rapporterte om plagsom tilbakefallsangst (15).

Depresjoner

Depresjoner er først og fremst reaksjoner på både virkelige og symboliske tapsopplevelser. En kreftsykdom representerer ofte et tap av funksjon, energi og opplevelse av god helse. Forekomsten av depresjon blant kreftoverlevende er ikke høyere enn i befolkningen ellers etter at behandlingen er gjennomført, og forekomsten hos ektefeller og partnere er like høy som hos pasientene (1, 14).

Søvnvansker

Innsøvningsvansker, tidlig oppvåkning og dårlig søvnkvalitet blir rapportert av tre av ti kreftoverlevende. Slike vansker er knyttet til depresjon,

angst, smerter og vasomotoriske symptomer som hetetokter. Disse vanskene bør diagnostiseres og behandles, men ikke med sovemidler over lang tid (1, 2, 14).

Kognitive problemer

I de senere årene har mange kreftpasienter rapportert om opplevde vansker med oppmerksomhet, konsentrasjon, hukommelse og oppgaveløsning, særlig etter cellegiftbehandling (2, 14). Heldigvis forsvinner disse vanskene hos de fleste i løpet av et år

«Kronisk fatigue er en av de hyppigste seneffektene blant kreftoverlevende.»

etter behandlingen, men omtrent 15 prosent av kreftpasientene har slike plager over lengre tid (16).

Det er viktig for helsepersonell å vite at nevropsykologiske testresultater ofte samsvarer dårlig med kreftoverlevenes egne angivelser. Kognitive treningsprogrammer er et felt i rask utvikling, så mulighetene for hjelp synes å være til stede.

Personligheten

Nevrotisme er et grunntrekk i personligheten, kjennetegnet ved en

tilbøyelighet til å oppleve negative følelser som angst, frykt, tristhet, sinne, skyld, irritasjon, ensomhet, bekymring, selvbewissthet, misnøye, fiendtlighet og dårlig selvtilit (4). Nesten 10 prosent av befolkningen har en høy grad av nevrotisme, og for dem representerer en kreftsykdom en ekstra sterk belastning (17, 18).

Det er viktig at helsepersonell kan identifisere kreftoverlevende med høy grad av nevrotisme, siden de trenger mer tid og mer kontakt, og er mer usikre og har flere spørsmål enn kreftoverlevende flest. Det å gi seg god tid og være tålmodig med denne gruppen kan gi god uttelling over tid.

Arbeidsevne

Arbeidsevne har en fysisk, psykisk og sosial komponent, og alle kan rammes av seneffekter som fatigue eller sosial angst som følge av for eksempel synlige arr eller svelgevansker.

Mange kreftpasienter trenger lang sykmelding før de kommer tilbake i jobb, og andre faller helt ut av arbeidslivet med tidlig uføretrygd (1, 2, 14). Vårt inntrykk er at mange Navkontor trenger mer kunnskap om følgene av seneffekter.

TILTAK

Kreftoverlevende har altså risiko for en rekke somatiske, psykiske og sosiale seneffekter, som kan møtes på ulike måter. Et tiltak er regelmessige screeningundersøkelser for eksempel med mammografi for kvinner som har fått strålebehandling mot

26
UKER

AV DEM SOM FÅR EN KREFTDIAGNOSE, HAR 40 PROSENT VÆRT SYKMELDT EN PERIODE I FORKANT.

Det tar ofte tid å diagnostisere kreft. Derfor er mange fortsatt under behandling når utbetaling av sykepengene stopper.

Kilde: forskning.no

40 %

AV DEM SOM FÅR KREFT, ER 40 PROSENT I ARBEIDSFØR ALDER. DE FLESTE SOM VAR I ARBEID FØR DIAGNOSEN,

kommer også tilbake til arbeidslivet. Likevel opplever en del av disse redusert arbeidsevne på grunn av kreften. Det sier Steffen Torp, professor ved Universitetet i Sørøst-Norge. Kilde: forskning.no

mediastinum i ung alder (under 35 år) der brystvev er inkludert i strålefeltet, for eksempel for Hodgkins lymfom.

Et annet tiltak er endringer mot en sunnere livsstil med anbefalt kosthold, røykekutt, regelmessig mosjon, vektreduksjon og begrenset inntak av alkohol. Livsstilsendringer krever sterk motivering av kreftoverlevende og tett oppfølging.

En tredje måte er behandling av og tiltak mot senefekter som kardiovaskulære tilstander, hormonforandringer, angst, depresjon, kronisk tretthet og seksuelle problemer.

Det finnes per i dag et begrenset helsetilbud i spesialisthelsetjenesten spesielt for kreftoverlevende med senefekter, med poliklinisk virksomhet i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst.

For noen kreftdiagnoser blir pasientene etter avsluttet primærbehandling kontrollert ved den avdelingen der de ble behandlet, i noe tid før fastlegene overtar ansvaret for pasientene, mens for andre kreftdiagnoser foregår kontrollene hos fastlege etter endt primærbehandling.

For noen kreftformer inneholder de nasjonale faglige retningslinjene (19) avsnitt om langtidsoppfølging og senefekter. Hvordan helsetilbudet til norske langtidsoverlevende etter kreft skal organiseres, er – når dette skrives – under debatt. I praksis vil ofte en fleksibel samhandling mellom spesialist og fastlege fungere bra.

AVSLUTNING

Heldigvis er det stadig flere kreftpasienter som lever lenge etter diagnosen og behandlingen. Dessverre kan prisen for forlenget overlevelse være utvikling av plagsomme senefekter som kan redusere deres arbeidsevne og livskvalitet.

Sykepleiere og annet helsepersonell som har oppfølgingsansvar for kreftoverlevende, bør gjøre seg kjent med de vanlige senefektene, identifisere dem, foreslå forebyggende tiltak, sørge for nødvendig screening og oppfølging og eventuelt starte behandling (5). ■

REFERANSER

1. Kiserud CE, Dahl AA, Fosså SD. Cancer survivorship in adults. I: Goerling U, Mehnert A, red. *Psycho-oncology (recent results in cancer research)*. Berlin: Springer; 2018.
2. Kiserud CE, Dahl AA, Fosså SD, red. *Kreftoverlevende*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
3. *Kreftregisteret. Kreft i Norge 2016*. Oslo: Kreftregisteret; 2017.
4. Reinertsen KV, Loge JH, Brekke M, Kiserud CE. *Kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende*. Tidsskr Nor Lægeforen. 2017.
5. Helseidrettsrådet. *Senefekter etter kreftbehandling*. Faglige råd. Oslo: Helseidrettsrådet; 2017. IS-2551. Tilgjengelig fra: <https://helseidrettsrådet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Senefekter%20etter%20kreftbehandling-IS-2551.pdf> (nedlastet 04.09.2018).
6. Haugnes HS, Aass N, Fosså SD, Dahl O, Klepp O, Wist EA, et al. Components of the metabolic syndrome in long-term survivors of testicular cancer. *Ann Oncol*. 2007;18(2):241–8.
7. Liavaag AH, Tonstad S, Pripp AH, Tropé C, Dørum Å. Prevalence and determinants of metabolic syndrome and elevated Framingham risk score in epithelial ovarian cancer survivors: a controlled observational study. *Int J*

Gynecol Cancer. 2009;19(4):634–40.

8. Stensheim H, Cvancarova M, Møller B, Fosså SD. Pregnancy after adolescent and adult cancer: a population-based matched cohort study. *Int J Cancer*. 2011;129(5):1225–36.

9. Schlichting E, Wist E, red. *Kreftsykdommer*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.

10. Loge JH, Ekeberg Ø, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. *J Psychosom Res*. 1998;45(1):53–65.

11. Mohandas H, Jaganathan SK, Mani MP, Ayyar M, Rohini Thevi GV. Cancer-related fatigue treatment: an overview. *J Cancer Res Ther*. 2017;13(6):916–29.

12. Hilfiker R, Meichtry A, Eicher M, Nilsson Balfe L, Knols RH, Verra ML, et al. Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2018;52(10):651–8.

13. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382(9907):1817–29.

14. Dahl AA. *Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2016.

15. Skaali T, Fosså SD, Bremnes R, Dahl O, Haaland C, Hauge ER, et al. Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psycho-Oncol*. 2009;18(6):580–8.

16. Wefel JS, Kesler SR, Noll KR, Schagen SB. Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment in adults. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(2):123–38.

17. *Karterud S. Personlighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.

18. Dahl AA. Link between personality and cancer. *Future Oncol*. 2010;6(5):691–707.

19. Helseidrettsrådet. *Nasjonale faglige retningslinjer. Veiledere, prioriteringsveiledere og pakkeforløp kreft [internett]*. Oslo: Helseidrettsrådet [sitert 27.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://helseidrettsrådet.no/retningslinjer>

3402

I 2016 FIKK 3402 PERSONER DIAGNOSEN
BRYSTKREFT.

Dette er den hyppigste kreftformen blant kvinner, og 25 til 30 prosent av tilfellene er aggressive. Menn blir sjelden rammet av denne typen kreft.

Kilde: forskning.no/Kreftregisteret

< 40 år

CIRKA HALVPARTEN AV PASIENTENE MED
HODGKINS LYMFOM ER YNGRE ENN 40 ÅR.

For alle pasienter er det 70 prosent sjanse for at man er i live fem år senere. For pasienter som var under 40 år ved diagnostisering, er sjansen 90 prosent.

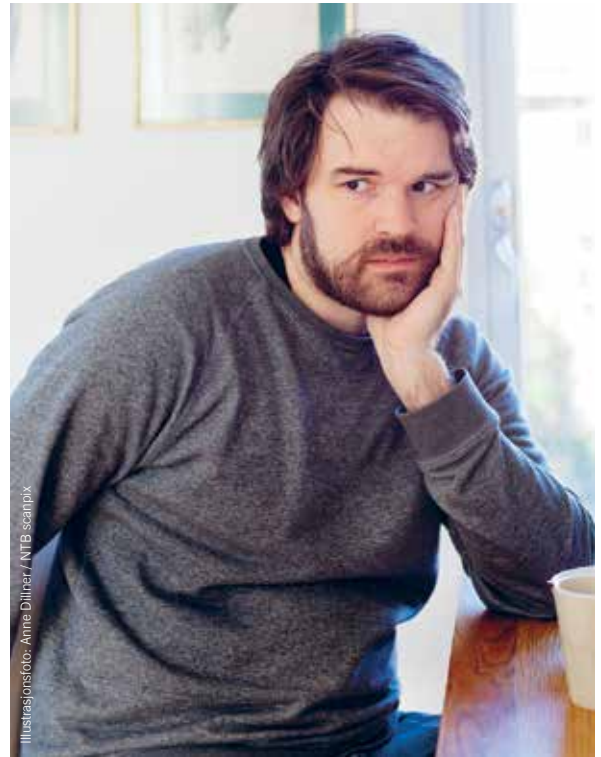
Kilde: tidsskriftet.no



Følg eller lik oss
på Facebook,
så får du sakene
rett inn i feeden

– men vil du ha
full oversikt og
nyhetene
før alle andre:
gå til

sykepleien.no



Illustrasjonsfoto: Anne Dillner / NTB scanpix

Lurer du på noe om kreft? Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

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

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

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

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

**Ring 21 49 49 21 eller chat med oss på
kreftforeningen.no**



KREFTFORENINGEN

Kort om KREFT- BEHANDLING

Dette er metodene for å behandle kreft. I tabellene kan du se en oversikt over hvilke senskader man kan få av de ulike behandlingene.

Kilde: *Kreftsykdommer* av Ellen Schlichting og Erik Wist (red.)

FAKTA



Foto: Erik M. Sundt

IMMUNTERAPI

tar utgangspunkt i at kreft er et uttrykk for en svikt i immunsystemet. Et immunologisk sjekkpunkt er et protein eller en signalvei som regulerer immunrespons for å minimere skader i eget vev. Kreftceller kan påvirke disse og oppnå immunologisk toleranse.

Immunterapien fremmer tilleggssignaler eller motvirker tumorens hemmende signaler, slik at immunforsvaret kan nå kreftcellene. De vanligste bivirkningene av immunterapien er reversible betennelsestilstander i eget vev, men man har også sett endokrine skader som krever livslang substitusjonsbehandling.

FAKTA



Foto: Doug Olson / Mosphotos

CELLEGIFT

er ulike former for cytotoxiske stoffer som benytter forskjellene på friske celler og kreftceller til å skade kreftcellene. Forskjellene er ofte små og kvantitative, og dermed skades også de friske cellene, om enn i mindre grad.

Kurativ terapi vil ofte balansere på grensen mellom terapivikt ved for lav dose og uakseptable bivirkninger ved for høy. Celler med høy celledeling er de som i størst grad blir rammet, men enkelte cellegifter kan gi irreversible skader på langsomt delende celler som hjerte- og nerveceller.

Ikke alle kreftformer responderer på cellegift, men den er mest effektiv ved kreft hos barn. Høy dose, raskt innsettende behandling og flere stoffer i kombinasjon er behandlingsprinsipper ved cellegiftbehandling.

Eksempler på mulige seneffekter etter cellegift og endokrin terapi hos kreftoverlevende som ble behandlet for kreft i voksen alder.

Organ/vev	Seneffekt	Ansvarlig forbindelse	Krefttyper der dette er spesielt relevant
Alle vevstyper	Sekundær kreft inklusiv leukemi	Alkylerende midler, topoisomerasehemmere, antrasykliner, purinanaloger	Alle krefttyper, spesielt hos unge med lang forventet levetid
Dental/oral helse	Karies, munntørrhet	Alle typer cytostatika, gitt i store doser	Alle typer kreft behandlet med intensiv eller høydosert kjemoterapi
Øye	Katarakt	Steroider	Malignt lymfom
Nerve-systemet	Nedsatt hørsel, tinnitus, sensorisk nevropati, kramper, Raynauds fenomen	Metotreksat, cisplatin, oxaliplatin, vinkaalkaloider, taxaner, kombinasjonsterapi med mange stoffer	Gynekologisk kreft, testikkelkreft, lymfom, mage-/tarmkreft, sarkomer
Lunge	Lungefibrose	Bleomycin, karmustin, metotreksat	Testikkelkreft, lymfomer, sarkomer
Hjerte og sirkulasjon	Hjertesvikt, koronarsykdom	Antrasykliner, høydose cyklofosamid, cisplatin, taxaner, trastuzumab, LH-RH-analoger (sekundært til testosteronmangel)	Lymfomer, brystkreft, testikkelkreft, sarkomer, prostatakreft
Nyre	Nedsatt nyrefunksjon, nyresvikt	Cisplatin, metotreksat, nitrosoareforbindelser	Testikkelkreft, gynekologisk kreft, hode-/halskreft
Lever	Nedsatt leverfunksjon, cirrhose, leversvikt	Metotreksat, karmustin	Lymfomer, sarkomer

FAKTA



Foto: Mosphotos

HORMONBEHANDLING

kan tas i bruk der kreftcellene er avhengige av hormonell stimuli for å dele seg. Ved å endre det hormonelle miljøet i kroppen bremses tilveksten av nye celler.

Behandlingen brukes bare forebyggende eller supplerende, da det før eller siden vil dannes resistente kreftceller. Prostata- og brystkreftpasienter blir ofte satt på hormonblokkade – det gir en rekke bivirkninger, som er reversible når behandlingen avsluttes.

FAKTA



Foto: Marit Fonn

STRÅLING

virker ved å påvirke cellenes arvemateriale slik at de dør eller slutter å dele seg. Stråling skader også de friske cellene. Celler med rask celledeling, som hud, hårsekker og slimhinne, vil i løpet av ukene etter strålingen få en reaksjon, men vil som oftest tilhele.

Skader på celler med langsom celledeling, som brusk, kjertler og muskelvev, vil manifestere seg senere og kan også være irreversible. Behandlingen gis i korte intervaller (fraksjoner) for å gi normalvevet mulighet til å reparere seg selv.

Ved brachyterapi plasseres radioaktivt materiale inne i svulsten. Det gir mindre påvirkning av friskt vev.

Kurativ strålebehandling gis når kirurgi ikke er mulig. Man vil da ofte måtte gi doser nært opp til normalvevets toleransegrense. I tillegg til vevskader i strålefeltet er det en økt risiko ved sekundær kreftutvikling etter strålebehandling.

Eksempler på mulige seneffekter etter stråleterapi hos kreftoverlevende som ble behandlet for kreft i voksen alder.

Organ/vev	Seneffekt	Krefttype/region behandlet hvor dette er spesielt relevant
Alle vevstyper	Sekundær kreft	Alle krefttyper, spesielt hos unge individer med lang forventet levetid
Dental/oral helse	Karies, munntørrehet	Øre-nese-hals-kreft, malignt lymfom
Øye	Katarakt, tørre øyne, nedsatt synsfunksjon	Hjernesvulster, øre-nese-hals-kreft
Nervesystemet	Nedsatt kognitiv funksjon, cerebral atrofi, påvirkning av motorisk og/eller sensorisk nervefunksjon	Svulster i/nær sentralnervesystemet
Hypofyse/hypotalamus	Lave nivåer av ulike hormoner	Hjernesvulster
Thyreoidea	Hypotyreoase	Hodgkins lymfom, brystkreft, hode-/halskreft
Lunge	Lungefibrose, nedsatt lungefunksjon	Kreft i bryst, lunge, Hodgkins lymfom, all stråleterapi mot thorax
Hjerte og sirkulasjon	Koronarsykdom, annen aterosklerotisk sykdom, hjertesvikt	Kreft i bryst, lunge, testikler, Hodgkins lymfom, stråleterapi mot mediastinum
Nyre	Hypertensjon, nedsatt nyrefunksjon, hydronefrose	Kreft i testikkel, gynekologisk kreft, Hodgkins lymfom, øvrig stråleterapi mot mageregionen
Mage-tarm-kanalen	Malabsorpsjon, strikturer, diaré, ulcera, perforasjoner, proktitt, blødning fra tarm	Stråleterapi mot det lille bekken og øvrig mage-tarm-region
Lever	Nedsatt leverfunksjon, cirrhose	Stråleterapi mot lever
Blære	Blærefibrose, nedsatt blærekapasitet	Alle svulster i bekkenet
Eggstokker/testikler	Menn: sterilitet, lave testosteronnivåer Kvinner: sterilitet, prematur menopause	Kreft i testikler, prostata, endetarm, gynekologisk kreft, øvrig stråleterapi mot det lille bekken
Ben og bløtvev (muskler, bindevev)	Atrofi, deformiteter, fibrose, osteoradionekrose	Kreft i bryst, sarkom, Hodgkins lymfom, hode-/halskreft
Lymfesystemet	Lymfødem	Brystkreft, øre-nese-hals-kreft, svulster i bekkenet
Hematologisk vev og immunsystemet	Lave verdier av ulike blodceller, myelodysplastisk syndrom, immun-suppresjon, akutt leukemi	Stråleterapi mot knokler med mye aktiv benmarg (bekken, brystben)

FAKTA



Foto: Stig M. Weston

KIRURGI


er den viktigste behandlingsformen ved alle solide svulster. 80 prosent av alle kreftpasienter som blir kurativt behandlet, blir operert kirurgisk. Ofte blir operasjon utført etter behandling med cellegift eller stråling for å forenkle inngrepet.

Det forskes mye på presisjon og omfang av inngrepet. For brystkreft har man gått fra svært omfattende fjerning av både bryst, lymfe og muskelvev til enkle brystbevarende inngrep. Ved endetarmskreft har man derimot begynt å fjerne en større del av tarmen for å unngå stråleterapi.

Pasienter som kun har mottatt kirurgisk behandling, er av dem som har færrest senskader, med unntak av dem som har blitt utsatt for omfattende amputasjoner, eller som har fått utført inngrep på hormonproduserende organer. Lymfe og fordøyelse er systemer som også kan bli påvirket av kirurgiske inngrep.

Eksempler på **mulige seneffekter etter kirurgi** hos kreftoverlevende som ble behandlet for kreft i voksen alder.

Prosedyre	Seneffekt	Krefttype/region hvor dette er spesielt relevant
Enhver prosedyre	Smerte, endret utseende, påvirkning av psykososial helse	Enhver krefttype hvor omfattende kirurgi er utført
Kirurgi som involverer sentralnervesystemet (hjerne, ryggmarg)	Påvirkning av kognitiv funksjon, motorisk og/eller sensorisk nervefunksjon, syn, svelging, språk	Hjernesvulster
Kirurgi som i betydelig grad affiserer perifere nerver	Påvirkning av motorisk og/eller sensorisk nervefunksjon, tarm- og blærekontroll, ereksjon, ejakulasjon	Svulster i det lille bekken, testikkelkreft (glandeltoalett)
Hode-/halskirurgi	Problemer med språk, svelging og pust, endret utseende, skade av muskulatur og bløtvev	Hode-/halskreft
Lungekirurgi	Pusteproblemer, nedsatt lungefunksjon, sekundær hjertesvikt	Lungekreft, enhver omfattende intratorakal svulst
Kirurgi i mage-regionen	Økt risiko for tarmobstruksjon, brokk og endret tarmfunksjon	All kreft i mage/tarm, alle inngrep i abdominalhulen
Fjerning av milten	Nedsatt immunforsvar, økt risiko for sepsis	Hematologisk kreft
Bekkenkirurgi inklusive prostatektomi	Seksuell dysfunksjon, inkontinens, brokk, tarmobstruksjon	Kreft i prostata, blære og endetarm, gynekologisk kreft
Fjerning av testikler, eggstokker, livmor	Seksuell dysfunksjon, gonadal dysfunksjon (menn: sterilitet, lave testosteronnivåer, kvinner: sterilitet, prematur menopause)	Testikkelkreft, gynekologisk kreft
Amputasjon, ekstremitetssparende kirurgi	Funksjonelle endringer, kosmetisk deformitet, artrose i andre ledd, postkirurgisk/nevropatisk smerte, fantomsmerter	Sarkom
Fjerning av lymfeknuter	Lymfødem	Kreft i bryst, svulster i det lille bekken



VENSTRE: Kenneth Aas måtte lære seg å skyte med venstre hånd, men deltok likevel på Landskytterstevnet på Stjørdal i august. Her er han på treningsfeltet ved hjembygda Mostadmark.

Kenneth VAR BARE ÅTTE ÅR DA LIVET FORANDRET SEG

Hvem kunne visst at barndommen skulle fylles med sykehusopphold og cellegiftkurer?

TEKST ELLEN MORLAND | FOTO ERIK M. SUNDT

Det er landsskytterstevne i Ulven utenfor Bergen. Året er 2002, og Kenneth Aas fra den lille bygda Mostadmark i Trøndelag er 13 år gammel.

Det ble verken fotball eller langrenn for den rødhåra pjokken. Men skyting. Fra han var liten, hadde han vært med faren, som er en ivrig skytter. Den første pokalen fikk han da han var åtte år. På Landsskytterstevnet var han første gang i 2001. Nå, et år etter, har det løsnet på resultatsiden. Han oppnår hele 248 poeng, med 21 blink. Det meste man kan få, er 250 med 25 sentrumsblink. Han er blitt en av de unge lovende juniorene i skyttermiljøet.

SPRINGSTEEN

Nå er Kenneth Aas blitt 30 år. I Mostadmark er det sommer, og trønderskogene er på sitt grønneste. For noen få år siden hjalp familien til med å bygge hus her i hjembygda, rett ved der både foreldrene, broren og bestemor holder til.

Livet har ikke blitt helt som forventet. Allerede da han var på sitt første landsskytterstevne, hadde Kenneth Aas fått kjenne på livet som kreftsyk. Da han som 13-åring nesten skjøt seg til finalen i Bergen, hadde han bare ett bein, men det gikk jo fint å skyte likevel. Det skulle forandre seg.

– Det blir vel litt som Springsteen og «Glory Days», sier han og smiler blekt.

Kenneth Aas viser frem høyrehånda og trykker fingrene ned i kjøkkenbordet.

– Dette kjenner jeg ikke. Kanskje har jeg en aning, men det er vel fordi jeg ser at fingrene berører bordet.

Da han var 17 år, slo kreftsykdommen til for tredje gang i unge Kenneths liv. Han hadde gått med smerter i nakken hele høsten. Undersøkelsene viste at det ikke var snakk om svulst, men karnøster, som ble fjernet. Men legene oppdaget også kreft i lungene. Nå hadde også høyrearmen gradvis blitt dårlig, han mistet følelsen i fingrene. En seneffekt av strålebehandlingen han fikk etter lymfekreften.

KENNETH AAS' (FØDT 1988) SYKDOMSHISTORIE:

8–9
år:

To runder med lymfekreft.

Operert og fikk cellegift.

Fikk også strålebehandling i etterkant.

Erklært frisk etter det.

12
år:

Beinkreft.

Fikk cellegift.

Førte til amputasjon.

17
år:

Legene undersøkte tegn på hjerneblødning og oppdaget residiv av beinkreften i venstre lunge, var redd for spredning til nakken, men dette var godartet karnøste.

Venstre lunge fjernet.

■ SENSKADER:

Fatigue, amputert bein, følelsesløs håndflate og fingre på høyre hånd, nedsatt hørsel, nedsatt lungekapasitet, nedsatt immunforsvar, ømfintlig mage, råtneteenner, nedsatt arbeidsevne.

Privat: Samboer, et bonusbarn
Yrke: Lærling innen kontor- og administrasjonsfag

Nå måtte han altså lære seg å bli venstrehendt. Med det gikk skytterkarrieren fløyten. Han fortsatte, men på et lavere nivå tilpasset den situasjonen han nå er i.

– Du kan si at skytingen nå er mer en sosial greie.

Ved kjøkkenbordet i det nybygde huset snakker han like gjerne videre om Bruce Springsteen. Om den lange bilturen for mange år siden med Springsteen på spilleren. Det var akkurat da han ble hekta. Om Springsteens Pete Seeger-prosjekt. Om alle konsertene guttegjengen har vært på rundt hele Europa. Wembley. Dublin. München. Og ikke minst da The Boss dukket opp i Trondheim!

«HOLLYWOOD-DRAMA»

Tross sin unge alder har Aas en journal så lang som en 80-åring, og så innholdsrik som et «hvilket som helst Hollywood-drama», som en av legene hans uttrykte det. I dag er det nesten som en besettelse å prøve å holde kroppen i gang og fatiquen mest mulig under kontroll.

– Kaffe, te? Jeg har ikke sukker til teen. Den slags prøver jeg å holde huset fri for, sier Aas mens han skjærer opp frukt på kjøkkenbenken.

Ut av vinduet sees naboens bondegård og skogklede åser så langt øyet rekker. Om det kommer en bil forbi på veien, er det bare kjentfolk. Veien inn til husklyngen er en sidevei til veien mellom Hommelvik og Selbu. For å komme seg på skolen måtte ungene fra Mostadmark ha maksitaxi frem til hovedveien, der skolebussen gikk. I disse traktene løp han ubekymret rundt med lillebroren og naboungene, inntil en høstdag i 1995.

HOVEN HALS

Halsen til åtte år gamle Kenneth hadde begynt å hovne opp. Kunne det være fettkjertler, som han hadde hatt noen av før? Da det omsider ble undersøkt, fant legene svulster. På våren året etter ble det konstatert lymfekreft. I løpet av få dager fikk han åpen biopsi, svulstene ble fjernet. Hele den sommeren gikk med til cellegiftkurer.

Det var tøffe tak, han ble dårlig. Men frisk, for så å få tilbakefall året etter. Det ble satt opp fire ukeslange ku-

«Heldigvis var det den venstre, for den høyre lungen er størst. Det var i hvert fall litt flaks.»

rer utover høsten i 1997 med påfølgende strålebehandling i januar i 1998.

Cellegiftbehandlingen gikk blant annet ut over hørselen, noe som har blitt en varig plage.

– Jeg var litt spent da jeg møtte deg, sier Aas om da han hentet meg på Hommelvik stasjon og kjørte oppover i lia og innover i retning Selbu.

– I bilen sitter passasjerene på siden med det øret



«Det blir lett at foten ikke sitter godt nok fast i hylsa, den går litt opp og ned.»



der hørselen er dårligst. Hadde du hatt en lys og svak stemme, hadde jeg hatt vanskelig for å høre deg.

I det «beste» øret er det øresusen som regjerer. En konstant pipelyd. Han prøver å gjenskape den tynne, lyse lyden.

TRENER FOR Å HOLDE KROPPEN I GANG

Den kanskje verste skaden kom noen år senere. Aas var tolv år og hadde begynt på taekwondo, men det gikk ikke så bra. Det var noe i beinet, han klarte nesten ikke å reise seg. Det viste seg at han hadde fått beinkreft, som etter hvert førte til at han måtte amputere høyre bein over kneet. Kreften gjenoppsto etter det i lungen, så den ene lungen også måtte fjernes.

– Heldigvis var det den venstre, for den høyre lungen er størst. Det var i hvert fall *litt* flaks.

Aas stopper noen ganger opp å snakke, blir andpusten, må ta en liten pause før han fortsetter den lange historien om sykdomsforløpet, treningen, forholdet til Nav og de forskjellige konsekvensene kreften har gitt.

Han beveger seg lett, men litt haltende rundt på kjøkkenet, serverer frukten, kaffe og te.

Å holde vekten nede og kroppen i form er blitt en fast rutine nå. Han kom godt i gang ved hjelp av foreningen Ung Kreft sin treningsgruppe Sjukt sprek etter en dårlig periode med mye vondt i kneet og noen kilo for mye.

– Jeg har fått et helt nytt liv etter at jeg begynte der.

Med én fot, én lunge og en vanskelig nakke må treningen

tilpasses. Det er viktig å oppnå helhetlig styrke, smidighet og balanse i kroppen, forklarer han.

– Jeg har blitt veldig opptatt av sunnhet og trening. En besettelse, ja, kanskje, men jeg kjenner hva det gjør med kroppen.

Treningene minimerer ettervirkningene av kreften.

– Uten trening stivner nakken, jeg får hodepine, og fatiguen blir verre. Kroppen fungerer ikke.

Helsen har nå stabilisert seg, men det er også et stort poeng å unngå sykdom som for eksempel lungebetennelse, som lett kan oppstå.

«Målet mitt er å komme opp i 50 prosent jobb.»

– En hensikt med treningen er også å kunne være mest mulig til stede for mine nærmeste, sier han.

EN STØTTE I SPREK SAMBOER

Aas er fast bestemt på at livet går videre, og at det skal leves så bra som mulig.

På veggen i stua henger et lite bilde av Aas og samboeren. I stua i det moderne huset er det også leker. Samboeren har et barn på fire år.

De traff hverandre via nettdating. Han lyser opp når han forteller hvordan det plutselig ble full klaff da han



LIVSVIKTIG: Kenneth Aas trener to dager i uken og jobber tre. Uten det ene klarer jeg ikke det andre, forklarer han.

egentlig hadde gitt opp nettdating.

– Jeg var så letta da vi møttes og hun ikke var en sånn som likte å gå på kafé, forklarer han ivrig.

Det var på vinteren i 2017. Sist vinter flyttet hun inn med barnet. Hun er glad i å gå tur, det gir Aas drahjelp. Han forteller om skogsturer de har vært på, og om etappen i St Olavsloppet han nylig deltok i. Fra Vikhammer til Stjørdal. 25 km med håndsykkelen.

– Jeg kjente den i brystkassa dagen etter, ja.

SLÅSS FOR JOBBEN

Kenneth Aas har fått bremsset ned utdanningsløpet kraftig som følge av alle rundene med sykdom. Nå er han lærling på Nortura, i kontor- og administrasjonsfag. Han er fast bestemt på å få på plass et arbeidsliv.

– Jeg vil jo delta i samfunnet, men det har vært en kamp å få det til.

Når man har redusert arbeidsevne, og bare kan jobbe noen timer i uka, blir det et økonomisk tapsprosjekt, forklarer Aas.

– Man får jo jobbe, men med redusert og noe ustabil arbeidsevne er det vanskelig å få jobb, og når da Nav attpåtil trekker ned i trygd, tar vekk

«Livet forandrer seg jo når man mister en fot, men det stopper jo ikke opp. Man skal videre.»

bostøtte og andre stønader, så er den lille lønna man får på jobb, med på at man går flere tusen i minus. Og med gjeld, hus og hjem så sier det seg selv at da blir det trygd i stedet for jobb, da.

Men til slutt fikk han Nav med på laget, og nå jobber han uten å tape på det.

– Målet mitt er å komme opp i 50 prosent. Jeg jobber tre dager i uka, femtimersdager. De to andre dagene må jeg ha til trening. Uten det ene klarer jeg ikke det andre. Jeg blir for sliten.

Alle møtene med helsevesenet og trygdevesenet har gitt mange erfaringer. Tilpassing og oppfølging av protesen er en egen historie, som har vært preget av kamp.

Ved amputasjonen i 2000 ble foten sydd på med ankelleddet foran, på den plassen kneet var.

Han setter seg på en kjøkkenstol og bretter opp buksa for å vise frem den kompliserte protesen. Foten som står bak frem, får støtte i en egen hylse i protesen.

– Du ser her. Det blir lett at foten ikke sitter godt nok fast i hylsa, den går litt opp og ned.

Å lage protese tilpasset dette krevde ekspertise på høyt nivå. Men protesen ble ikke godt nok tilpasset, han fikk ikke fysikalsk oppfølging, og dette bremsset treningen for å kunne gå ordentlig.

– Så lenge du er syk, får du alt mulig av det beste, men etterpå gir dem bare blaffen, du er overlatt til deg selv.

LIVET GÅR VIDERE

Men Kenneth Aas har heller mast og vært vrang og blitt sinna enn å slå seg til ro med det han har fått av oppfølging. Han oppsøkte selv eksperter på proteser i Bergen, det stedet de er flinkest, ifølge ham selv.

Tennene er en egen historie. Jekslene ble ødelagt av cellegiften han fikk som tolvåring, da han hadde bein-kreft. Han måtte til private spesialister som Nav ikke kunne dekke. Det ble fryktelig dyrt. Nå sliter han med skjevbit.

– Strengt tatt var jo skaden påført av behandlingen. Men det er klart, hadde jeg ikke fått cellegift, hadde jeg ikke levd, understreker han.

– Ja, vi har et fantastisk velferdssystem. Hadde jeg ikke vært født på denne gylne grein, hadde jeg vært dau for lengst. Men når man har levd i dette systemet i mange år, kan man få grå hår av byråkratiet.

Aas har hatt mye kontakt med Nav i strevet med å få leve et så normalt liv som mulig. Han har behov for tilpasset bil, tilpassing av protesen, tilpasninger i huset, vil få til å jobbe.

– Livet forandrer seg jo når man mister en fot, men det stopper jo ikke opp. Man skal videre.

Til nye skytterstevner og nye Springsteen-konserter. Gjerne jobb når læretiden er over neste år.

Levva livet, som de synger i Trøndelag. ■

LES MER

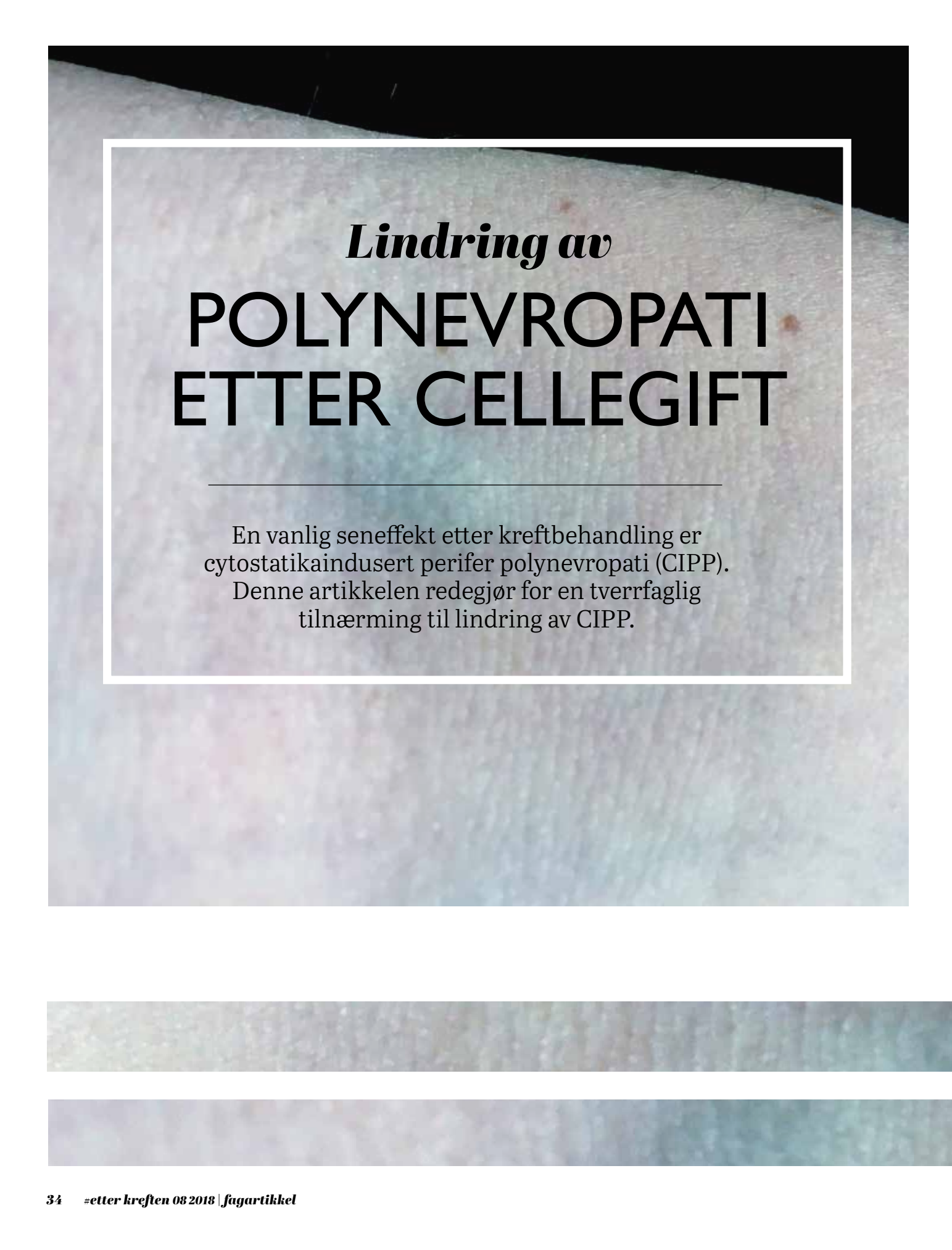
om polyneuropati etter cellegift på s. 34

om munnhuleproblemer i forbindelse med kreftbehandling på s. 84

om veien tilbake til arbeidslivet på s. 40



LANDLIGE OMGIVELSER: Kenneth Aas' hjembygd ligger mellom Hommelvik og Selbu i Trøndelag. Her er det rik tilgang på natur, noe som passer ham godt.



Lindring av **POLYNEVROPATI ETTER CELLEGIFT**

En vanlig seneffekt etter kreftbehandling er
cytostatikainduisert perifer polyneuropati (CIPP).
Denne artikkelen redegjør for en tverrfaglig
tilnærming til lindring av CIPP.

Cytostatikabehandling mot kreftsykdom involverer bruk av en rekke særlig toksiske legemidler (1). Cytostatika retter seg for det meste mot å hemme DNA-replikasjonen i definerte faser der tumorceller er mer sårbare enn friske celler.

Til tross for at kreftforskning har vært et enormt satsingsområde gjennom mange år, har man så langt ikke klart å påvise store forskjeller mellom kroppens friske celler og kreftcellene. Dette medfører at cytostatika som behandling *kan* ha en betydelig bivirkningsprofil (1).

VARIERENDE ALVORLIGHETS-GRAD

Langtidsoverlevelsen, på fem år eller mer etter diagnosetidspunktet, er i dag på mer enn 65 prosent blant alle kreftpasienter (2). Disse tallene skyldes først og fremst bedre behandling.

Men fremskrittene innen onkologi har dessverre også en ulempe i form av ulike seneffekter for pasientene. Cytostatikabivirkninger rammer først og fremst celler med høy delingsaktivitet, som hud, slimhinne og benmarg, og ikke-tverrstripet muskulatur og nevroner.

I relativt nyere kreftbehandling benyttes også taxaner, vinkaalkaloider og platinumforbindelser som cytostatika. Dette er stoffer som har en direkte toksisk virkning på perifere nerver (2). Disse stoffene brukes i behandlingen av de vanligste kreftsykdommene. Pasienter med lungekreft, lymfekreft, beinmargskreft, blodkreft, bein- og bløtvevskreft, brystkreft, testikkelkreft, mage-/

tarmkreft og gynekologisk kreft risikerer bivirkninger fra stoffene.

De ulike seneffektene har varierende alvorlighetsgrad. Noen kan være livstruende, mens andre, som perifer nerveskade, har mindre alvorlige, men likevel svært plagsomme symptomer og kan føre til lavere livskvalitet (2).

KAN BLI KRONISK

CIPP kan oppstå akutt under cytostatikakur, enten midt i eller i noen tilfeller etter avsluttet behandling. Symptomene er som regel avtakende (3). Hos noen kan det imidlertid bli en kronisk tilstand. Studier viser at en tredel av pasientene som blir rammet, sliter med plagene i flere år.

CIPP kan gi smerter fra nerver i leggen, prikking og nummenhet i fot-såle og hender, nedsatt sensibilitet og balanse (3). Det kan også oppstå øresus, nedsatt hørsel og autonome forstyrrelser (4).

CIPP er definert som skade på perifert nervesystem. Forskning viser at 85–95 prosent av pasienter som fikk cytostatikabehandling i form av oxaliplatin, fikk nerveskader, 45–98 prosent fikk nerveskader av cisplatinbehandling, og 57–98 prosent fikk nerveskader av vincristinbehandling. Av disse hadde 20 prosent sterke symptomer og 51 prosent milde symptomer (4).

Nevropatiutviklingen er først og fremst doseavhengig (5). Hvor hardt pasienten rammes, kan imidlertid også være genetisk betinget fordi evnen til nedbrytning av cytostatika er individuell, det kan være aldersbetinget fordi høy alder kan medføre

FORFATTERE



GRO SOPHIE HAUGEN
Spesialfysioterapeut, Seksjon for kreftrehabilitering – fysioterapi, Radiumhospitalet, OUS



HELENE MARIE HAUGEN
Sykepleier, Avdeling kreftbehandling – sykepleie, Radiumhospitalet, OUS

NØKKEL-ORD

- CIPP
- Polynevropati
- Kreftbehandling

HOVEDBUDSKAP

Cytostatika-indusert perifer polynevropati (CIPP) kan være en plagsom seneffekt etter kreftbehandling. Sykepleieren har en viktig rolle når det gjelder å kartlegge symptomer og iverksette tiltak. Sykepleieren kan også ta initiativ til samarbeid med annet helsepersonell der pasienten kan ha nytte av et tverrfaglig tilbud.

DOI-nummer:
10.4220/
Sykepleiens.
2018.71857

Foto: Sissel Vetter

axontap, og det kan påvirkes av andre nervesykdommer og/eller sykdommer som diabetes og alkoholisme (3).

Det er viktig å understreke at progresjon og residiv av tumor kan føre til liknende symptomer fra nervesystemet som CIPP (5). En slik mistanke må til enhver tid avklares med behandlende lege før diagnosen CIPP stilles.

SYKEPLEIETILTAK VED CIPP

Kreftpasienter står overfor en rekke utfordringer i møte med sin kreftsykdom (6). Sykdommen går gjennom ulike faser og påvirker pasientenes liv på flere områder. De må lære seg å leve med en skremmende diagnose, gjennomgå avansert behandling, utstå bivirkninger og håndtere redselen for tilbakefall og til og med døden.

Ved siden av dette må langtids-overlevende lære seg å leve med senefekter som avansert kreftbehandling kan føre til (6). Cytostatikainduerte senskader kan bidra til å redusere livskvaliteten kraftig og gi smerter og plager (3).

INFORMASJON

I møte med pasienter som har blitt behandlet med nevrotoksiske stoffer, er det viktig at helsepersonell er oppmerksomme på risikoen for utvikling av CIPP (3). Sykepleier bør etterspørre den typen symptomer og tegn som CIPP kan gi.

Erfaring viser at mange pasienter vegrer seg for å fortelle om plagene sine. De har gjerne en redsel for at symptomene kan indikere progresjon eller residiv av selve kreftsykdommen.

Sykepleier har et undervisende ansvar (7). God og tilpasset informasjon til pasienter som står i fare for å utvikle, eller allerede har utviklet, CIPP, kan i mange tilfeller avdekke pasienters misoppfatninger og redsler (8). Det kan tenkes at god kunnskap og informasjon om tilstanden i seg selv kan dempe smerte eller plager fra CIPP.

KARTLEGGE SMERTEN

I møte med pasienter som har smerter

som følge av sin CIPP, må sykepleier først og fremst kartlegge smerten (9). Sykepleier er avhengig av å vite smertens lokalisasjon, intensitet og varighet for å lindre den.

For pasienten kan også kartleggingen bli et hjelpemiddel til å bevisstgjøres på hva som forsterker eller lindrer plagen (9). Gode hjelpemidler for kartlegging av smerter generelt er utarbeidede skjemaer som Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) symptomskjema, Visuell Analog Scale (VAS), Numeric Rating Scale (NRS) smertevurderingsverktøy og smertekart.

Det er også utarbeidet valide og reliable spørreskjemaer for selvrap-

«Mange pasienter vegrer seg for å fortelle om plagene sine.»

portering av symptomer på CIPP, slik som Scale for Chemotherapy-Induced long-term Neurotoxicity (SCIN), European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-CIPN 20 og Functional Assessment of Cancer Therapy / Gynecologic Oncology Group-Neurotoxicity (FACT/COG-Ntx-13) (3).

SCIN har seks spørsmål, er utviklet i Norge og kan brukes fritt. Dessverre er det ingen spørsmål om motorisk funksjon i SCIN. Verken EORTC 20 CIPN eller FACT/COG-Ntx-13 foreligger i godkjent norsk oversettelse (3).

Legen kan ordinere smertestillende medikamenter. Såkalte *non-steroidal anti-inflammatoriske drugs*, NSAIDs, har lite eller ingen effekt. Derimot kan antiepileptika, antidepressiver, lokal anestesi og opioider gi lindring (10). Lidokain 5 % har vist god lindring på lokalisert nevropatisk smerte og kan påføres av pasienten selv ved behov (10).

Sykepleier kan også utføre ikke-medikamentelle tiltak for å lindre pasientens smerte (9). Perifer hemming

av nociseptive impulser ved massasje, elektrisk nervestimulering via TNS og/eller varme- eller kuldebehandling kan ha god lindrende effekt (9).

LIVSKVALITET

CIPP medfører ikke bare plager i form av smerte. Nummenhet i hender og føtter, nedsatt muskelkraft, hevelse og prikking kan begrense pasientens funksjonsevne i dagliglivet betraktelig. I tillegg påvirkes søvnkvaliteten negativt (4).

Slike begrensninger og plager kan føre til depresjon og angst. Selv om CIPP er et område det er relativt lite forskning på, ser man klare sammenhenger mellom livskvalitet og uttalt CIPP (4).

Sykepleier kan bidra til å bedre pasientens livskvalitet ved å kartlegge hvem vedkommende er, og hva han eller hun er opptatt av (11). Graden av mobilisering må avklares, og pasientens avhengighet av andre må begrenses så langt det lar seg gjøre (11).

Sykepleier bør ha kjennskap til aktuelle hjelpemidler som dropfot-skinne, ganghjelpemidler og «knappeknepper» og kunne informere om og veilede i bruken av disse.

Dersom pasienten utvikler alvorlig grad av CIPP, kan behandlende lege redusere dosen av de nevrotoksiske cytostatikaene i behandlingsprogrammet (4). Dette vurderes nøye i hvert enkelt tilfelle, da et slikt tiltak kan komme til å påvirke kreftbehandlingen negativt (1).

FYSIOTERAPI

Dersom pasienten plages av symptomer fra CIPP, kan sykepleier i samråd med lege henvise til fysioterapeut. Annen alvorlig tilstand som kan gi liknende symptomer, må som nevnt være utelukket. Hos fysioterapeut kan pasienten få ikke-medikamentell behandling av sensomotoriske utfall og smerter. Utbredt CIPP kan gi rett til stønad for behandling hos fysioterapeut etter folketrygdeloven § 5-8 (12).

Tilbakemeldinger fra pasienter i klinikken viser at de møter en del usikkerhet vedrørende CIPP hos



PRIKKING: CIPP kan gi smerter fra nerver i leggen, prikking og nummenhet i fotsåle og hender, nedsatt sensibilitet og balanse. Foto: Erik M. Sundt

fysioterapeuter. Dette kan forklares med at det er lite dokumentert forskning innen feltet. Dette er muligens grunnen til at det i liten grad har vært tradisjon blant norske leger for å hen-vise disse pasientene til fysioterapeut.

Anerkjente lærebøker innen fysioterapi og medisin omtaler fysioterapi ved perifer polyneuropati generelt (13–14). Tiltak som anbefales, er ulike former for sansemotorisk stimulering/trening og sirkulasjonsfremmende tiltak, for eksempel massasje, aktive øvelser, styrketrening, leddmobilisering, muskeltøyninger, balanseøvelser, elektroterapi og akupunktur. Målet for tiltakene er å forhindre kontrakturer, dempe

**«Det er viktig at pasienten får et hjemmetre-
ningsprogram.»**

smerter og øke blodsirkulasjonen.

Disse tiltakene går igjen i den sparsomme forskningslitteraturen som finnes, og som vil bli nærmere omtalt. En kan også lære litt om mulige lindrende effekter av fysioterapi ved CIPP gjennom å lete i litteratur som omhandler perifer polyneuropati ved andre sykdomstilstander (15).

TERAPEUTISK MASSASJE

Det er velkjent at massasje og lett mobilisering av leddene lindrer plagene ved diabetisk perifer polyneuropati. Slik behandling har også vist seg å ha effekt hos en pasient med CIPP i en kasusrapport (16). Massasje og lett leddmobilisering, også kalt terapeutisk massasje, kan fremme sirkulasjonen, lindre smerte gjennom stimulering av sensoriske nervefibre og bedre de biomekaniske forholdene.

I den nevnte kasusrapporten ble det målt temperaturøkning i huden som tegn på økt sirkulasjon, og pasientens

smerteskår sank betydelig. Forfatteren diskuterer en hypotese om at den påvisbare økte sirkulasjonen kan påskynde den naturlige reparasjonsprosessen ved CIPP (16).

Selv om det er fysioterapeuter som tradisjonelt behandler med massasje i Norge, er det, slik vi ser det, ingenting i veien for at sykepleiere og andre helsearbeidere kan gi massasje til en pasient med CIPP. Kontraindikasjon er økte smerter og/eller ubehag.

AKTIVE ØVELSER

Basert på en grundig funksjonsundersøkelse av den enkelte pasienten bør fysioterapeuten igangsette et treningsopplegg. Dette treningsopplegget bør inneholde styrkeøvelser, balanseøvelser og tøyninger.

I tillegg kan det være fornuftig å stimulere områdene med nedsatt følelse med for eksempel en piggball, fotrulle eller liknende (15). Det er viktig at pasienten får et hjemmetreningsprogram, da det må en viss mengde trening til før effekt kan oppnås (15).

Det er nylig gjennomført to rando-miserte, kontrollerte studier som viste positiv effekt av fysisk trening på både symptomer og fysisk funksjon (17–18).

ELEKTROTHERAPI OG

AKUPUNKTUR

Tiltak som transcutan nervestimulering (TENS) og akupunktur er kjent for å ha effekt på nevropatiske smerter, men det er få studier ved CIPP (9–19).

HEVELSEDEMPENDE TILTAK

Som følge av skadene CIPP gir på autonome nervesystemer, kan pasienten plages av hevelser, noe som igjen øker smerteopplevelsen.

Klinisk erfaring viser at CIPP kan gi lokale hevelser, noe som igjen synes å øke smerteopplevelsen. Bruk av kompresjon i form av støttestrømper eller hansker kan ha en lindrende effekt.

Et annet tiltak som kan tenkes å påvirke både en eventuell hevelse og smerter, er kinesiotaping. Dette tiltaket prøves for tiden ut på enkeltpasienter ved Radiumhospitalet og viser noe lindrende effekt.

ANDRE AKTUELLE HELSEARBEIDERE Ortopediingeniør

Her kan pasienten for eksempel få tilpasset ulike typer skinner (orthoser), trykkavlastende såler og spesialsko etter henvisning fra lege.

Ergoterapeut

Pasienten kan få hjelp til All Daily Living-trening (ADL) og anskaffelse av hjelpemidler. Varmehansker og varmesokker kan søkes om, og hjelper mange av dem som plages av kuldefølelse.

Fotterapeut

Ved alle former for nummenhet og nedsatt funksjon i føttene er det viktig med god pleie av føttene. En autorisert fotterapeut kan hjelpe pasienter med CIPP.

OPPSUMMERING

Økt langtidsoverlevelse blant kreftpasienter gir økt forekomst av senefekter. En av disse er CIPP, som både påvirker pasientens funksjon i dagliglivet og medfører smerter.

Sykepleier som står pasienten nær, har en unik mulighet til å fange opp plager fra og symptomer på CIPP. Gjennom et nært samarbeid med fysioterapeut og andre helsearbeidere kan en rekke tiltak iverksettes for lindring og mestring av plagene. ■

REFERANSER

1. Slørdal L, Bremnes RM. Cytostatika. I: Kåresen R, Wist E, red. Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
2. Loge J, Dahl A, Fosså S, Kiserud C. Kreftoverlevelse. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
3. Haugen GS, Nesvold IL, Sagen Å. Cellegiftindusert perifer polyneuropati. Fysioterapeuten. 2013;4:26–30. Tilgjengelig fra: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Cellegift-indusert-perifer-polyneuropati-og-fysioterapi> (nedlastet 10.08.2018).
4. Hong JH, Tian J, Wu LH. The influence of chemotherapy-induced neurotoxicity on psychological distress and sleep disturbance in cancer patients. *Current Oncology*. 2014 august;21(4):174–180.
5. Storstein A, Vedeler C, Johannesen DC. Perifer neuropati ved kreft. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*. 2001;121:194–7. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2001/01/diagnostikk-og-behandling/>

perifer-neuropati-ved-kreft (nedlastet 10.08.2018).

6. Reitan AM. Del 1: Utfordringer i kreftomsorgen, kreftsyrkepleie. I: Reitan AM, Schjølberg TK, red. Kreftsyrkepleie, pasient – utfordring – handling. 3. utg. Oslo: Akribes; 2010.

7. Leegaard M, Watt-Watson J, McGillion M, Costello J, Elgie-Watson J, Partridge K. Nurses' educational needs for pain management of post-cardiac surgery patients: a qualitative study. *J Cardiovasc Nurs*. 2011 juli–august;26(4):312–20.

8. Wøien H, Strand AC. Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I: Rustøen T, Wahl AK, red. Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.

9. Berntzen H, Danielsen A, Almås H. Sykepleie ved smerter. I: Almås H, Stubberud DG, Grønseth R, red. Klinisk sykepleie. Bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.

10. Slapsø GD, Schøtt J. Medikamentell behandling av nevropatisk smerte. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*. 2013;133(9):971–3. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2013/05/legemidler-i-praksis/medikamentell-behandling-av-nevropatisk-smerte> (nedlastet 03.09.2018).

11. Aamodt IMT. Del 1: Sykepleieutfordringer ved akutttilstander hos kreftpasienter. I: Reitan AM, Schjølberg TK, red. Kreftsyrkepleie, pasient – utfordring – handling. 3. utg. Oslo: Akribes; 2010.

12. Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven). Del IV. Ytelser ved sykdom m.m. § 5-8. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5 (nedlastet 03.09.2018).

13. Wittink H, Michel TH. Chronic pain management for physical therapists. 2. utg. Boston: Butterworth-Heinemann; 2002.

14. Melzack R, Wall PD, red. Textbook of pain. London: Churchill Livingstone; 1999.

15. Andersson S, Brodin E, Hallste G, Heiwe S. Stora helsevinster med fysisk trening ved njursjukdom. *Fysioterapi*. 2007;(4):40–5.

16. Cunningham JH, Kelechi T, Sterba K, Bartehelemy N, Falkowski P, Chin SH. Case report of a patient with chemotherapy-induced peripheral neuropathy treated with manual therapy (massage). *Support Care Cancer*. 2011;19:1473–6.

17. Streckmann F, Kneis S, Leifert JA, Baumann FT, Kleber M, Ihorst G, et al. Exercise program improves therapy-related side-effects and quality of life in lymphoma patients undergoing therapy. *Ann Oncol*. 2014 februar;25(2):493–9.

18. Zimmer P, Trebing S, Timmers-Trebing U, Schenk A, Paust R, Bloch W, et al. Eight-week, multimodal exercise counteracts a progress of chemotherapy-induced peripheral neuropathy and improves balance and strength in metastasized colorectal cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2018 februar;26(2):615–24.

19. Wong R, Sagar S. Acupuncture treatment for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Acupunct Med*. 2006 juni;24(2):87–91.

#sykepleien

Sykepleien gir ut bokasiner, spesialutgaver om ett tema.

De kan bestilles her:

webshop.nsf.no

I forrige nummer, som kom ut i juni, utforsket seks fotografer hva isolasjon gjør med pasientene.



Pris medlemmer kr 129 + porto, pris ikke-medlemmer kr 149 + porto

Sykepleien

De kjente og kjære.....



Floradix Magnesium
- for bidrag til normal muskelfunksjon og til et normalt energistoffskifte



Floradix Formula
- for å fremme reduksjon av tretthet og slapphet. Rik på jern, B2, B6, B12 og C.



Floradix Kalsium Magnesium - for styrket benbygning og sterke tenner. Med sink og vitamin D.

De ukjente og fremtidens kjære.....



Floradix Alpenkraft
- kan hjelpe mot forkjølelse og ubehag i øvre luftveier.



Floradix Barne Vitamin
- med fruktsmak. Rik på lettopptagbart kalsium, vitamin A, B, C, D og E. Glutenfri og uten konserveringsmidler.

Be om gratis smaksprøver og bli kjent med Floradix produktene. Floradix produkter kjøpes på apotek, eller på www.naturimport.no

ditt naturlige valg
NATUR
import

Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no

TITIPS

for å komme tilbake i jobb

Kreftoverlevende kan lett bli overveldet og miste motet av omgivelsenes forventninger til at de etter behandlingen skal leve og fungere som før.

1 2 3 4 5

FOR- FATTER



ELIN RISHOLT
KORSVEIEN
HMS-rådgiver,
Bedriftshelse-
tjenesten,
BHT SØR

NØKKEL- ORD

- Mestring
- Rehabilitering
- Sykefravær
- Inkluderende arbeidsliv

HOVED- BUDSKAP

Langvarig og tøff kreftbehandling kan gi ulike senskader. Mange opplever at de er på sitt aller sykeste når retten til sykepen-ger opphører, og tilbakeføring til arbeidslivet etter behandlingen kan for mange bli utfordrende. I denne artikkelen presenterer jeg ti konkrete tips og råd som kan gjøre fagper-soner til bedre støttespillere for kreftoverlevne som skal tilbake i arbeid.

DOI-nummer:
10.4220/
Sykepleiens.
2018.72237

6 7 8 9 10

I dag er det mange som overlever kreftbehandling, og som skal tilbake til en normal arbeidshverdag. Men hva er normalt etter mange måneder med tøff behandling som gir deg usynlige senskader som du må leve med? I denne artikkelen vil jeg belyse noen dilemmaer rundt tilbakeføring i arbeid etter kreftbehandling og samtidig se på hva som skal til for å lykkes med dette.

KREFTBEHANDLINGENS PARADOKS

De som opplever å få en kreftsykdom i arbeidsfør alder, er i en særstilling i og med at de starter sykmeldingsåret med normal fysisk funksjon og god arbeidsevne. For mange kommer diagnosen som et sjokk. Det er et paradoks at det er selve behandlingen, det som skal gjøre dem friske, som fører til redusert funksjonsevne og dermed nedsatt arbeidsevne.

Mange går gjennom langvarige behandlingsforløp med operasjoner, strålebehandling, cellegift og hormonbehandling, som er så tøffe at de skader kroppen på mange ulike vis. Når et år har gått og retten til sykepenger opphører, er mange på sitt al-

ler sykeste eller har så vidt begynt på den lange veien tilbake til en normal hverdag og jobb.

Det er også nå forventningene fra den sykes omgivelser endrer seg, og kravene om at livet skal være som før, kommer snikende. Det er mange kreftoverlevende som opplever at deres fysiske funksjon og arbeidsevne ikke samsvarer med de forventningene som helsepersonell og Nav har

«Det som skal gjøre dem friske, fører til nedsatt arbeidsevne.»

etter endt kreftbehandling. Dette kan i seg selv bli et hinder for tilbakeføring i arbeid.

NAV-SYSTEMETS KOMPLEKSITET

Min erfaring er at mange av dem som har gjennomgått en langvarig kreftbehandling, har hatt lite kontakt

med Nav og arbeidsgiver under selve behandlingsforløpet. Svært ofte blir dialogmøte 2 (etter 26 ukers sykmelding) avlyst.

Dette fører til at det er lite kommunikasjon og dermed lite informasjonsflyt mellom den sykmeldte, Nav, fastlege og arbeidsgiver. Ifølge flere jeg har vært i kontakt med i Nav-systemet, er det også svært sjelden at noen tar initiativ til et dialogmøte 3 på slutten av sykmeldingsåret.

Når informasjonsbrevet om opphør av sykepenger kommer i posten etter 39 uker, kan dette virke som et sjokk for den som er sykmeldt. Disse standardbrevene fra Nav er ment som ren informasjon, men min erfaring er at de for mange er en kilde til frustrasjon og skaper en redsel for hva som skal skje videre.

Reglene er mange og kompliserte. Mange opplever at overgangen fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger (AAP) er veldig tøff, og at den kommer på et tidspunkt hvor man fremdeles befinner seg i en sårbar situasjon. Det er kanskje derfor mange opplever møtet med Nav som overveldende. Det er lett å føle på en avmakt som individ i møte med et så



stort og komplisert system som det Nav er. I tillegg kommer skammen snikende, skam over plutselig å befinne seg i en situasjon der man er avhengig av Nav.

Skjevheten i styrkeforholdet mellom den ansatte i Nav og den sykmeldte er enorm, noe som fører til at vedkommende gjør alt for å passe inn i deres system. Det er stor sjanse for at han eller hun kjenner på en eksistensiell frykt og føler at livet ikke lenger er i egne hender, men i hendene til ansatte på Nav og deres vedtak.

FORVENTNINGSDILEMMAET

Mange kreftoverlevende jeg har møtt, forteller om et lite dilemma som jeg tror vi må snakke mer om. Som nevnt over skjer det noe med forventningene til dem som er rundt, både innad i familien, hos arbeidsgiver, i helsevesenet og i Nav, straks behandlingen er over. Det er en forventning om at nå er krisen over, og du skal leve og fungere som før.

Mange beskriver det som at luften går ut av ballongen. Du mobiliserer mye i løpet av behandlingsperioden, men så blir det stille, og kravene om

å være som før kommer snikende. I tillegg skal du takle angsten for tilbakefall og ikke minst kontrollene på sykehuset, som blir som et slags oppgjørets time. Midt i denne frykten for fremtiden og alle forventningene som skal innfris, tenker jeg at det skal noe til å føle seg «normal».

Det er nemlig når kreftbehandlingen er over, at jobben starter med å definere hvordan veien blir videre.

«Mange opplever møtet med Nav som overveldende.»

Ingen planlegger å få en alvorlig sykdom i løpet av livet. De fleste av oss håper å slippe unna.

Når livet nå engang ikke ble som planlagt, må man først og fremst bruke litt tid på å bearbeide og akseptere det som har skjedd. Så må det brukes tid og krefter på å finne en ny vei mot målet, og noen ganger er det også behov for å redefinere målet. For noen

tar dette kort tid, for noen tar det lengre tid. Noen greier det uten hjelp, andre trenger hjelp og støtte på veien.

Proba-rapporten viser at mange lykkes med å komme tilbake i arbeid etter kreftbehandling, men ikke alle (1). Selv om jeg i denne artikkelen skal fokusere på hva som skal til for å lykkes med dette, vil jeg gjerne si noen ord til dem som på grunn av en tøff kreftbehandling blir stående utenfor arbeidslivet. Kreftoverlevende skal ikke skamme seg over at akkurat de mistet arbeidsevnen i behandlingsperioden. De har hatt uflaks. Det er ikke deres skyld!

SUKSESSKRITERIER

Så hva trenger en kreftoverlevende av oss andre? Hva kan du som jobber i helsevesenet, bedriftshelsetjenesten, Nav, fastlegen eller arbeidsgiver bidra med?

Her kommer ti konkrete tips og råd som vil gjøre deg som fagperson til en bedre støttespiller for den som skal tilbake i arbeid. Suksesskriteriene er både erfaringsbaserte og støtter seg på forskning som er utført i senere tid av Brusletto og medarbeidere (2, 3).

PARADOKSET:

Mange er på sitt aller sykeste når et langvarig behandlingsforløp går mot slutten. Og det er gjerne da omgivelsene begynner å forvente at man skal komme tilbake til jobb og et normalt liv.

1 TENK INDIVIDUELL TILNÆRMING

Mennesker er forskjellige og trenger forskjellige ting. Se individet og ikke generaliser krefteroverlever som en gruppe. Det finnes ikke én løsning som passer for alle, siden både menneskene, sykdommene og behandlingene er forskjellige.

Å gjennomgå en kreftbehandling er en fysisk og psykisk påkjenning. I tillegg skal mange lære seg å leve med frykten for tilbakefall. Det er viktig å skreddersy forløpet for hver enkelt person ut fra deres behov.

2 KOMMUNISER PROFESJONELT

Vær nysgjerrig på den enkelte og still reflekterende spørsmål. Bruk *hva-* og *hvordan-*setninger. Ikke start setningen med *hvorfor*. Hvorfor greier du ikke å jobbe? Hvorfor er et anklagende spørsmål som det sjelden kommer noe godt ut av. Spør heller: Hva trenger du nå? Hvordan skal veien din tilbake i arbeid være? Hva er det første skrittet? Hva skal til?


God kommunikasjon skaper gode relasjoner og godt samarbeid, noe som er viktige suksesskriterier for å lykkes med tilbakeføring i arbeid.

3 TILBAKEFØRING I ARBEID TAR TID

Det tar tid å få igjen kreftene etter en lang og tøff behandling som bryter ned og skader kroppen. Den enkelte må bli kjent med seg selv på nytt og gradvis bygge seg opp igjen fysisk og psykisk. Huskeregelen for å lykkes er riktig tilbake og ikke nødvendigvis raskt tilbake.

Hvis alle parter aksepterer at dette er en prosess som noen ganger tar litt tid, er det lettere å bruke energi og krefter på faktisk å kunne jobbe i stedet for å bruke energien på at man ikke mestrer det slik andre forventer at man burde. Idet den sykmeldte ikke opplever seg trodd og forstått, oppstår det en dragkamp som kun blir et hinder for tilbakeføring i arbeid.

10 TIPS



6 GRADVIS TILBAKE I ARBEID – TRINN FOR TRINN

Ofte trenger arbeidsgiver god informasjon om senskader og at tilbakeføring i arbeid tar tid. Med god forståelse for dette vil også arbeidsgiver bli mer tålmodig i prosessen med tilbakeføring i arbeid. Tenk på opptrappingsplanen som en trapp, ta trinn for trinn, slik at kroppen venner seg til den nye rytmen.

Mange gyver på for fullt og går på en smell. Dette gir dårlig mestringsfølelse og kan bli et hinder for tilbakeføring i arbeid.

7 UNNGÅ PRESS, STRESS OG HØYE FORVENTNINGER

Progresjonskravet og strenge krav om måloppnåelse kan virke mot sin hensikt og være et hinder for tilbakeføring i arbeid. Vi må tilpasse systemet til den enkeltes behov og ikke omvendt. Idet vi som fagpersoner begynner å presse på med våre forventninger og krav, gir vi samtidig signaler til den enkelte om at vi ikke tror på deres historie om hvordan de har det etter endt behandling.

Jeg har opplevd mange ganger at fagpersoner ikke forstår senskadene og mistolker disse som dårlig motivasjon for å komme tilbake i arbeid. Dette blir i seg selv et stort hinder for å lykkes med tilbakeføring i jobb.

8 TILRETTELEGGING OG FLEKSIBILITET

Kartlegg mulighetene for tilrettelegging og fleksibilitet i jobben. Jeg har mange ganger vært overrasket over hvor utrolig fleksible mange arbeidsgivere kan være. Det kan dreie seg om kortere arbeidsdager, muligheten til å styre egne arbeidsoppgaver, hjemmekontor, å utføre andre oppgaver, skjerming i tilfelle utmattelse, mikropausur i løpet av dagen, og så videre. Jo mer fleksibilitet, desto høyere blir arbeidsevnen. Tilrettelegging og fleksibilitet er ekstra viktig for dem som opplever stor grad av utmattelse etter kreftbehandling.

4

KARTLEGGING AV FUNKSJON OG MESTRINGSSTRATEGIER

Det er veldig viktig at fastlegen eller andre aktører gjør en god kartlegging av både fysisk og kognitiv funksjon samt psykisk helse og mestringsstrategier. Dette gjør at man lettere kan vite hvor man befinner seg i forløpet, og hvor veien går. Det hjelper ikke bare å vite hvor man skal, man må også vite hvor man er, for å finne riktig vei. Det er rett og slett litt som å sette en kompasskurs.

En enkel måte å kartlegge dette på er å få den sykmeldte til å beskrive hvordan vedkommende mestrer dagligdagse aktiviteter i løpet av en 24-timersperiode. Denne kartleggingen er essensiell for at Nav skal kunne ta en beslutning om eventuelle arbeidsavklaringspenger.

5

KARTLEGGING AV SENSKADER

Mange opplever senskader i ulike grader og former som følge av kreftbehandlingen. Det er generelt lite bevisstgjøring og kartlegging av dette. Siden mange av disse senskadene er til hinder for arbeidsdeltakelse, er det viktig at dette kartlegges etter endt behandling, og følges opp. Kanskje finnes det behandling, mestringsstrategier eller rehabilitering som kan bedre disse skadene, kanskje ikke.

Et eksempel på en senskade er fatigue, det vil si utmattelse. Dette er en senskade som har stor innvirkning på arbeidsevnen til den enkelte, da energinivået ofte er lavt og svingende. Kreftforeningen har mye god informasjon om dette på sine nettsider, kreftforeningen.no



FORSLAG TIL VIDERE LESING

Hesledirektoratet. Seneffekter etter kreftbehandling. Faglige råd. Oslo: Hesledirektoratet; 2017. IS-2551. Tilgjengelig fra: <https://hesledirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling-IS-2551.pdf> (nedlastet 04.09.2018).

Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service. 30th anniversary expanded edition. New York: Russel Sage Foundation; 2010. ■

REFERANSER

1. Becken L-E. Kreframmede arbeidstakere og arbeidsnærver. Muligheter og begrensninger. Oslo: Proba samfunnsanalyse; 2015. Rapport 2015-09. Tilgjengelig fra: <https://proba.no/rapport/kreframmede-arbeidstakere-og-arbeidsnaervaer-muligheter-og-begrensninger/> (nedlastet 06.08.2018).

2. Brusletto B, Torp S, Ihlebæk CM, Vinje HF. A five-phase process model describing the return to sustainable work of persons who survived cancer: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2018 juni;34:21-7. DOI: 10.1016/j.ejon.2018.03.003

3. Brusletto B, Torp S, Ihlebæk CM, Vinje HF. The process from diagnosed cancer to sustainable work: an unexpected journey. *European Journal of Public Health*. 2017 november;27(3): cxx187.691. DOI: 10.1093/eurpub/ckx187.691

9

ARBEIDS- OG INKLUDERINGSBEDRIFTER (TIDLIGERE ATTFØRINGSSENTRER)

De som har en arbeidsgiver å komme tilbake til, lykkes bedre, da det er lettere å komme gradvis tilbake i en jobb man allerede har. I tillegg er det bra å kunne flytte på erfaring og slippe å lære noe nytt hvis man for eksempel strever med utmattelse.

Vær derfor ekstra oppmerksom på dem som ikke har et arbeidsforhold å komme tilbake til. De vil trenge mer støtte og veiledning i prosessen med å komme tilbake i arbeid. Da kan det være nyttig å få bistand fra en arbeids- og inkluderingsbedrift som kjenner jobbmarkedet godt. De kan i tillegg følge tett opp over tid og være en god støtte på veien tilbake i arbeid.

10

REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Det finnes mange gode tilbud i primærhelsetjenesten, men dette varierer mye fra kommune til kommune. Hvis ikke tiltak i primærhelsetjenesten er nok, må det informeres om tilbudene i spesialisthelsetjenesten.

Det finnes ulike tilbud om rehabilitering med arbeid som mål etter kreftbehandling. Disse tilbudene har en helhetlig tilnærming, og det utarbeides en konkret handlingsplan om tilbakeføring i aktiviteter og arbeid. Både sykehus og fastlege kan henvise til disse tilbudene.

Se mer info på Helse Sør-Østs nettsider om habilitering og rehabilitering, rehabinfo.no, eller ring rehabiliteringstelefonen: 800 300 61.

I UTAKT MED NAV

Etter behandlingen er mange av pasientene på sitt dårligste, men da kan grensen for hvor lenge man får sykepenger, nærme seg.

TEKST ELLEN MORLAND

Av dem som rammes av kreftsykdom for første gang, er 5-7000 i et arbeidsforhold, ifølge tall fra Kreftregisteret.

Det er store variasjoner i hvor stor grad kreftbehandlingen fører til sykemelding og senere arbeidsavklaringspenger (AAP). Det kommer frem i en undersøkelse fra 2015 om kreftrammede arbeidstakere og arbeidsnærvær.

Noen pasienter er ikke sykemeldt i det hele tatt, det gjelder i underkant av 1 av 10. Men i gjennomsnitt er nesten 3 av 10 sykemeldt lenger enn et år, det vil si at de da har måttet gå over på AAP før de eventuelt har kunnet gå tilbake til jobb.

To år etter at de hadde fått diagnosen, var nesten 6 av 10 tilbake i jobb. De som døde, og de som hadde gått av med pensjon, er ikke tatt med i regnestykket.

Undersøkelsen er bestilt av Nav, som ønsker å vite mer om hvordan arbeidstakere kan opprettholde kontakt med arbeidsstedet i sykdomsperioden.

VARIERER MED KREFTTYPE

Hva slags kreftform, alder og yrke og

hva slags behandling pasientene har fått, har mye å si for hvor lenge fraværet fra arbeidslivet varer.

Type kreft har aller mest å si for sykefraværet. De med føflekk- og hudkreft er minst sykemeldte. Hele 3 av 10 har ikke sykemelding i løpet av de første to årene av sykdommen. Blant menn med kreft i kjønnsorganer er 15 prosent ikke sykemeldt de første to årene.

De kreftrammede som har det høyeste sykefraværet, er de med kreft i pusteorganer, sentralnervesystem og brystkreft, der 40-50 prosent er sykemeldt og har havnet over på AAP når to år er gått.

Behandlingsform har også stor betydning for sykefraværet. De som får bare kirurgisk behandling, får minst fravær, færrest kommer over på AAP-ordningen og flest er i jobb etter to år.

Cellegift alene eller i kombinasjon med strålebehandling gir høyest sykefravær. Av dem som har fått slik behandling, er 40-50 prosent i AAP-ordningen etter to år.

STOR FORSKJELL PÅ YRKER

I undersøkelsen er det også sett på forskjeller i sykefraværet etter hvil-

ket yrke og arbeidsplass den kreftsyke har. I yrker der arbeidstakeren i større grad kan bestemme tempoet selv, blir det lavere sykefravær. I slike jobber kan man naturlig nok tilrettelegge bedre. Den syke kan trekke seg tilbake, eventuelt ha hjemmekontor, få andre arbeidsoppgaver i en periode eller liknende tilrettelegging.

I yrker med mye kundekontakt, eller kontakt med elever eller studenter, er det vanskeligere å være «halveis til stede». Der kan den kreftsyke lettere få dårlig samvittighet og slite mer med arbeidssituasjonen, og det gir høyere sykefravær.

I yrker med mye fysisk arbeid er det også vanskeligere å tilrettelegge, noe som resulterer i høyere sykefravær.

IKKE PÅ BEDRINGENS VEI

Nesten 3 av 10 kreftrammede arbeidstakere er altså fremdeles syke når det har gått to år. Da er retten til full lønn under sykefravær for lengst opphørt. Har den kreftrammede vært gjennom tøff behandling som cellegift, kan han eller hun være på sitt sykeste når trykkesystemet forventer at vedkommende er på bedringens vei. Mange med kreft opplever senskader og

SJOKK: Mange kreftpasienter tvinges tilbake i full jobb når sykepengeperioden er over etter 248 dager. Foto: Liv B. Johansen



FAKTA

OM UNDER-SØKELSEN

Undersøkelsen er bestilt av Nav og utført av Proba samfunnsanalyse. Tallene, som er hentet inn fra Kreftrregisteret, gjelder alle arbeidstakere med kreft i perioden 2000 til 2012. Forskerne har intervjuet 18 kreftpasienter om deres arbeidssituasjon. En rekke nøkkelpersoner i Nav og helsevesenet med lang erfaring med kreftpasienter, blant andre kreftsykpleiere, er også intervjuet.

Undersøkelsen er publisert i 2015.

komplikasjoner etter behandlingen, eller spredning som gjør at perioden som syk varer mye lenger enn et år.

Slutten på sykemeldingen kan komme brått på.

Håvard Aagesen var i 40-årene da han fikk kreft i halsen. I boken *Ingenmannsland* forteller han om kontakten med Nav da sykemeldingsperioden nærmet seg slutten. Siden han hadde jobbet 60 prosent, kunne han ikke søke om å få arbeidsavklaringspenger videre. Det visste han ikke.

Aagesen hadde brukt mye krefter på å komme seg tilbake til jobb etter cellegiftbehandlingen. I boken forteller han om hvordan han hadde funnet en god rytme med en hel arbeidsdag og tre halve dager i uka. Men reglene er slik at hvis du jobber mer enn 50 prosent, regnes du som for frisk til å søke om AAP. (Se også Aagesens kronikk på s. 144.)

DIALOG MED PLAN

I løpet av det første året med sykemelding skal kontakten med arbeidsgiver være via dialogmøter, hvis ikke arbeidstakeren er for syk for dette. Hensikten er å legge en plan for hvordan arbeidstakeren kan komme tilbake til

arbeidet, helt eller delvis. Erfaringer er, ifølge Proba samfunnsanalyses rapport, at Nav ofte dropper å innkalle til dialogmøter med kreftpasienter fordi pasienten er i et behandlingsløp.

Håvard Aagesen hørte ikke noe fra Nav før det var gått nesten et år. Det kom derfor som en overraskelse at han snart ville stå uten inntekt. Alternativet var å gå opp til 100 prosent, noe han valgte. Det viste seg etter en stund at dette ble for tøft, til tross for godt samarbeid med sjefen om tilrettelegging.

AAP dekker bare to tredeler av inntekten opp til 6 G, noe som innebærer et betydelig inntektstap.

Man kan også ha gradert sykemelding, det vil si at man finner en ordning i samarbeid med arbeidsgiver om å jobbe redusert. Selv om man jobber noe, vil ikke retten til sykemelding vare lenger. Jobber man så lite som 20 prosent, regnes dagene likevel som hele sykemeldingsdager.

I undersøkelsen fra 2015 omtales dette som en ulempe. Forskerne mener at en endring i regelverket for graderte sykepenger og lengden på sykepengeperioden kunne gjøre det lettere for kreftrammede å jobbe mer under behandlingsperioden.

Det er Nav-kontorene som har ansvaret for å følge opp den sykemeldte så lenge vedkommende mottar sykepenger.

Forskerne skriver at det er et potensial for at Nav kan bidra mer, særlig når det gjelder å bistå med tilrettelegging.

Kreftforeningen har jobbet for å endre loven i flere år. Deres forslag er å opprette en tidskontoordning som gjør det mulig å strekke sykepengeperioden opp til to år.

– Vi ønsker ikke å utvide sykepengeordningen, men gjøre den mer fleksibel for kreftpasienter og andre med langvarig sykdom, sier Elin Stoermann-Næss, fagansvarlig for arbeidsliv i Kreftforeningen.

– Vi tror denne tilpasningen kan bidra til at flere kreftpasienter kommer tilbake til arbeidslivet etter behandlingen.

Ifølge Arbeids- og sosialdepartementet foreligger det ingen planer om å endre reglene for sykepenger eller AAP nå.

Kilde: Rapporten «Kreftrammede arbeidstakere og arbeidsnærver – muligheter og begrensninger» fra Proba samfunnsanalyse fra 2015

3 KREFTOVERLEVERE *om møtet med Nav*

”



KENNETH AAS, 30 ÅR
Fikk lymfekreft og beinkreft som barn. Han har en rekke senskader etter behandlingen, og andre helseskader.

De skulle hatt en bedre evne til å se det helhetlige bildet av folks situasjon.

Det er klart at vi har verdens beste velferdssystem, det er ikke tvil om det, men når man har levd i det Nav-systemet noen år, blir man forundret over hvor stivbeint og kronglete det er å få til enkle ting. Det er akkurat som om de ønsker å vri og vende på alt for å gjøre det mest mulig vanskelig.

LES HANS HISTORIE PÅ SIDE 28

“

”



Jeg er lei meg fordi jeg ikke kan jobbe.

Jeg har hatt arbeidsavklaringspenger i ti år. Det vanlige er to år. I sommer ble jeg ufør.

TURI TINGELHOLM, 60 ÅR
Fikk kreft i tungen i 2008. Strålebehandling har gitt mange komplikasjoner.

LES HENNES HISTORIE PÅ SIDE 74

“

”



PERNILLE NÆSHEIM, 49 ÅR
Fikk livmorkreft i 2012 og fikk lymfødem og fatigue etter cellegiftbehandlingen.

Nav har vært en vel-signelse oppi det hele.

Jeg møtte null byråkrati, og saksbehandlerne laget aldri problemer av alt som kunne blitt problemer. Da jeg ville tilbake til jobb etter to og et halvt år, sa Nav nei. De forsto helsetilstanden min bedre enn jeg gjorde selv. Den eneste utfordringen i møte med systemet var kombinasjonen fatigue og meldekort. Det ble et mareritt å skulle huske å få sendt inn kortet i tide.

LES HENNES HISTORIE PÅ SIDE 50

“



**Ny gratis
app fra
Sykepleien.
Les det
siste innen
fag og
forskning.**

For Android og Iphone

Last ned fra App Store/Google Play



Sykepleien
Norsk Sykepleierforbund

EN ANNEN

Pernille

Pernille Næsheim kjente seg skikkelig gæren da hun ba om en hel måneds sykemelding. Det er seks år siden nå. Hun er ennå ikke tilbake i jobb.

TEKST INGVALD BERGSAGEL | FOTO ERIK M. SUNDT

En dag tidlig i mars 2013 – rett etter en krevende cellegiftkur – står Pernille Næsheim i stua hjemme på Kråkerøy utenfor Fredrikstad. Fra det nyrenoverte funkishuset fra 1965 kikker hun ut over hagen. Hun ser et mareritt.

BED PÅ BED

Nedenfor ligger bed på bed i en bratt og omfangsrik skråning. På baksiden er det mer hage. Det har blitt mye lusing de siste årene. Nå skal nye vann- og kloakkrør legges. Mye må graves opp og hagen anlegges på nytt.

Dette var drømmehuset hennes. Hun tenker: «Jeg kan ikke bo her.»

FRA ENERGIBOMBE TIL VRAK

Arbeidsmengden fremstår som fullstendig uoverkommelig. Men for den saks skyld: å komme seg fra sofaen til kjøleskapet synes også umulig for Pernille Næsheim, som tidligere tok en løpetur minst tre ganger i uka.

Hun som alltid hadde vært proppfull av energi og pågangsmot. En reiselysten, impulsiv og übersosial selskapsarrangør. Hun som like før hadde totalrenovert huset sammen med mannen Arnfinn – revet det ned til stenderne og båret lass på lass med materialer opp den lange utendørstrappa. Hun som samtidig jobbet fulltidsturnus som sykepleier og nettopp hadde tatt videreutdanning innen psykiatri. Hun som har bokhyllene fulle av velbrukte reiseguidere

fra Asia, av kokebøker og yogalitteratur.

Nå kjenner hun seg som et vrak.

STORE INNGREP

Cellegiftkuren kom i kjølvannet av seks og en halv ukers sykehusinnleggelse med en rekke større inngrep.

Fjerningen av kreftinfisert livmor – med påfølgende pangstart på overgangsalderen – var nå én ting. Fjerning av 39 lymfekjertler i samme slengen grunnet mistanke om spredning, var en annen.

Komplikasjonene etterpå krevde minst like mye. Blæra var blitt skadet under den første operasjonen, noe som ikke umiddelbart ble oppdaget. Blant annet ble tarmer løftet ut, kontrollert og lagt tilbake. Slikt kjennes.

TING TAR TID

I dag er det over seks år siden operasjonen. Næsheim er ennå ikke tilbake i jobb. For ting tar tid.

Det tok tid å bli innlagt og operert etter at kreften først var oppdaget. Sykehusoppholdet tok vesentlig mer tid enn antatt. Så tok det tid å komme i gang med cellegift.

Det som derimot har tatt aller mest tid – så uendelig mye mer tid enn forventet – er å komme seg opp og tilbake. For hun har vært så mye mer syk enn hun først trodde.

SYK OG LYKKELIG

De fysiske påkjenningene av operasjoner og cellegift var ►



TIDEN DET TAR:

Pernille Næsheim har brukt lang tid på å ta inn over seg hvor lang tid det vil ta å komme seg etter kreftbehandlingen.

PERNILLE NÆSHEIMS (FØDT 1969) SYKDOMSHISTORIE:

2012:

Diagnostisert med livmorkreft 23. juli.

Operert høsten 2012.

2013:

Gjennomgikk cellegiftkur, som var ferdig i februar 2013.

2017:

Erklært 100 prosent ufør januar 2017.

SENSKADER:

Fatigue og lymfødem

Privat: Gift. Voksen datter fra et tidligere forhold. Bor på Kråkerøy utenfor Fredrikstad.

Yrke: Sykepleier med videreutdanning i kognitiv terapi og psykiatri. Har også drevet med klesdesign og massasje.

enorme. Likevel klarte hun gjennom det meste å holde seg psykisk ovenpå. Hun var rett og slett lykkelig. Hun kom til å overleve. Helt sikkert. Da kreften først ble oppdaget i juli 2012, sa nemlig gynekologen at hun ville bli helt frisk.

Kreften sorterte antakelig under et av de mildeste stadiene: 1a eller 1b. Hun ble forespeilet å være tilbake i jobb om to-tre måneder. Da fikk Pernille Næsheim en tåre i øyekroken. Hun hadde tross alt kreft, men tenkte det hele ville være over før det begynte.

INDRE OVERBEVISNING

Underveis innså hun at tilstanden var mer alvorlig enn først antatt. At legene var bekymret for henne og ikke sikre på at det ville gå bra. En indre overbevisning holdt henne likevel oppe, og hadde hun trodd at sjansen for å dø var overhengende, ville nok alle smertene vært mye mer utholdelige.

Under den aller siste runden med cellegift fikk hun i forbifarten spurt legen om det virkelig var stadium 1a eller 1b hun hadde hatt.

«Du? Du var 3c, du», sa han.

Stadium 4 er som regel uhelbredelig.

OPTIMIST

Troen på et liv etter kreften holdt henne gående gjennom behandlingen. Troen på rask restituering holdt henne gående i tiden etterpå. Da hun skulle få sin første sykemelding, og ba om en hel måned, følte hun seg skikkelig gæren. Syntes hun dro på skikkelig. Fastlegen sa: «Dersom du klarer å gå ned på jobben din etter sommeren og si 'hei', så skal du være fornøyd. Du er på det nivået.»

Pernille hørte hva fastlegen sa, men trodde ikke på henne. Hun fikk tre måneders sykemelding. At legen ikke ga mer, skal ha vært for å beskytte henne mot å gå rett i døren. For legen forsto at dette kom til å ta tid. Tre måneder var ingenting.

SMELLER I BAKKEN

En dag etter endt behandling står hun altså der i stuevinduet og innser at hagearbeidet ikke vil bli gjort. Hun har mer enn nok med å få i seg næring. En merkedag er da hun kommer seg ned til postkassen ved egen maskin. En annen er da hun klarer å gå til Smertudammen – en liten innsjø et par hundre meter fra huset. Turen tar henne en halvtime. Det kjennes som en reise gjennom Himalaya.

Gang på gang gyver hun på når hun kjenner seg ovenpå. Så smeller hun i bakken. Kjenner ikke sin egen begrensning.

Fjerningen av lymfer har gitt henne lymfødem, og resten av livet må hun gå med kraftige kompresjonsstrømpebukser. Tilstanden medfører stor risiko for rosen – en form for akutt hudinfeksjon, også kalt erysipelas. For Næsheim introduserer tilstanden seg ved å hogge til i korsryggen og bevege seg nedover beina. Deretter blir det som å ha ekstreme mensmerter kombinert med en kraftig influensa. Frostrier og høy CRP følger på. Noen ganger må hun legges inn på sykehus.

Ved hver rosen-infeksjon må hun uansett gjennom en tidagers antibiotikakur. På det meste får hun rundt åtte slike infeksjoner i året. Åtti dager på antibiotika.



OM ROSEN

Også kalt erysipelas, fra gresk erythros – rød, og pella – hud

Akutt, avgrenset betennelse i huden

Sprer seg i de mer overflatiske hudlagene og lymfebanene

Medfører blant annet skarpt avgrenset, rødt utslett, varmeøkning, smerte, ømme lymfeknuter og feber

Personer med lymfødem er spesielt disponert for rosen

Kilder: SNL, Norsk Helseinformatikk

GRØNN LYKKE: Hagestellet ble etter hvert en velsignelse for Pernille Næsheim, selv om hun i perioder hadde mer enn nok med å komme seg fra sofa til kjøleskap.

FEMÅRSPERSPEKTIV

Fastlegen blir en redning i den harde tiden. Hun og Næsheim setter opp faste avtaler, som holdes uansett om det er noe å ta opp eller ikke. Først etter to år kommer fastlegen med en innrømmelse: «Du skjønner ikke hvor syk du har vært», sier hun. «Du bør beregne fem år før du begynner å tenke på hva du gjør med resten av livet ditt. Når du begynner å kjenne at du likner på den du var, da starter den egentlige restitusjonen.»

Det letter hjertet å høre. Samtidig er det en kalddusj for selvbildet: At ikke hun, av alle, skulle være den som kom seg raskt tilbake? At hun må slite så mye. Uforståelig.

SELVBILDE I ENDRING

I møte med realitetene har Pernille Næsheim måttet endre og justere oppfatningen av seg selv flere ganger. Hun var jo den som skulle klare seg. Energibunten som skulle komme kvikt på beina og tilbake i jobb.

Hun har møtt mange andre pasienter, som har vært fryktelig redde for tilbakefall. Selv var hun ikke der. Trodde hun. Likevel: Etter hver kontroll der hun får vite at kreften ikke er kommet tilbake, går hun rundt et hjørne utenfor sykehuset og gråter et par minutter i god og sår lettelse. Psykiske knuter hun ikke visste om, løsner inni henne.

SAVNET ETTER SAMMENLIKNING

Det er et savn ikke å ha noen å identifisere seg med. Noen som ser friske og raske ut på overflaten, men som likevel ikke klarer å komme tilbake!

I aviser og magasiner leser hun om lykkelige kreftoverle-

vende. Folk som har funnet en ny livsvei i møte med sykdom og motstand. Det er nesten for jævlig. Det er jo det hun håper på for seg selv. Samtidig som hun kjenner i hver nerve i kroppen hvordan hun ikke har noe å gi.

STORFORNØYD MED NAV

Det hjelper som sagt mye med en grepa fastlege. En som ikke skriver ut sykemeldinger i hytt og vær. En medfølende, ettergivende versjon hadde neppe hatt like mye troverdighet i hennes øyne.

Nav er også en velsignelse oppi det hele. Helt fantastisk, synes hun. I det første Nav-møtet får hun beskjed om at hun selv kun har én oppgave: «Dra hjem, og bygg opp helsa di! Ring om det er noe. Resten fikser vi.» Hun møter null byråkrati. Saksbehandlerne lager aldri problemer av alt som kunne blitt problemer.

Etter to og et halvt år vil hun tilbake i jobb. Nav sier nei. De forstår helsetilstanden hennes bedre enn hun gjør selv. Der hun vil pushe på, holder de henne tilbake. Noe hun i ettertid innser var fornuftig.

FATIGUE OG MELDEKORT

Det er heller ikke snakk om tilfeldig flaks med saksbehandlere, for dem får hun tre av. Den eneste utfordringen i møte med systemet er kombinasjonen fatigue og meldekort. Mottakere av visse tjenester må nemlig sende inn et slikt kort til Nav hver fjortende dag for å orientere om sin situasjon og aktiviteter.

For Næsheim blir det et mareritt å skulle huske å få sendt inn kortet i tide. Hun fester lapper over alt på strategiske

steder i huset. Glemmer hun å sende inn, vil hun miste pengene. Det er ikke så greit når utgangspunktet er 66 prosent av normal lønn.

ET FORSØK PÅ Å JOBBE

Etter et par år forsøker hun forsiktig å begynne å jobbe. Nav og arbeidsgiveren, et distriktspyskiatrisk senter, ordner det slik at hun kan være på jobb fire timer to ganger i uka, men fremdeles motta arbeidsavklaringspenger.

Oppgavene tilpasses. Hun skal bare sortere i fagbiblioteket, lage undervisningsopplegg. Ta det veldig rolig i starten. Hun blir utslitt av alt. Må ta et hvileskjær på en kafé i løpet av den korte veien hjem fra jobb.

Hun forsøker å trappe ned til en halv dag i uka, men får fortsatt mye rosen-infeksjoner. Et optimistisk forsøk på jentetur til London ender på sykehus. Nok en runde med rosen. I dag reiser hun ingen steder uten antibiotika i kofferten.

VENDEPUNKTET

Nærmere tre år etter kreftbehandlingen kommer vendepunktet. En erkjennelse. Hun skjønner at hun må tenke smart og langsiktig. Som en toppidrettsutøver. Stoppe før hun blir helt tom.

Et av mange opphold på Montebellosenteret i Ringsaker byr på en åpenbaring. Til nå var det fysisk aktivitet som hadde fått skylden for alle rosen-infeksjonene. Nå får hun høre at det kan skyldes indre stress. Det treffer midt i magen.

Datteren Alva har i ettertid fortalt hvor vanskelig det var å se på at moren gjorde feil gang på gang. Var overivrig. Kjennte hun energi i kroppen, brukte hun den opp og smalt rett ned.

DEN ENE SETNINGEN

Næsheim begynner å innse at aksept ikke er det samme som resignasjon. Det å få andre til å forstå tilstanden hennes, blir også viktig. Som sykepleier har hun tipset mang en pasient om å lage seg en fast setning for å forklare sin situasjon. Så slipper de å bruke energi på å finne opp kruttet hver gang.

Nå bruker hun metoden på seg selv. Fatiguen synes ikke alltid utenpå. Stadig får hun høre at hun ser ut som før: energisk og frisk. Da bruker hun sin setning: «Jeg er i kjempefin form, men det varer bare ikke så lenge.»

Hun legger også en brosjyre om fatigue igjen på jobben, etter å ha streket under de viktigste avsnittene som gjelder henne.


ET EKSTREMT TABU

En dag kommer Nav med et forslag som for henne er ekstremt tabu: De vil hun skal si opp jobben og melde seg ufør. «Glem det!» lyder svaret. «Og ikke våg å nevne det ordet igjen!»

Som sykepleier hadde hun alltid hatt stor respekt for uføre, men selv å skulle bli det? Det bryter med alt hun trodde hun visste om seg selv. Og hvorfor er det Nav som pusher? Er ikke de kjent for alltid å holde igjen? Presse folk motvillig ut i arbeid?

Saksbehandleren understreker at man ikke gifter seg med en status som ufør, og hjelper henne med å innse at hun ikke er en skurk, selv om hun ikke er på jobb. I januar i 2017 drar hun ned til Nav og sier det hun aldri trodde hun skulle si: «Kjør i gang prosessen.»

Hun gråter og gråter, men både mann og datter synes det er kjempefint. «Du er jo så mye syk», sier de. To dager etter at søknaden er sendt, kommer brevet i postkassa. Søk-



EKSPEDISJON: Smertudammen ligger kun et par hundre meter fra Pernilles Næsheims hus, men med fatigue kan turen oppleves som en reise gjennom Himalaya.

naden er innvilget. Den følelsen! Skuldrene synker fem hakk. En helt annen ro driver inn over henne.

SORG OG SKAM

Pernille Næsheim har sine små og store seire. Høsten 2017 klarer hun for første gang å gå på kino om kvelden. Ny-lig har hun begynt å sykle til sine foreldre. Det er ikke så langt, men likevel. Fortsatt må energien porsjoneres ut. Ellers går det galt.

Sorgen over alt det som ikke lenger er, har også begynt å slippe taket. Hun pleide å ha et stort og aktivt sosialt nettverk, og det har vært mye tap av relasjoner. Lenge hadde hun en sterk følelse av å være forlatt og mislykket, men hun innser at livet hun lever nå, passer bedre til energinivået.

SKAL TILBAKE

I dag er Næsheim hundre prosent ufør. Dagene fylles likevel opp.

En gang ukentlig har hun fysioterapi, og hun forsøker å komme seg i basseng like ofte. To dager i uka trener hun stryke og kondisjon på Frisklivssentralen. Den aller sterkeste lykkefølelsen får hun når det går bra å kline til på treninga. Det gir en ekstrem glede og følelse av å være normal.

Hver eneste morgen setter hun dessuten av en snau time til qigong. Disse kinesiske puste- og bevegelsesteknikkene – samt avspenning gjennom meditasjon – hjelper henne med å finne roen og akseptere tingenes tilstand.

Fremdeles må hun begrense seg. Hun må være forsiktig med tunge løft, og lymfødemet gjør henne veldig sensibel for stress. Det betyr ikke at drømmene er borte. Hun skal tilbake, men innser, på en helt annen måte enn før, at ting tar tid.

SANNHET OG LIVSLØGNER

Selv om sannheten kunne ha dempet optimismen, som fikk henne gjennom det hele, skulle Næsheim gjerne sett at noen fortalte henne mer. Da hun i sin tid ble skrevet ut fra sykehuset, fikk hun et klapp på skulderen, smertestillende for et par dager og beskjed om at «nå skal du bare komme deg, du».

Hadde hun vært lettskremt, ville smertene den gangen fått henne til å tro hun hadde kreft et annet sted.

FRA MARERITT TIL VELSIGELSE

Når Næsheim i dag kikker ut over hagen, ser hun noe helt annet enn den gangen for seks år siden.

Mye jord og gamle bed er fjernet til fordel for skulpturelt grunnfjell. Likevel er det nok av ting som spirer og gror. Her er frukt, grønnsaker, urter og bær. Stauder, hortensia og eføy. Blant annet. Hun vil ha fulle bed som klarer seg mest mulig selv. Planter med myke former. Mye tid er gått med til å tutle i hagen.

Det som den gangen fremsto som et mareritt, viste seg å bli en velsignelse.

For ordens skyld: Redaktøren av dette magasinet, Liv Bjørnhaug Johansen, er Pernille Næsheims svigerinne. ■

LES MER

om polyneuropati etter cellegift på s. 34
om munnhuleproblemer i forbindelse med kreftbehandling på s. 84
om veien tilbake til arbeidslivet på s. 40

FOR- FATTER



ÅSE SAGEN
Fysioterapeut,
prosjektleder
og forsker,
Helse og
rehabilitering,
Aurskog-
Høland
kommune

NØKKEL- ORD

- Lymfødem
- Ødemer

HOVED- BUDSKAP

Forekomsten av lymfødem er økende, i takt med økningen i antallet krefttilfeller i befolkningen. Tilstanden utgjør en betydelig plage og reduserer livskvaliteten til dem som rammes. Tidlig behandling og individuell oppfølging er av stor betydning for å unngå volumøkning, infeksjoner og ytterligere eskalering av tilstanden.

DOI-nummer:
10.4220/
Sykepleiens.
2018.72051

Foto: Erik M. Sundt





LYMFØDEM ETTER KREFT

– *årsak, forekomst og behandling*

Lymfødem er en lite anerkjent seneffekt etter kreftbehandling. Screening for lymfødem bør være en del av standard oppfølging av pasienter i risikogruppen.

Lymfødeme er en kronisk hevelse forårsaket av overbelastning av lymfesystemet eller nedsatt transportkapasitet for lymfevæske (1). Lymfeåresystemet er en viktig transportåre for spredning av kreftceller. Derfor er kirurgisk fjerning av lymfeknuter for å diagnostisere eller fjerne metastaser standard prosedyre ved en rekke kreftdiagnoser. Slike inngrep svekker lymfetransportkapasiteten og kan føre til lymfødeme.

Økningen i antallet krefttilfeller og andelen kreftoverlevende fører til at pasientgruppen med kreftrelatert lymfødeme stadig vokser (2). Det finnes i dag ingen helbredende behandling for lymfødeme. Livslang lymfødemebehandling er derfor nødvendig.

REDUSERT LIVSKVALITET

Lymfødeme oppstår i ekstremitetene og på brystkassen, i ansiktet, halsen, på de ytre kjønnsorganer, ryggen eller magen. Målet for behandlingen er å redusere lymfødeme mest mulig og sammen med pasienten holde lymfødeme i sjakk for å unngå eskalering av tilstanden.

Lymfødeme kan være svært plagende og kan føre til redusert livskvalitet (3), mentalt stress og redusert fysisk funksjon (4). Lymfødeme kan føre til akutte hudinfeksjoner, erysipelas, også kalt sekundær akutt infeksjon (SAI) eller rosen, hvor symptomene er rød og varm hud, sykdomsfølelse og høy feber (5, 6).

LITE ANERKJENT PROBLEM

Tilstanden har en tendens til stadig å komme tilbake etter første anfall og medfører ofte sykehusinnleggelse (7). Anfallene eskalerer lymfødeme, og slik kommer pasienten inn i en negativ sykdomsspiral (5, 6). Tilstanden skal raskest mulig behandles

med penicillin (5, 7).

Det er ikke kartlagt hvor mange sykehusinnleggelse som skyldes lymfødeme med akutte hudinfeksjoner i Norge, og problemet er lite anerkjent (5, 7). Pasienter som er operert for kreft med risiko for å utvikle lymfødeme, bør få informasjon om symptomer på lymfødeme som en del av pasientforløpet for kreft (8, 9). Lymfødemescreening bør være en del av standard oppfølging fordi tidlig identifisering og rask behandling kan forhindre eskalering av lymfødeme (8, 9).

«Grad av kompresjon er avgjørende for vellykket behandling.»

Fysioterapeuter og sykepleiere møter disse pasientene i både spesialist- og primærhelsetjenesten i ulike faser av sykdommen. Lymfødeme bør behandles av fysioterapeuter med spesialkompetanse.

ÅRSAKER

Kirurgisk fjerning av lymfeknuter for å diagnostisere eller fjerne metastaser er standard prosedyre ved en rekke kreftdiagnoser (brystkreft, tykktarms- og endetarmskreft, gynekologisk kreft, prostatakreft med flere) og er den viktigste årsaken til lymfødeme etter kreftbehandling.

Stråleterapi og overvekt (BMI > 25) i tillegg til lymfeknutekirurgi øker faren for å utvikle lymfødeme ytterligere (10–12). Genetiske disposisjoner for å utvikle lymfødeme er identifisert hos brystkreftpasienter

(2, 13). Kreftspredning og innvekst av tumor i lymfeknutene kan føre til lymfødeme. Ved utbredt metastasering kan det være flere faktorer som bidrar til sirkulasjonsforstyrrelser og ødeme.

FOREKOMST

Det finnes ikke et nasjonalt register for lymfødeme i Norge og følgelig ikke eksakte tall for forekomsten av lymfødeme, verken for medfødte lymfødeme eller som følge av kreftbehandling. Vi har imidlertid sikre tall for brystkreft, hvor prevalensen av lymfødeme i armen er 15 til 20 prosent etter armhuledisseksjon og mellom 2 og 5 prosent etter vaktpostlymfeknutekirurgi (10, 11).

Det finnes foreløpig ikke en sikker oversikt over prevalensen av lymfødeme i underekstremitetene som følge av lymfeknutekirurgi i lyske og bekken, men basert på tilgjengelig internasjonal litteratur er forekomsten trolig mellom 30 og 40 prosent etter gynekologisk kreft (14–16). Forekomsten etter kreft i skjoldbruskkjertelen, øre-nesehalskreft og sarkom er lite kartlagt.

Det fjernes også lymfeknuter i bekkenet ved tykktarms- og endetarmskreft, men lymfødemes forekomsten er lite kartlagt også her. Behandling for spredning ved føflekkreft innebærer ofte omfattende lymfedisseksjon i lyske eller armhule, og en forekomst på 31 prosent (arm) og 40 prosent (ben) er rapportert (3).

UNDERSØKELSE

Korrekt og hurtig diagnose, samt differensialdiagnostisering for å utelukke andre sykdommer, er en forutsetning for riktig behandling. Hevelse i arm eller ben etter kreftbehandling kan også skyldes dyp venetrombose, spredning med innvekst i

lymfeknuter i armhulen eller lyske, arteriell insuffisiens, hjertesvikt, infeksjoner og eventuelt andre sykdommer.

Ved diagnostisering og kartlegging av lymfødem følger man følgende prosedyre (1):

- innhente relevant informasjon for vurdering av diagnose og årsaksforhold: kirurgi, tidligere eller annen kreftbehandling, spredning, familiær historie
- vurdere differensialdiagnoser: dyp venetrombose (DVT), arteriell insuffisiens, hjertesvikt, infeksjoner og eventuelt andre sykdommer som kan forårsake hevelse
- kartlegge hevelse: debuttidspunkt, lokalisasjon, omkretsmål på definerte målepunkter ved lymfødem i ekstremiteter. På andre områder brukes et måleinstrument, en såkalt kaliper
- kartlegge symptomer som sprengefølelse, smerter, ubehag og tyngdefølelse
- palpasjon og inspeksjon av vev: hudkvalitet, elastisitet, tykkelse og hardhet

Testen Stemmers tegn er positiv på lymfødem dersom huden på dorsalsiden av grunnleddet på fingre og tær i det affiserte området kan løftes opp med to fingre. Testen Pitting gir en indikasjon på begynnende lymfødem dersom det blir stående et søkk etter et lett trykk med en finger. Et etablert lymfødem vil vanligvis ikke ha utslag på denne testen.

LYMFQOL er et validert spørreskjema for fysisk funksjon og livskvalitet hos pasienter med lymfødem. Skjemaet finnes for både over- og underekstremiteter, er oversatt til norsk og fås gratis på fysio.no (<http://fysio.no/ForbundsforSiden/Organisasjon/Faggrupper/Onkologi-og-lymfologi/Kliniske-maaleinstru->

menter). Det finnes flere validerte spørreskjema, men disse er ikke oversatt til norsk.

BEHANDLING

Pasienter med lymfødem må ha livslang behandling for å holde ødemet i sjakk for å unngå forverring av tilstanden. En brukerstyrt plan for oppfølging og vedlikehold er viktig for å holde pasientenes motivasjon oppe i tillegg til å sikre en god og trygg behandling.

Komplett fysikalsk lymfødembehandling (KFL) er en anerkjent be-

«Pasienter med lymfødem må ha livslang behandling.»

handlingsform som består av kompresjonsbehandling (bandasjering og kompresjonsplagg), manuell lymfedrenasje, sirkulasjonsfremmende øvelser, hudpleie og informasjon om egenbehandling. Behandlingen reduserer ødemene og lindrer symptomene. KFL utføres i Norge av fysioterapeuter med spesialkompetanse.

Metoden er anbefalt av det internasjonale Lymfologiforbundet og International Lymphoedema Framework for behandling av lymfødem (1). Ødemer som får stå ubehandlet over tid, kan være vanskelige å behandle fordi lymfødemet vil omdannes til fett med fibrosedannelser i underhuden, noe som medfører at ødemet responderer dårligere på behandling (2). Igangsetting av behandling og oppfølging tidlig etter diagnostisering er derfor viktig for å få kontroll med sykdomsutviklingen.

Kompresjonsbehandling

Kompresjonsbehandling med kortelastiske bandasjer og tilpasning av kompresjonsstrømper har god effekt med hensyn til å redusere lymfødem i ekstremitetene (17). Grad av kompresjon er avgjørende for vellykket behandling og reguleres med hvor stramt bandasjen legges, og antallet lag med bandasje.

Det vil være store individuelle forskjeller i tålegrad og effekt av kompresjonsbehandlingen. Imidlertid er det få studier på hvor stramt og hvor lenge kompresjonen skal sitte. Individuell tilpasning og klinisk erfaring er derfor nødvendig. Det er ulike kompresjonsklasser på kompresjonsmaterieell som for eksempel strømper og hansker (1–4, 17).

Det er få studier for behandling av lymfødem i genitalia, men kompresjonsbukse (panty) har vist effekt (18). Det finnes også kompresjonsmaske til bruk ved lymfødem i ansikt, og klinisk erfaring viser at dette kan ha en betydelig positiv effekt på hevelse og medfølgende plager, eventuelt i kombinasjon med lymfedrenasje (19).

Pulsator massasjeapparat gir intermitterende mekanisk trykkbehandling for reduksjon av lymfødem. Klinisk erfaring viser effekt når det kombineres med kompresjonsplagg etter behandling (1). En metaanalyse fra 2014 kunne ikke vise at pulsator alene hadde effekt på brystkreftrelatert lymfødem (20).

Kinesiotape brukes ofte på kroppsdeler med lymfødem hvor det ikke kan brukes strømper, og ser ut til å ha en viss effekt, selv om forskningen foreløpig har noe motstridende resultater (1, 21).

Manuell lymfedrenasje

Klinisk erfaring viser at manuell lymfedrenasje kan dempe ubehag, sprenge og smerte samt redusere

fibrose, og er anerkjent praksis i forkant av bandasjering, spesielt i intensivfasen av lymfødembehandlingen (1). Manuell lymfedrenasje i kombinasjon med kompresjonsbukse (panty) har vist effekt for lymfødem i genitalia (18) samt en liten effekt i kombinasjon med kompresjonsbehandling for lymfødem i armen etter brystkreft (17).

Forskning viser foreløpig ikke effekt av manuell lymfedrenasje på reduksjon av store ødem og fibrotisering i armen etter brystkreft, men det kan ha effekt på små og moderate ødem (22, 23).

I områder med lymfødem er immunforsvaret redusert. Det er derfor viktig å forebygge hudinfeksjoner med god hygiene ved å holde huden ren og myk. Man bør unngå sprekker og sår som kan gi infeksjoner og forverring av lymfødemet (5, 24). Særlig hudhygiene for føttene er viktig å følge opp av helsepersonell fordi det kan være vanskelig for pasienten å stelle føttene selv.

Sirkulasjonsfremmende øvelser

Fysisk aktivitet, trening og sirkulasjonsøvelser har en positiv effekt på perifer og sentral sirkulasjon. Det fremmer venøs tilbakestrømming og lymfedrenasje og anbefales som en del av lymfødembehandlingen. Helsegevinsten er særlig stor for denne pasientgruppen fordi generell fysisk aktivitet og trening kan forhindre overvekt som forverrer lymfødemet. Kostholdsveiledning, trening og vektreduksjon kan gi signifikant reduksjon av lymfødemet (17, 25).

Stavgang har vist en direkte positiv effekt på lymfødem etter brystkreft (26). Det har tidligere vært antatt at det ikke bør utføres styrketrening med den affiserte ekstremiteten som har risiko for å

få, eller har fått, lymfødem. Det er imidlertid kommet to metaanalyser som tyder på at lymfødemet heller reduseres enn økes ved trening, og at risikoen for å utvikle lymfødem reduseres etter brystkreftoperasjon (27, 28).

Det er foreløpig få studier på trening for dem som har risiko for å få lymfødem i bena, men en tverrsnittsstudie med 213 livmorkreftpasienter rapporterte om reduksjon i benlymfødem hos dem som drev fysisk aktivitet og turgåing hver dag

«Tidlig identifisering og rask behandling kan forhindre eskalering av lymfødemet.»

(29). En randomisert kontrollert studie fra 2017 viste at det var mest reduksjon i benlymfødemet med stor motstand på ergometersykkelen, i forhold til lite motstand, og i forhold til bare kompresjonsstrømpe uten trening (30).

Det anbefales uansett å tilpasse treningen individuelt, starte med lav til moderat belastning, for så å øke belastningen gradvis. For pasienter med lymfødem er det anbefalt at styrketrening utføres med kompresjonsplagg på (27). Tøyninger kan forebygge og bedre nedsatt bevegelighet i ledd som følge av lymfødem. Øvelser i vann har vist god effekt på skulderbevegelighet i en randomisert pilotstudie hos pasienter med lymfødem etter brystkreftbehandling (31). ■

REFERANSER

1. Consensus. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2013 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*. 2013;46(1):1–11.
2. Mortimer PS, Rockson SG. New developments in clinical aspects of lymphatic disease. *J Clin Invest*. 2014;124(3):915–21.
3. Cromwell KD, Chiang YJ, Armer J, Heppner PP, Mungovan K, Ross MI, et al. Is surviving enough? Coping and impact on activities of daily living among melanoma patients with lymphoedema. *European Journal of Cancer Care*. 2015;24(5):724–33.
4. Chachaj A, Malyszczak K, Pyszel K, Lukas J, Tarkowski R, Pudielko M, et al. Physical and psychological impairments of women with upper limb lymphedema following breast cancer treatment. *Psychooncology*. 2010;19(3):299–305.
5. Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Williams AF, Badger C, Jeffs E, et al. Lymphoedema: an underestimated health problem. *QJM*. 2003;96(10):731–8.
6. Ridner SH, Deng J, Fu MR, Radina E, Thiadens SR, Weiss J, et al. Symptom burden and infection occurrence among individuals with extremity lymphedema. *Lymphology*. 2012;45(3):113–23.
7. Inghammar M, Rasmussen M, Linder A. Recurrent erysipelas – risk factors and clinical presentation. *BMC infectious diseases*. 2014;14:270.
8. Shaitelman SF, Cromwell KD, Rasmussen JC, Stout NL, Armer JM, Lasinski BB, et al. Recent progress in the treatment and prevention of cancer-related lymphedema. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(1):55–81.
9. Stout NL, Binkley JM, Schmitz KH, Andrews K, Hayes SC, Campbell KL, et al. A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*. 2012;118(8 Suppl):2191–200.
10. Disipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2013;14(6):500–15.
11. Sagen A, Kaaresen R, Sandvik L, Thune I, Risberg MA. Upper limb physical function and adverse effects after breast cancer surgery: a prospective 2.5-year follow-up study and preoperative measures. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(5):875–81.
12. Sagen A, Karesen R, Risberg MA. Physical activity for the affected limb and arm lymphoedema after breast cancer surgery. A prospective, randomized controlled trial with two years follow-up. *Acta Oncol*. 2009;48(8):1102–10.
13. Stanton AW, Modi S, Mellor RH, Levick JR,



- Mortimer PS. Recent advances in breast cancer-related lymphedema of the arm: lymphatic pump failure and predisposing factors. *Lymphat Res Biol.* 2009;7(1):29–45.
14. Yost KJ, Cheville AL, Al-Hilli MM, Mariani A, Barrette BA, McGree ME, et al. Lymphedema after surgery for endometrial cancer: prevalence, risk factors, and quality of life. *Obstet Gynecol.* 2014;124(2 Pt 1):307–15.
15. Dunberger G, Lindquist H, Waldenstrom AC, Nyberg T, Steineck G, Avall-Lundqvist E. Lower limb lymphedema in gynecological cancer survivors – effect on daily life functioning. *Support Care Cancer.* 2013;21(11):3063–70.
16. Brown JC, Chu CS, Cheville AL, Schmitz KH. The prevalence of lymphedema symptoms among survivors of long-term cancer with or at risk for lower limb lymphedema. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013;92(3):223–31.
17. McNeely ML, Peddle CJ, Yurick JL, Dayes IS, Mackey JR. Conservative and dietary interventions for cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis. *Cancer.* 2011;117(6):1136–48.
18. Liao SF, Huang MS, Chou YH, Wei TS. Successful complex decongestive physiotherapy for lymphedema and lymphocutaneous reflux of the female external genitalia after radiation therapy. *J Formos Med Assoc.* 2003;102(6):404–6.
19. Smith BG, Lewin JS. Lymphedema management in head and neck cancer. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;18(3):153–8.
20. Shao Y, Qi K, Zhou QH, Zhong DS. Intermittent pneumatic compression pump for breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Oncol Res Treat.* 2014;37(4):170–4.
21. Bosman J. Lymph taping for lymphoedema: an overview of the treatment and its uses. *Br J Community Nurs.* 2014;Suppl:S12, S4, S6-S, S4, S8.
22. Ezzo J, Manheimer E, McNeely ML, Howell DM, Weiss R, Johansson KI, et al. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2015;5:CD003475.
23. Javid SH, Anderson BO. Mounting evidence against complex decongestive therapy as a first-line treatment for early lymphedema. *J Clin Oncol.* 2013;31(30):3737–8.
24. Ridner SH, Murphy B, Deng J, Kidd N, Galford E, Bonner C, et al. A randomized clinical trial comparing advanced pneumatic truncal, chest, and arm treatment to arm treatment only in self-care of arm lymphedema. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;131(1):147–58.
25. Shaw C, Mortimer P, Judd PA. A randomized controlled trial of weight reduction as a treatment for breast cancer-related lymphedema. *Cancer.* 2007;110(8):1868–74.
26. Jonsson C, Johansson K. The effects of pole walking on arm lymphedema and cardiovascular fitness in women treated for breast cancer: a pilot and feasibility study. *Physiotherapy theory and practice.* 2014;30(4):236–42.
27. Cheema BS, Kilbreath SL, Fahey PP, Delaney GP, Atlantis E. Safety and efficacy of progressive resistance training in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2014;148(2):249–68.
28. Paramanandam VS, Roberts D. Weight training is not harmful for women with breast cancer-related lymphoedema: a systematic review. *J Physiother.* 2014;60(3):136–43.
29. Brown JC, Lin LL, Segal S, Chu CS, Haggerty AE, Ko EM, et al. Physical activity, daily walking, and lower limb lymphedema associate with physical function among uterine cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2014;22(11):3017–25.
30. Fukushima T, Tsuji T, Sano Y, Miyata C, Kamisako M, Hohri H, et al. Immediate effects of active exercise with compression therapy on lower-limb lymphedema. *Support Care Cancer.* 2017;25(8):2603–10.
31. Johansson K, Hayes S, Speck RM, Schmitz KH. Water-based exercise for patients with chronic arm lymphedema: a randomized controlled pilot trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013;92(4):312–9.

SEKSUELL REHABILITERING: For å unngå sammenvoksinger i skjeden etter strålebehandling mot bekkenet, bør kvinnen alltid få et dilatatorsett (bildet). Det bestilles gjennom Nav og er gratis for pasienten. Foto: Erik M. Sundt



SEKSUALITET *etter kreften*

Sykepleiere har alle muligheter til å være gode rådgivere og samtalepartnere om veien tilbake til et seksualliv etter kreftbehandling.

Det er viktig å gi god informasjon om kreftbehandlingens konsekvenser for seksualfunksjonen til alle kreftpasienter. Erfaringsmessig er informasjon om dette svært kjærkomment for de aller fleste, og for dem det ikke er aktuelt for, oppleves det sjelden galt at det tas opp av sykepleier eller lege.

Når en kreftdiagnose stilles, og også under behandlingen, er mange pasienter i liten grad opptatt av seksualfunksjonen. Derfor må informasjon om seneffekter på seksualfunksjonen gjentas og gis både skriftlig og muntlig.

En studie fra England viste at alle de spurte kreftpasientene ønsket skriftlig eller muntlig informasjon om kreftbehandlingens påvirkning på seksualfunksjonen (1).

HVA ER SEKSUALITET?

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert seksualitet slik (2):

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualiteten er ikke det samme som samleie eller evnen til å få orgasme – seksualitet er mye mer. Den finnes i den energien som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet.

Seksualiteten uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss, og hvordan vi berøres av andre. Seksualiteten påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker.

Seksualitet er langt mer enn samleie og orgasme. Min erfaring er at både norske kvinner og menn trekker frem at seksualitet også handler om intimitet og nærhet. Gjennom et godt seksualliv kan behovene for både lek, glede, utspredelse, kjærlighet, velvære og bekreftelse bli møtt.

«Seksualitet er langt mer enn samleie og orgasme.»

Det er ulikt hvor viktig seksualiteten oppleves, og det kan variere i et enkelt menneskes liv avhengig av livssituasjon.

Hvor lenge en er seksuelt aktiv, varierer. Seksuell aktivitet synker med alderen, men selv i aldersgruppen mellom 75 og 85 år angir 40 prosent av menn og 17 prosent av kvinner at de er seksuelt aktive (3).

Grunnen til at kvinner oppgir å være mindre seksuelt aktive, handler om tilgjengeligheten av menn i samme alder samt at kvinner etter menopause kan ha langt mindre seksuell interesse enn menn. For eldre er lengden på forholdet ofte avgjørende; mennesker som er over 65 år, blir mer seksuelt aktive når de møter en ny partner.



FOR-
FATTER



RANDI
GJESSING
Sexologisk
rådgiver og
onkologisk
sykepleier,
Akershus
universitets-
sykehus

HOVED-
BUDSKAP

Ulike behandlingsformer ved kreft kan gi seneffekter som i stor grad kan innvirke på seksualfunksjon og samliv. Rett etter at kreftdiagnosen er stillet, er de aller fleste krefttrammede mest opptatt av sykdommens prognose og behandling. Informasjon som gis før behandling, oppfattes gjerne ikke i den stressede situasjonen omkring diagnosetidspunktet. Informasjonen om kreftbehandlingens innvirkning på seksualfunksjonen må derfor være både skriftlig og muntlig, og den må gjentas.

DOI-nummer:
10.4220/
Sykepleiens.
2018.72373

ALLOGEN STAMCELLEBEHANDLING

Ved allogen stamcellebehandling får pasienten stamceller fra en annen person (donor). Transplantasjonen innledes med en så kraftig cellegiftbehandling at de fleste bloddannende stamcellene dør. Deretter overføres det friske stamceller fra donoren. Selve transplantasjonen foregår som en blodoverføring. *Kilde: Kreftforeningen*

**NØKKE-
ORD**

- Seksualfunksjon
- Kreftbehandling
- Seneffekter

INFORMASJON OPPFATTES IKKE

De som allerede har et godt og vel-fungerende seksualliv når de blir rammet av kreft, er som regel de som er mest opptatt av å få informasjon om hvordan sykdom og behandling kan innvirke på deres seksualfunksjon. God seksuell helse er avhengig av blant annet kvaliteten på et eventuelt parforhold og ikke minst den generelle helsen utover kreftsykdommen.

Diabetes, hjerte- og karsykdom, fedme, røyking og mange ulike medikamenter kan gi større eller mindre seksuelle dysfunksjoner (4). Dette må alltid tas med i vurderingen når helsepersonell skal informere kreftpasienter om mulige seksuelle seneffekter etter kreftbehandling. Det er viktig å spørre pasienten om vedkommendes seksualfunksjon før kreftsykdommen for å kunne gi god informasjon om hva man kan forvente seg etter avsluttet kreftbehandling.

Rett etter at kreftdiagnosen er stillet, er de aller fleste kreftrammede mest opptatt av sykdommens prognose og behandling (3). Som en av mine pasienter uttalte: «Så lenge jeg blir frisk av min kreftsykdom, er det ikke så farlig med ereksjonen.»

Ikke sjelden opplever vi også at informasjon som gis før behandling, ikke oppfattes i den stressede situasjonen omkring diagnosetidspunktet. Derfor kan det erfaringsvis ta flere måneder eller år før kreftoverleverer søker hjelp for seksuelle dysfunksjoner etter kreftbehandlingen.

TREKKER SEG UNNA

Seksualitet er, som tidligere nevnt, langt mer enn ereksjon, samleie og orgasme. Likevel ser vi at når kreftoverleverer har problemer med å få

ereksjon, eller mangler lyst, eller har smerter ved samleie, trekker de seg også unna annen intimitet og nærhet.

En mann som opplever ereksjonsproblemer, kan trekke seg unna partner fordi det blir ekstra sårt og vanskelig når han opplever at de situasjonene som tidligere ga ham ereksjon, ikke lenger gjør det. Mange beskriver at de opplever seg som «mindre menn», og det går ut over selvfølelsen, slik at de trekker seg unna partneren.

«Det de savner mest, er nett-opp nærheten, kjærtegnene og intimiteten.»

Kvinner som ikke klarer å gjen-nomføre samleie, kan fortelle at de ikke klarer å legge seg inntil partneren eller gi eller motta kjærtegn fordi de er redde for at partneren tror at «nå skal vi ha sex!».

Partneren er ofte klar over at kreftoverleveren ikke ønsker eller klarer å ha samleie, og av hensynsfullhet trekker han eller hun seg unna mer nærhet enn det rent seksuelle. Noen ganger får dette som konsekvens at den som har vært syk, feiltolker dette slik: «Ja, dette bekrefter jo at jeg ikke lenger er attraktiv som seksualpartner.»

Dette blir gjerne en ond sirkel, der den seksuelle dysfunksjonen ikke bare ødelegger for det rent seksuelle, men også for nærheten, kosen og intimiteten. De fleste par som kommer til meg for sexologisk

rådgiving etter kreftbehandling, sier at det de savner mest, er nett-opp nærheten, kjærtegnene og intimiteten.

For å kunne hjelpe et par med å gjenoppta seksuallivet er det derfor av stor viktighet at de får råd om å være mer kjæresten før de prøver å for eksempel ha samleie. Professor i sexologi ved Universitetet i Agder, Esben Esther Pirelli Benestad, sa på en forelesning noe som etter min mening er veldig riktig: «Det er mye mellom null og knull.» Dette er ofte en god huskeregel å ha i bakhodet når sykepleieren skal gi sexologisk rådgiving til kreftoverleverer.

DEN SEKSUELLE RESPONSSYKLUSEN

For å forstå hvordan kreftbehandling kan påvirke seksualfunksjonen til kreftoverleverer, kan det være nyttig å ta utgangspunkt i den seksuelle responszyklusen.

Den seksuelle responszyklusen beskriver i fire faser hvordan mennesker reagerer seksuelt (3):

Lystfasen. Her oppstår det tanker og fantasier om seksuelle aktiviteter. Disse følelsene kan utløses av ulike sanseopplevelser, og for å sette i gang disse seksuelle tankene og fantasiene er testosteron en viktig faktor.

Opphisselsesfasen. I denne fasen kjennes en subjektiv følelse av seksuell tenning, ledsaget av kroppslige forandringer. Hos mannen strømmer det blod til penis og puls og blodtrykk stiger. Noen menn opplever at det kommer litt væske fra urinrørsåpningen; dette kalles gjerne for forsats. Kvinnen blir våt i skjeden, noe som kalles lubrikasjon.

Orgasme-fasen. I denne fasen er lystfølelsen intens, et følelsesmessig

«Du blir ikke kåt når du er trett.»

KVINNELIG KREFTOVERLEVER ■

klimaks. Fysiologisk skjer det en sammentrekning i kjønnsorganet. Mannen får ejakulasjon.

Orgasme-fasen hos mannen beskrives både med orgasme og ejakulasjon, fordi de ofte opptres samtidig, men dette er to forskjellige reflekser og trenger ikke nødvendigvis opptre samtidig. En mann kan gjerne få orgasme selv om han ikke får ereksjon, da disse mekanismene styres av ulike nerver. Pulsen, blodtrykket og seksualrødmen er på det maksimale.

Avslapningsfasen. Her kjennes en følelse av velvære og avslapning, og ofte en trang til å sove. Under orgasmen frigis oksytocin, som gir en følelse av ro i kroppen og et ønske om å tilknytte seg til partneren. Oksytocin er et avslapnings- og tilknytningshormon som demper stresshormonet kortisol.

Ereksjonen avtar gradvis i denne fasen. Menn trenger ofte en lengre avslapningsfase før en eventuell ny

utløsning. Dette kalles refraktær-fasen, der mannen ikke reagerer på seksuell stimulering. Kvinner kan ofte oppnå flere orgasmer etter hverandre innenfor et relativt kort tidsrom.

KONSEKVENSER FOR SEKSUAL-FUNKSJONEN

Hvilke seksuelle seneffekter pasienten kan forvente seg, avhenger av hva slags kreftsykdom pasienten har hatt, hvilken type behandling pasienten har mottatt, og som tidligere nevnt pasientens generelle helse og seksuelle funksjon da han eller hun ble syk.

Det antas at over halvparten av alle kreftpasienter vil oppleve seksuelle problemer etter behandlingen (3).

Lystfasen

Det vanligste seksuelle problemet hos kvinnelige kreftoverlevende er manglende lyst. Ofte er dette sammensatt,

og fatigue er en viktig medvirkende årsak. Sex er ofte et overskuddsfenomen, og er en trett og mangler energi, er ikke sex det en tenker mest på. Som en av mine kvinnelige pasienter uttalte: «Du blir ikke kåt når du er trett.»

En annen viktig faktor er selvbildet. Kvinner sier ofte at kreftsykdommen har påvirket deres opplevelse av å være bra nok som kvinne, av å føle seg attraktiv. Dette kan skyldes endret utseende på grunn av hårfavfall, arr etter kirurgi, økt eller tapt vekt, stomi eller endret bryst. Manglende mulighet til å oppfylle sin rolle, ofte som følge av fatigue, og dårlig samvittighet for partner som ikke «får sex», kan påvirke selvbildet negativt (3).

En ofte oversett årsak til manglende lyst og interesse hos kvinnelige kreftoverlevende er mangel på testosteron (3). Testosteron er viktig for lyst hos både kvinner og menn. Hos

kvinner produseres mesteparten av testosteronet i eggstokkene, og både høye doser kjemoterapi, strålebehandling mot bekkenet, hormonbehandling ved brystkreft og selv sagt kirurgisk fjerning av eggstokker vil påvirke hormonproduksjonen.

Dette er mest merkbart hos premenopausale kvinner, som, brutalt sagt, kan bli kastret av kreftbehandlingen. Uten testosteron vil mange kvinner oppleve tiltaksløshet, fravær av seksuelle fantasier og drømmer, og økt tretthet i tillegg til den manglende sexlysten.

For mange kvinner oppleves det lettere å gjenvinne sexlysten dersom de føler seg sett og opplever støtte av partner.

Noen single kvinner sliter med tanker som «Hvem vil ha en kvinne med ett bryst?» eller «Når skal jeg fortelle en fremtidig partner at jeg har hatt kreft og har pose på magen?».

Menn kan også ha problemer med lyst, og da er årsaken ofte mangel på testosteron, slik som hos kvinner. Ved hormonbehandling av prostatakreft vil testosteronet være ned mot null, og ved store doser kjemoterapi ved andre kreftsykdommer kan testosteronet bli merkbart redusert i kortere eller lengre perioder (5).

Fatigue er også en klar årsak til redusert lyst hos menn. Menn med erektil dysfunksjon vil kunne rapportere om mindre lyst fordi de etter hvert mister interessen på grunn av den underliggende frykten for ikke å få ereksjon. Det er viktig å kartlegge om mannens ereksjonsproblem er et rent ereksjonsproblem eller et lystproblem, siden mannen ikke får ereksjon dersom han ikke har lyst (5).

Kort oppsummert kan sexlysten hos begge kjønn svekkes av hormonelle endringer, forhold til partner, bekymringer, andre plagsomme symptomer og bivirkninger som smerte og kvalme, samt fatigue.

Opphisselsesfasen

Den vanligste seksuelle dysfunksjonen hos mannlige kreftoverleverere er

knyttet til opphisselsesfasen, nemlig ereksjonsproblemer eller total ereksjonssvikt (3).

Den største gruppen av disse pasientene finner vi blant dem som er behandlet for prostatakreft, men også blant mange med blære- og tarmkreft. For å få en god ereksjon trengs det tilfredsstillende blodsirkulasjon, nervestimulering og testosteron som stimulerer lyst.

«Testosteron er viktig for lyst hos både kvinner og menn.»

Ved kirurgisk behandling av prostata- og blærekreft vil mannen nesten uten unntak oppleve ereksjonsproblemer rett etterpå, som følge av nerveskade. Dersom ereksjonen var god preoperativt og det gjøres nervesparende kirurgi, vil ereksjonen kunne bedres opptil to-fire år etter kirurgi.

Ved strålebehandling av prostata er det blodsirkulasjonen som svekkes, og dette skjer gjerne over tid. Ved hormonbehandling av prostatakreft vil nesten alltid ereksjonsevnen opphøre fordi evnen til seksuell stimulering blir borte. Dog finnes det sjeldne unntak (5).

Også annen kirurgi i bekkenet vil kunne skade nervene som styrer ereksjonen.

Mange medikamenter kan gi erektil dysfunksjon, blant annet blodtrykksmedisiner, kolesterol-senkende medisiner og psykofarmaka.

Kvinner vil kunne oppleve mangelfull lubrikasjon som følge av manglende lyst, men også tørre og såre slimhinner i skjeden etter strålebehandling mot bekkenet og medikamenter som blokkerer eller stopper østrogenproduksjonen. Dette gjelder i særlig grad kvinner som mottar hor-

monbehandling etter brystkreft, og kvinner som er påført for tidlig overgangsalder som følge av stråling mot bekken eller kjemoterapi.

En annen seneffekt som medfører store problemer, er akutt transplantat-mot-vert-reaksjon (GVHD) i skjeden hos kvinner som har fått allogen stamcelletransplantasjon. Disse forandringene i skjeden kan gi den samme typen sammenvoksinger i skjeden som etter strålebehandling mot bekkenet (6).

Orgasmefasen

Mangelen på orgasme hos kreftoverleverere skyldes ofte mangel på lyst, og hos menn mangelfull kunnskap om at de kan få orgasme selv om de ikke har ereksjon. Fatigue kan også svekke evnen til orgasme, fordi det krever både energi og tilstedeværelse å få orgasme.

Noen ganger skyldes problemer med å få orgasme at det er gjort skader på nerver under behandlingen, medikamenter, eller i sjeldne tilfeller at klitoris eller penishodet er kirurgisk fjernet på grunn av kreftsykdommens beliggenhet ved cancer vulva og cancer penis.

Å få orgasme er ofte en trenings-sak, så det er viktig å informere pasienten om å trene denne funksjonen på lik linje med andre funksjoner.

Menn som har fått fjernet prostata og sædblære ved blære- og prostatakreft, må informeres om at det ved orgasme ikke vil være sæduttømming. Noen typer kirurgi i bekkenet vil medføre retrograd ejakulasjon, altså at sæden går til blæren i stedet for ut gjennom urinrøret ved utløsning.

Avslapningsfasen

Dersom de tre første fasene i den seksuelle responssyklusen fungerer hos kreftoverleveren, vil hun eller han neppe oppleve problemer i denne fasen.

SEKSUELL REHABILITERING

Som sykepleiere er vi opplært til å tenke rehabilitering tidlig i pasientens

sykdoms- og behandlingsforløp. De samme prinsippene gjelder for seksuell rehabilitering. Dersom en ønsker å bevare eller forbedre en funksjon, må denne jobbes med og stimuleres.

Sykepleieren bør ha en viktig rolle i å informere pasienten om dette.

Menn

Som tidligere beskrevet er menns hyppigste seksuelle senefekt etter kreftbehandling erektil dysfunksjon (ED) (3). Når pasienten klager over ED, må man først avklare om pasienten har morgenereksjon eller nattlige ereksjoner, fordi dette vil si noe om hans fysiske ereksjonsevne er skadet eller ikke. Dersom pasienten avkrefter dette, er det viktig å starte med seksuell rehabilitering, dersom pasienten ønsker å forbedre og/eller gjenvinne sin ereksjonsfunksjon.

Det finnes ulike hjelpemidler og medikamenter for å bedre eller gjenvinne ereksjonsfunksjonen. Vakuumpumpe er et hjelpemiddel pasienten kan få kostnadsfritt; lege eller sykepleier bestiller den gjennom et skjema fra Nav. Ved å bruke pumpen jevnlig oppnås det økt blodgjennomstrømming til erektilt vev i svampegemene, noe som er viktig for å unngå atrofi og fibrose.

Pasienten bør oppfordres til å tenke på vakuumpumpen som et slags treningsapparat, som bør benyttes flere ganger i uken.

Det finnes ulike tabletter, såkalte PDE5-hemmere, som kan gi bedret ereksjon dersom lysten er intakt. Erfaringsmessig er ikke en PDE5-hemmer alene nok til en tilstrekkelig god ereksjon hos menn med ED som er operert for prostatakreft, særlig ikke når det er kort tid etter behandlingen.

Dersom mannen ønsker å gjennomføre samleie, kan intracavernøse injeksjoner være en meget god hjelp. Det nyeste preparatet på markedet, Invicorp med virkestoffene aviptadil og fentolaminmesilat, er svært effektivt og gir lite lokal svie eller smerte. Pasienten må få opplæring i å trekke

opp medikamentet og i å sette sprøyten riktig. Dersom pasienten bruker blodfortynnende, skal det vises forsiktighet, og mannen må informeres om å oppsøke lege ved priapisme.

I juni 2018 kom det et nytt preparat, Vitaros med virkestoffet alprostadil, på markedet i Norge, en krem som dryppes i urinrøret. Alle medikamentene virker best når pasienten er seksuelt stimulert, de er reseptbelagte og

«Den vanligste seksuelle dysfunksjonen hos mannlige kreftoverlevende er knyttet til opphisselsesfasen.»

må betales av pasienten selv. Det finnes ingen refusjonsordninger.

Kvinner

Kvinnens vanligste seksuelle senefekt etter kreftbehandling er manglende lyst. Det er ulike måter å jobbe med å få økt lyst, men det er viktig å måle kvinnens hormonnivå, og det kan være nødvendig med hormonsubstitusjon.

Dersom kvinnen kommer i for tidlig menopause som følge av kreftbehandlingen og hun ikke har en hormonfølsom kreft som brystkreft eller livmorkreft, bør også testosteron i form av en transdermal krem vurderes.

Smarter og sårhet i skjeden som følge av lavt østrogennivå kan avhjelpest med østrogen lokalt i skjeden. For kvinner med brystkreft skal det ikke gis østrogen, men det finnes gode hormonfrie stikkpiller til skjeden som kjøpes reseptfritt på apotek.

Silikonbaserte glidekremer er til god hjelp for mange.

For å unngå sammenvoksinger i skjeden etter strålebehandling mot bekken og ved GVHD i skjeden bør kvinnen alltid få et dilatatorsett, som bestilles gjennom Nav. Det er gratis for pasienten.

Kvinnen bør frarådes å ha samleie når dette er smertefullt.

Sykepleieren kan også bestille massasjearranger/vibrator gjennom Nav dersom pasienten strever med å oppnå orgasme.

Hjelpemidler eller medikamenter må alltid kombineres med god informasjon og er ikke en erstatning for en god samtale mellom pasient og sykepleier.

KOMMUNIKASJON

Enten det er en kvinne eller mann som er syk, er det viktig å tilby pasienten å ha med en eventuell partner når man skal informere om seksualitet etter kreftbehandling. Det er et godt tiltak å informere om at det er viktig å pleie den delen av nærheten og intimiteten som ikke er påvirket av sykdom og behandling.

I de tilfellene der kvinnen har vært syk, ser vi ofte at hun lettere finner tilbake til den seksuelle interessen dersom partneren har vært støttende og engasjert under hennes kreftsykdom. Menn opplever gjerne mer engasjement fra sin partner i sin seksuelle rehabilitering dersom intimiteten i forholdet bevares tross ereksjonsproblemer.

Mange sykepleiere synes det er vanskelig å snakke med pasienter om seksualitet. Dette må ikke medføre at vi unngår å ta det opp. Det vi trener på, blir vi bedre i. Ved gode kommunikasjonsferdigheter, empati og interesse kommer en langt.

Når det gjelder å starte samtaler om seksualitet, kan det være lettere å informere pasienten fremfor å stille ham eller henne mange spørsmål.

En fin innledning kan for eksempel være: «Du har fortalt meg at din fatigue hemmer deg i mye. Mange i din situasjon forteller at fatigue også

har store innvirkninger på intimiteten og seksuallivet.»

På den måten får vi normalisert problemet samtidig som vi åpner opp for videre samtale.

Det kan være greit å tenke gjennom hvilke ord vi vil bruke når vi snakker om seksualitet, før vi går i gang. Samtaler om seksualitet krever raushet. Når sykepleieren har gode samtaler om seksualitet, kan hun eller han få informasjon som både sjokkerer og provoserer.

OPPSUMMERING

Ulike behandlingsmodaliteter ved kreft kan gi plagsomme seneffekter som i stor grad kan innvirke på seksualfunksjon og samliv. Pasientenes seksualliv før de fikk kreftsykdommen, pasientenes generelle helse samt alder vil kunne predikere hva de kan forvente av utfordringer.

På diagnosetidspunktet og i behandlingsperioden er mange pasienter i liten grad opptatt av seksualfunksjonen. Derfor må informasjonen som gis om dette, være både skriftlig og muntlig, og den må

gjentas. Seksuell rehabilitering bør komme i gang kort tid etter at behandlingen er avsluttet.

En eventuell partner bør inkluderes, og det bør rettes like mye oppmerksomhet mot intimitet og nærhet som mot sex, fordi veien tilbake

«Hjelpemidler eller medikamenter må alltid kombineres med god informasjon.»

til et seksualliv ofte forutsetter at paret «er kjærester» og har god kommunikasjon.

Sykepleiere har kunnskap om både kommunikasjon, sykdom og behandling. Sykepleiere har alle muligheter til å være gode samtalepartnere om dette temaet, som det snakkes for lite om i kreftomsorgen. ■

REFERANSER

1. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*. 2003;88(5):666–71.

2. Langfeldt T, Porter M. Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings. København: Verdens helseorganisasjon; 1986.

3. Gjessing R, Borg T, Dahl AA. Problemer med seksualitet. I: Loge JH, Dahl AA, Fosså SD, Kiserud CE, red. *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2013. s. 87–108.

4. Vaaler S, Løvkvist H, Svendsen K-O, Furuseth K. Erektile dysfunksjon hos norske menn over 40 år. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2001;121:28–32.

5. Gjessing R. Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I: Reitan AM, Schjølberg TK, red. *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.

6. Lorentz B. Transplantat-mot-vert-sykdom [internett]. Oslo: Oncolex; [oppdatert 06.05.2013; sitert 22.08.2018]. Tilgjengelig fra: <http://oncolex.no/Home/Leukemi/Prosedyre katalog/Oppfølging/GVHD.aspx>

3 KREFTOVERLEVERE *om seksualitet*

”



LEIF HAUGEN, 68 ÅR
Fikk kreft i endetarmen i 2014 og 2017, og måtte ha kolostomi og urostomi, og har flere senskader etter behandlingen.

Etter den første operasjonen sa kirurgen rett ut at jeg var blitt impotent.

Hadde jeg tatt hans ord for god fisk, og ikke snakket med noen andre, så hadde jeg neppe kommet noen vei med den saken. Men noen tipset meg om Tore Borg (kreftsykepleier og seksologisk rådgiver ved Radiumhospitalet, journ.anm.). Det er mannen som har det du trenger. Det var flere muligheter for meg, og jeg gikk for sprøyter. De koster noen kroner og må tas litt tid i forveien, men det er ikke noe problem. Vi er jo ikke tenåringer lenger, uansett.

LES HANS HISTORIE PÅ SIDE 88

“

”



Jeg har slutta med mannfolk.

TURI TINGELHOLM, 61 ÅR
Fikk kreft i tungen i 2008.
Strålebehandling har gitt mange komplikasjoner.

LES HENNES HISTORIE PÅ SIDE 74

“

”



PERNILLE NÆSHEIM, 49 ÅR
Fikk livmorkreft i 2012 og fikk lymfødem og fatigue etter cellegiftbehandlingen.

Etter siste cellegiftbehandling nærmest hvisket jeg til kreftlegen: «Er jeg skadet i skjeden?»

Jeg trodde ikke det ville være mulig å få inn så mye som en fyrstikk og hadde ikke tenkt på fremtidig sexliv som en mulighet. Men legen svarte bare «nei» og hastet videre til pasienten som fikk cellegift i nabostolen. Senere har jeg fått høre at alle som får en slik operasjon, skal tilbys en glasstav og informasjon om nyttige øvelser. Noe slikt fikk jeg aldri. Jeg bestemte meg for å jobbe med saken, og fastlegen hjalp meg med å tenke på underlivet som en muskel som måtte trenes. I starten var sexlivet lite preget av romantikk og lyst, men ble mer sett på som trening man måtte gjennom.

LES HENNES HISTORIE PÅ SIDE 50

“

DE FLESTE TAKLER FRYKKTEN FOR TILBAKEFALL

– De fleste som er helbredet av kreft, lever videre uten psykiske plager, sier professor Jon Håvard Loge.

TEKST OG FOTO MARIT FONN

De som er helbredet av kreft, har i gjennomsnitt litt høyere angstnivå enn befolkningen for øvrig, sier Jon Håvard Loge, professor i medisinsk atferdsvitenskap ved Universitetet i Oslo.

Han legger til:

– Etter hva de har vært gjennom, ville det være rart om de ikke har mer spenning og uro i seg enn andre. Det er ikke noe hokusfokus å skjønne det, mener han.

– De fleste blir nok veldig vare på forandringer i helsa si og gruer seg til kontroller. Men over år vil bekymringen for tilbakefall avta.

Det vanligste er å leve videre uten å bli hjelpetrengende for psykiske plager.

– De finner ut av det selv eller sammen med de nærmeste, og innhenter informasjon. De fleste av oss er gode til å ivareta egen psykisk hel-

se. Alle får vi hakk og sår, men som regel klarer vi å reparere dem sjøl, mener Loge.

OPPLEVELSEN SETTER SPOR

Jon Håvard Loge understreker at for noen har behandlingen vært traumatisk. Enten bare selve kreftbehandlingen, eller behandlingen kombinert med andre belastninger.

– Noen har vært gjennom så mye, for eksempel ligget lenge i isolat, at profesjonell bistand kan være nødvendig. Dette er viktig å anerkjenne. Men det er heller ikke så krevende å hjelpe dem, mener han.

– Det er ikke vanskelig å skjønne at kreftbehandling setter spor. Det er som med annen alvorlig sykdom, de fleste klarer det greit, men for noen blir det for mye, særlig hvis det skjer på et tidspunkt da man er ekstra sårbar. Ofte vil man kvie seg for å søke hjelp.

Erfaring med kreft kan ha sine positive sider også. Professor Loge viser til studier han gjorde på 1990-tallet:

– Flere som hadde hatt kreft, var mer tilfreds med livet enn andre. Mange opplever å få et nytt verdisyn og at de setter mer pris på livet. De sier at de prioriterer annerledes, og at de skiller stort fra smått.

TANKENE SOM KOMMER

Psykiater Tone Skaali har erfaring fra det kliniske feltet:

– Å frykte tilbakefall er helt normalt. Men frykten vil variere ut fra hvor man er i forløpet, og den kan påvirkes av ytre faktorer. Den kan bli større når det nærmer seg kontroll, sier hun.

Skaali leder seksjon for psykososial onkologi, mestring og rehabilitering i kreftklinikken på Oslo universitetssykehus.

TRIGGES: Frykten for tilbakefall kan trigges av noe man hører, og av diffuse kroppslige symptomer.



– Jeg pleier å si til pasientene at vi jo er tenkende vesener, og at man må akseptere at tanker om tilbakefall kommer.

Men spørsmålet er hvordan man håndterer dem:

– Lar man tankene vokse og bli veldig plagsomme? Eller prøver man etter beste evne å møte dem? Man skal ta frykten på alvor, men også møte den med faktainformasjon som at «jeg vet jo at kreftlegen har sagt at det nå ser bra ut for meg», sier hun.

REDDE FOR IKKE Å FÅ MER HJELP

Skaali tror at mange er redde fordi de er usikre på om helsevesenet har noe å tilby dem hvis kreften kommer tilbake.

- Og de tør ikke spørre heller.
- Vil du råde dem til å spørre?
- Det må bli opp til den enkelte. Er tankene veldig plagsomme, kan det

være godt å si på kontroll at man er bekymret. Kanskje spørre: «Burde jeg være det, eller kan jeg legge det litt bort?» Noen ganger hjelper det å snakke med en ekspert, sier Skaali.

«Det er ikke vanskelig å skjønne at kreftbehandling setter spor.»

JON HÅVARD LOGE,
PROFESSOR



For noen vil lammende angst prege hverdagen:

- Men de færreste er i ytterpunktene. De fleste vil bevege seg på deler av skalaen, avhengig av situasjonen.

Noen har for eksempel større risiko for tilbakefall enn andre.

– Statistikk kan være fint å klamre seg til, men også motsatt?

– Kanskje får man høre at 90 prosent med din krefttype er friske etter fem år. Noen vil feste seg ved at 90 prosent er veldig mange. Andre vil tenke: «Tenk om jeg tilhører de 10 prosentene.» Statistikken kan jo aldri si at det er absolutt null risiko for tilbakefall.

At statistikk virker beroligende for noen, men er skremmende for andre, er legene veldig obs på, påpeker Skaali:

– De prøver å tilpasse informasjonen til den enkelte og er nok veldig forsiktige med å tallfeste risiko og prognose.

VIL SJEKKE SYMPTOMER

– Kreftoverlevende må jo lære seg å leve med noe større usikkerhet enn før.

Bekymringen kan fort aktiveres hvis man kjenner kroppslige symptomer og ikke vet hva det representerer. Da får man behov for å sjekke. Det er det god grunn til, sier Skaali.

Hun syns at det er greit å få sjekket ut hva det kan være.

– Med mindre man alltid går og kjenner på noe. Det kan jo ta overhånd.

Frykten kan også trigges av noe man leser og hører:

– Får du vite at tre andre på jobben har fått kreft, kan angsten bli mer fremtredende i en periode. Så kan det roe seg igjen.

Skaali legger til:

– Kreft er fortsatt en sykdom som assosieres med død. Selv om mange

«Noen vil feste seg ved at 90 prosent er veldig mange.»

TONE SKAALI,
PSYKIATER



ikke dør av den, ligger det alltid der som en frykt. Frykten om tilbakefall handler jo ofte om frykten for døden. Om hva som skjer med barna. Om de vil klare seg økonomisk.

– Ofte en reell frykt?

– Heldigvis opplever mange at den

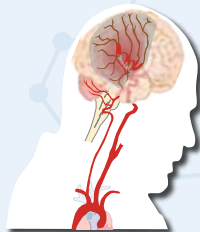
ikke realiserer seg. Noen får tilbakefall etter mange år, mens veldig mange blir helt friske etter å ha hatt kreft og dør av helt andre årsaker.

SYKEPLEIERES ROLLE

– Hvilken rolle kan sykepleiere spille for kreftoverlevernes psykiske helse?

– De treffer kreftpasienter på mange nivåer i helsevesenet. Det er viktig at pasientene blir møtt på en god måte med sin usikkerhet og bekymring. Sykepleiere er jo veldig gode til å snakke med folk. Kreftpasienter kan profitere på å snakke med andre enn familie og venner om hvordan de har det, mener psykiater Tone Skaali.

ANNONSE



7. NASJONALE KONFERANSE OM HJERNESLAG

Oslo Kongressenter, 14. - 15. februar 2019

PROGRAM OG PÅMELDING
www.hjerneslag.no

Sykepleiere ønskes velkommen

Sykepleien gir deg:

nyheter
fagartikler
forskningsartikler
debatt
quiz

sykepleien.no

for desktop, mobil og nettbrett

app til mobil/brett

Last ned i Appstore eller Google Play
 - til mobil og nettbrett

papirutgaver

Spesialproduserte utgaver
 går i dybden på et tema
 - og hjem til deg.



nyhetsbrev

Våre viktigste saker
 - to ganger i uken.

Meld deg på via facebook
 eller på sykepleien.no

DU FINNER OSS OGSÅ HER:



SYKEPLEIEN PÅ FACEBOOK
 Nyheter som angår sykepleiere
 og aktualiteter innen forskning.



SYKEPLEIEN PÅ INSTAGRAM
 Del bilder fra din sykepleierhverdag
#yrkesykepleier



SYKEPLEIEN FORSKNING PÅ FACEBOOK
 Relevant forskning for sykepleiere i praksis,
 for universiteter, høyskoler og studenter.



SYKEPLEIEN PÅ TWITTER
 Vi twitrer om helsenyheter.
@Sykepleien1

Turi

FIKK FJERNET HALVE KJEVEN

– Jeg bryr meg ikke om utseendet. Men jeg er lei meg for at jeg prater så dårlig, sier Turi Tingelholm.

TEKST OG FOTO MARIT FONN

Turi Tingelholm er synlig på lang avstand. Over en åtti høy og sylslank, fiolett hår og fargesprakende klær. Hun vinker.

Først på nærmere hold ser man at det er noe med ansiktet hennes. Så hører man at det er noe med stemmen.

Men hun lar seg ikke sjenere. Vi slår oss ned på en kafé og velger et bord ute i høstsolen.

Å spise er ikke aktuelt. Heller ikke kaffe. Turi Tingelholm går for en farris.

– Med sugerør. Uten is, sier hun.

Stemmen er lys, diksjonen er krevende. Særlig k-en er vanskelig. Men Tingelholm har mye på hjertet.

KLAFFEN I LUFTRØRET VIRKER IKKE

– Jeg er litt opp som en løve og ned som en fell. Men jeg har fokus på de gode dagene, sier hun.

Hun går rett på et sitat av Trond-Viggo Torgersen, fra hans tv-program Kroppen min:

– Han sa at det eneste Gud bommet på, var plasseringen av spise- og luftrøret.

Saken er at hun har fjernet halve kjeven, fordi – som hun sier – hun er strålt sønder og sammen. Det gjelder også strupelokket, den lille klaffen som skal passe på at maten ikke havner i luftveiene.

Når hun svelger, vet hun ikke hvor maten går. Den kan

havne i lungene. Derfor er hun stadig plaget av lungebetennelse.

Hun bretter opp genseren og viser peg-en på magen:

– Jeg bruker den stort sett hver dag. Mater gåsa, som jeg sier.

Øre-nese-hals-legen rådet henne til bare «å mate gåsa», på grunn av alle lungebetennelsene:

– Da sa jeg: «Ikke kan jeg prate. Jeg har slutta med mannfolk. Skal jeg faen ikke spise heller?» Legen holdt på å le seg i hjel.

Hun ler også – lyst og lett.

– Det hadde blitt stusslig. Å ha mat i munnen er jo et basalt behov hos alle.

Så hun har ikke gitt opp. Det kan gå i havregrøt og iskrem. Eller finkuttet og bløt mat.

– Jeg har ti tenner oppe ...

Hun viser en flott rad med jevne tenner.

– ... men jeg har jo ikke noe å tygge med.

For nede i kjeven er hun tannløs. Kjevebeinet på venstre side mangler fra øret og ned til haken.

– Jeg skulle opereres, men det var så råttent at deler av kjeven ble fjernet for fire-fem år siden. I fjor ble resten fjernet.

TUNGEN BLE FIREDOBBEL

Det begynte i 2008. Tingelholm hadde fått antibiotika ►

FØR OG ETTER:

Bildet Turi holder i hendene, er tatt på midten av 2000-tallet, et par år før hun fikk kreftdiagnosen.



TURI TINGELHOLMS (FØDT 1957) SYKDOMSHISTORIE:

2009:

Fikk konstatert kreft i tungen.

Fikk cellegift- og strålebehandling.

2010:

Begynte med operasjoner etter stråleskader (fjerning av stråleskadet kjevebein og hudtransplantasjoner/rekonstruksjoner).

Fikk hyperbar oksygenbehandling i Bergen.

2018:

Siste operasjon i mai: transplantasjon av hud for å dekke blottlagt bein.

Har hatt over tjue operasjoner.

SENSKADER:

Stråleskader, snakker dårlig, spiseproblemer, begrenset med krefter, lungebetennelser og feber.

Privat: En sønn, tre barnebarn og et bonusbarnebarn.

Jobb: Har jobbet i barnehage, rusomsorg, psykiatri og på sykehjem. Ble ufør i 2018.

mot ørebetennelse i trekvart år, men smertene ga seg ikke. Hun var til tre leger om høsten.

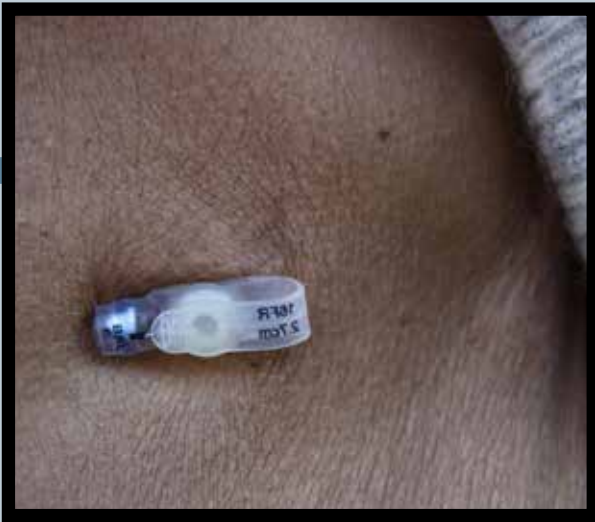
På den tiden jobbet hun i psykiatrien som miljøarbeider, og hun hadde vakter på et sykehjem.

– «Jeg har så vondt i tunga», sa jeg til legene. «Slutt å tulle», sa en. Jeg antydte kreft til en annen. «Kreft oppfører seg ikke sånn», sa han.

Etter hvert fikk tungen firedobbel størrelse.



VIL FORMIDLE: Turi Tingelholm vil gjerne fortelle om psykoser for sykepleierstudenter. For eksempel holde foredrag.



MASSEOPERERT: Turi Tingelholm er operert over tjue ganger. Hun kaller det «å mate gåsa» når føden går via peg-en på magen. Fra underarmen er det transplantert hud til munnhulen.

– Det var så vondt at jeg ba til de høyere makter. Det kjentes som jeg hadde en jernklo bak i hodet. Da jeg fikk spasmer, skjønnte jeg at det var alvorlig.

Hun hadde jobbet fram til da.

– Da jeg skulle gape for legen, hylte jeg av smerte. Jeg ble sendt rett til en spesialist, som sendte meg direkte til Rikshospitalet.

Det var kreft i tungerothen. Operasjon var uaktuelt. Det ble cellegiftbehandling og stråling. Men først trakk de fire tenner.

– Dem skulle jeg få tilbake. Det skjedde ikke. Nå har

«Ingen skjønner hvordan jeg klarer å prate.»

tenna detti ut én etter én, og utseendet har forandret seg suksessivt.

– Men du gjemmer deg ikke?

– Tvert imot. Jeg spiser jævlig stygt, sikler og spytter. Ære være den som orker å spise sammen med meg. Det er rett og slett «disgusting».

– Du syns du er stygg?

– Når jeg spiser og sikler. Jeg har jo ikke følelse. Det er som når du blir bedøvd hos tannlegen. Jeg kjenner ikke at det renner nedover haken. Men jeg overlater til dem som ser meg, om de vil være sammen med meg eller ikke. Jeg skjønner at mange ikke orker. De må jo anstrenge seg for å forstå hva jeg sier.

Det blir mange misforståelser:

– Jeg kjenner flere med høreapparat – vi er en jævlig dårlig match.

Hun ler høyt.

– «Dere må spørre opp igjen hvis dere ikke forstår», sier jeg. Spør ti ganger om nødvendig.

– Spør de?

– Jada.

BLE FRATATT SERTIFIKATET

Halve kjeven ble fjernet på grunn av osteoradionekrose. «Deg trodde jeg ikke at vi skulle klare å redde. Du har jo norgesrekord i stråleskade», sa overlegen til henne senere.

Tungen råtnet også.

– Vevet var helt dødt. Jeg tok en saks og klippet det vekk.

– Oi!

– Nå skal jeg geipe til deg, sier hun og åpner munnen.

– Ser du noe, spør hun.

– Nei?

– Nettopp. På Riksen slår de seg på låra. Ingen skjønner hvordan jeg klarer å prate. Det er det jeg er aller mest lei meg for. At jeg nesten har mista språket. Når jeg åpner kjeften, har jeg tapt.

For hun har havnet opp i mange rare situasjoner, konstaterer hun:

– Jeg ble fratatt førerkortet av politiet fordi jeg prata så dårlig. De trodde jeg var drita full.

Det tok halvannet år før hun fikk det tilbake. Nå står hennes nye elbil – knall oransje – parkert rundt hjørnet.

POSTTRAUMATISK VEKST

Men sykdommen ville hun ikke vært foruten.

– Det er på grunn av posttraumatisk vekst, forklarer hun.

Det vil si å komme styrket ut av en krise.

– At utseendet mitt er forandret, det plager meg ikke. Jeg står opp hver dag stort sett med godt humør. Jeg er glad for at jeg lever. Har masse å gjøre og gir mer faen. Jeg har alltid vært direkte, men nå er jeg i hvert fall direkte. Det er ingen grunn til å holde på med svada.

Hun liker å kalle en spade for en spade:

– Og om nødvendig for et møkkagrep. Jeg er velmenende, men har ikke tid til tullball. Treffer jeg kjerringer som prater sykdom og klager over alt som er feil, da løper jeg.

At noen ikke liker henne, er helt greit, syns hun:

– Jeg bruker tiden på dem som liker meg. Det er noe alle burde tenke på.

Turi Tingelholm klager ikke:

– Skal du bli syk i dette landet, er øre-nese-halsavdelingen på Riksen stedet å komme. De har behandlet meg som en dronning.



KALLENAVN: Ikke så lett å uttale Turi. Mye lettere å si Olivia, som hun også kaller seg, oppkalt etter Skipper'n sin tynne kjæreste.

Hun er operert over tjuve ganger siden 2009. Siste gang i mai.

– Nå er jeg mest på tann- og kjeveenheten. Oralkirurg Johanna Berstad (se side 80) har vært med fra dag én. Hun kjenner meg best. Men på hele øre-nese-halsavdelingen er sykepleierne helt spesielle.

– Hva er det med dem?

– De er så hyggelige og trygge. De ser deg i hvitøyet, tar på deg, prater med deg. Har tid til deg. Kjenner deg igjen i telefonen.

På høyre underarm har hun et langt arr. Det stammer fra en tidlig operasjon. Hud fra armen ble plassert inne i munnen der det hadde vært takkjøtt og tenner.

Operasjonen var langvarig, og hun var i narkose.

– Da var jeg på vei inn i døden. Jeg så det blå lyset, det var aldeles nydelig, du kan bare glede deg. Hadde jeg sluppet taket da, hadde jeg ikke vært her nå. Etterpå ble jeg dundrende psykotisk.

Det var kroppens forsvar mot alle påkjenningene.

– En sykepleier sa: «Hun skal ikke være her på sengepost.» Men da sa legen: «Dama skal ikke noe sted. Hun tåler ikke mer nå.»

OPPLEVDE DET SOM VIRKELIG

Det er fortsatt levende for henne hva som skjedde da hun våknet etter narkosen: Hun hadde hovedrolle i en film om hennes siste dag, det måtte feires. «20 Prince og en kaffe, alle mann til pumpene», sa hun til sykepleierne. Hun vandret rundt, på filminnspilling som hun var.

«Jeg så det blå lyset, det var aldeles nydelig.»

– Jeg var klin gæren. Syntes jeg hadde full oversikt.

Dagen etter våknet hun i et strippet rom. Nattbord og alle løse deler var fjernet. Hun trodde hun var på glattcelle.

– Jeg sparka og slo. Så kom jeg til meg sjøl. Da hadde jeg null oversikt.

Tingelholm er kritisk til uvettig medisinerer:

– Man bør behandle psykotiske pasienter med tre ting: Søvn. Søvn. Og søvn. Deretter to ting til: Få i dem nok mat. Og seponer så mye medisin som mulig. Medisin trigger psykoset.

Bruken av visse typer antipsykotika gjør henne sint.

– Du blir helt zombie, nærmest lobotomert. Det skulle ikke vært lov. Og du får oksehunger. Du blir så sulten at du kunne spise fingertuppa dine. Man kan legge på seg 40 kilo i løpet av to måneder. Jeg var veldig bevisst, tok denne medisinen kun for å få sove.

Psykoset slet hun med i flere år. Har stått hjemme i sin egen stue med vann opp til magen.

– Jeg VAR våt. Det følte virkelig.

Hun har hatt en diger spiker gjennom låret. Da hun våknet, var der ingen spiker.

– Søvn er en undervurdert medisin, det kan jeg skrive under på.

Nå er det fire år siden sist hun var psykotisk.

– Jeg grudde meg sånn til en ny operasjon, fordi jeg var så redd den narkosen. Nå tar jeg bare lokalbedøvelse og noe avslappende så jeg får sove litt.

Ellers smertestilles hun nå med morfinplaster, og hun tar medisin for manglende hormonproduksjon i skjoldbruskkjertelen.

Tingelholm kan godt tenke seg å holde foredrag om sine erfaringer som pasient.

– Gjerne for sykepleier- og medisinstudenter.

VILLE GJERNE HA JOBBET

Turi Tingelholm har vært alene om omsorgen for sønnen, som hun fikk da hun var 20. Nå har hun tre barnebarn og et bonusbarnebarn (barnebarnet til gamlekjæresten).

– Jeg holdt tale i konfirmasjonen til barnebarnet på 15. Jeg er mindre redd for å snakke i forsamlinger nå

enn før. Men det er jo trist at jeg mister språket.

– Du klarer å være morsom?

– Ja, men jeg blir sliten av å prate. I hele kroppen.

De stadige lungebetennelsene og høy feber setter henne tilbake.

– Da må jeg bare sette ned farten. Det er en utfordring, for når jeg har krefter, fyrer jeg av kruttet.

Turi Tingelholm har hatt arbeidsavklaringspenger i ti år, mye lenger enn det som er vanlig:

– Helt fram til i sommer. Da ble jeg ufør. Jeg er lei meg for at jeg ikke kan jobbe.

Nå frykter hun at også kjeven på høyre side er på vei ut.

– Det er et tidsspørsmål når resten går. Det er nitrist. Kan jeg fortsatt prate da? ■

LES MER

Oralkirurg Johanna Berstad har sett mange skjebner s. 80
Slik gir du godt munnstell til kreftpasienten s. 84



SYNLIG: Utseendet har forandret seg gradvis, men Turi Tingelholm vil ikke gjemme seg.

– VI ERSTATTET KJEVEN MED EN DEL AV LEGGBEINET

Noen får trukket tennene før de skal strålebehandles. Noen får fjernet kjeven. Og noen får en ny.

TEKST OG FOTO MARIT FONN



Ofte er det tannlegene som oppdager tegn på kreft i munnhulen, forteller oralkirurg Johanna Berstad.

Hun leder tann- og kjeveenheten på Øre-nese-hals-avdelingen på Oslo universitetssykehus Rikshospitalet.

– Vi på tann- og kjeveenheten er involvert før, under og etter behandling

av kreft i hode- og halsområdet, forteller Berstad.

I Norge fikk 782 en slik diagnose i 2016, ifølge Kreftforeningen. Flertallet var menn. Antallet nye tilfeller er svakt stigende.

Kreft i hode og hals kan oppstå i strupehodet, leppene og munnhulen, i svelget, nesen og bihulene eller i spyttkjertlene.

– Rundt 5000 personer lever med kreft i hode- og halsområdet, opplyser Berstad.

MÅ TREKKE INFISERTE TENNER

Øre-nese-hals-kirurgene er hovedansvarlige ved eventuelle kirurgiske inngrep.

– Vi bistår når tenner og kjever er involvert i svulsten, forteller Berstad.



NYTTIG: Oralkirurg Johanna Berstad har en ekte hodeskalle som brukes flittig. Den er minst 50 år gammel, tror hun.

Munnhulen er området fra leppene og bak til fremre ganebue.

Mange pasienter blir kun behandlet med cellegift og stråling.

- Noen må fjerne mange tenner før de skal ha strålebehandling, forteller hun.

Det gjelder særlig for dem som ikke har vært hos tannlegen på mange år.

- Infiserte tenner må vi trekke før behandling, særlig stråling. Etterpå er det nemlig vanskelig, fordi det kan føre til problemer med tilhelingen.

ÅPENT INN TIL KJEVEBEINET

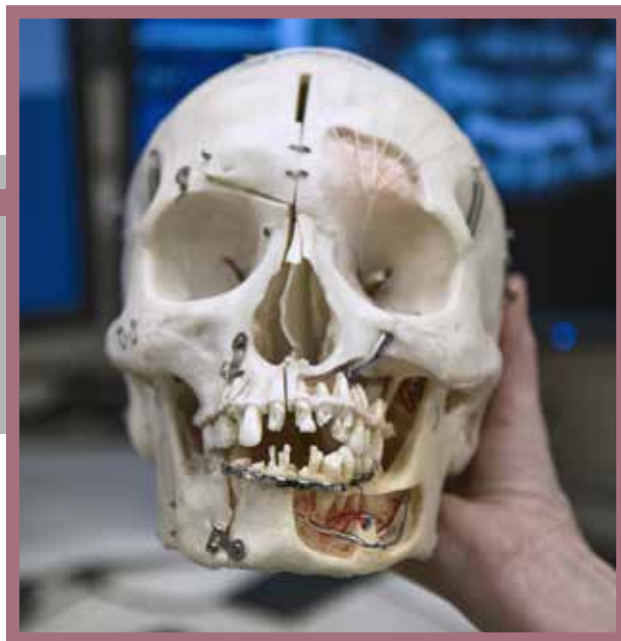
En senskade etter strålebehandling er osteoradionekrose.

- Kjevebeinet kan da bli blottet. Dette er en sjelden, men alvorlig

komplikasjon. Det kan være svært smertefullt og innebære omfattende kirurgiske inngrep. Særlig underkjeven er utsatt.

Osteoradionekrose kan oppstå flere år etter strålebehandlingen, fordi blant annet blodårene i bløtvet og bensubstansen er blitt skadet.

- Vi har pasienter med osteoradionekrose som har gått her i årevis.



Noen får så store komplikasjoner at vi må fjerne kjeven deres.

Turi Tingelholm (se side 74) er et eksempel på det.

Kreftpasientene som har hatt strålebehandling, kan ha nytte av

hyperbar oksygenbehandling (HBO) i trykkammer på Haukeland universitetssykehus i Bergen.

– Hensikten er å øke blodsirkulasjonen i det bestrålte vevet så sårtilhelingen går bedre, sier Berstad.

PRODUSERER MINDRE SPYTT

Munntørrehet er en typisk plage for dem som har hatt kreftbehandling.

– De har ikke lenger den smørende effekten av spyttet. En del mister også smakssansen, får såre slimhinner og

NY KJEVE: Tolvåringen fikk ny kjeve, laget av leggbeinet. Fire implantater holder nye tenner (som ikke vises på røntgenbildet) på plass.



EKTE MODELL:

Ved å ta av «lokket» på hodeskallen kan Berstad vise hvor nervene (hvite tråder) og blodårene (røde og blå tråder) ligger. Disse kan skades ved stråling.



MUNNEN BESTÅR AV:

- leppene
- innsiden av kinn og lepper
- tannkjøtt og gommer
- ganen
- tungen og munnulvet (under tungen)

økt risiko for infeksjoner, som karies. Dette kan føre til spiseproblemer og talevansker.

For å forebygge mot karies anbefales pasientene å skylle med fluor.

Normalt produserer man mellom 0,7 og 1,5 liter spytt i løpet av et døgn.

– Mange av disse pasientene har lite eller ingen spyttsekresjon. Å drikke vann ofte kan lindre noe av munntørreteten. Noen går alltid rundt med en vannflaske, forteller Berstad.

Sukkerfrie sugetabletter som frigir fukt, kan hjelpe noen.

Med munntørretet og redusert tyggefunksjon blir det vanskelig å få i seg mat.

– Å drikke ernæringsdrikk hver dag er utfordrende for mange, det smaker ikke godt. Noen får også sondeernæring eller har innlagt peg.

Som altså er perkutan endoskopisk gastrostomi, en metode for å tilføre sondemat direkte inn i magesekken.

– Men det er likevel viktig med munnstell, understreker hun.

LAGET KJEVE AV LEGGBEINET

Tobakk og alkohol kan disponere for kreft i munnhule og svelg. Hos noen få er hpv (humant papillomavirus) årsaken til slik kreft.

I sjeldne tilfeller rammes barn av beinkreft. På pc-en viser Berstad et røntgenbilde av en tolv år gammel pasient som fikk osteosarkom i underkjeven.

– Tolvåringen, som etter hvert skulle begynne på ungdomsskolen, kunne ikke gå rundt tannløs. Da er det fint å være del av et høyspesialisert sykehus med mange dedikerte spesialister. Alle sto på for å hjelpe.

«Man greier seg fint uten en god del av leggbeinet.»

Tumoren og hele kjeven med tenner ble fjernet. Kjeven ble erstattet av en del av leggbeinet (fibula).

I en tolvtimersoperasjon ble både kreften fjernet og ny kjeve rekonstruert. Et svært team var involvert.

Berstad var med på å forme den nye kjeven av leggbeinet. I en senere operasjon satte hun inn fire implantater som ble skrudd ned i kjeven. Hver skrue er en slags kunstig tannrot.

Når dette har grodd, skrus tennene fast i implantatene.

– *Hvordan gikk det med leggen etter at det ble fjernet bein?*

– Fint. Man greier seg fint uten en god del av leggbeinet, forteller oral kirurgen.

Pasienten er blitt 18 år og klarer seg bra.

FØLGES OPP PÅ HJEMSTEDET

Berstad understreker at munnstell og oppfølging av tannlege og tannpleier er svært viktig for disse pasientene.

– Vi har ikke kapasitet til å følge dem opp, så det må etableres kontakt med tannlege på hjemstedet. Dette kan hjemmesykepleiere hjelpe med, mener hun.

De som har hjemmesykepleier, har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

– Men den har ikke spesialister, og vanlige tannleger har ofte ikke den kompetansen som skal til for å følge opp kreftpasienter.

Det varierer fra fylke til fylke om det er det offentlige eller private som skal følge opp.

– At folk blir forvirret, skjønner jeg godt, sier Johanna Berstad.



**SLIK GIR
DU GODT
MUNNSTELL**
til kreftpasienten

Cellegift kan medføre smertefulle sår i slimhinnene, munntørrehet og kvalme. Da er det en utfordring å opprettholde god munnhygiene.

Munnhuleproblemer i forbindelse med kreftbehandling kan være akutte eller kroniske. De akutte oppstår i forbindelse med kreftbehandlingen og går tilbake etterpå. Hyppigst er sår i slimhinner og munntørrehet. De kroniske problemene oppstår også i behandlingsperioden, men går ikke tilbake etter endt behandling.

Eksempler på dette kan være munntørrehet hos pasienter som har fått strålebehandling mot hode- eller halsområdet. Strålereaksjonene i slimhinner og hud går stort sett tilbake, mens munntørreheten ofte vedvarer og påvirker tannhelsen negativt. Mange behøver ekstra tiltak resten av livet for å kunne opprettholde en akseptabel tannhelse.

AKUTTE REAKSJONER

De fleste munnhuleplager relatert til annen kreftsykdom enn hode-/halskreft oppstår i behandlingsperioden og går tilbake etterpå (1).

Under strålebehandlingen vil det oppstå akutte reaksjoner, hvorav betennelse i munnslimhinnen, mucositt, og munntørrehet er hyppigst forekommende. Stråleindusert mucositt

er smertefulle, tidvis ulcererende områder i slimhinnene i strålefeltet.

Sårheten sees vanligvis etter omtrent ti strålebehandlinger og øker gradvis i intensitet mot slutten av behandlingen. Strålereaksjonene vil så avta i ukene etter avsluttet behandling.

«Mucositt-plager krever hyppige tiltak.»

Akuttreaksjonene kan ikke unngås, men kan reduseres og lindres ved at pasientene har gode munnhygienerutiner. I sluttfasen av strålebehandlingen vil mange pasienter ikke klare å pusse tennene selv. Da er det viktig at pleiepersonellet yter praktisk hjelp.

Munntørreheten som oppstår ved cellegiftbehandling, er vanligvis reversibel, og slimhinnesårene som oppstår ved noen former for cellegift, vil gå tilbake etter endt



FORFATTER



LISE THORSEN
Spesialtannpleier,
Tannhelsetjenestens kompetansesenter
Vest Hordaland,
Helse Bergen og
Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland universitetssykehus

NØKKELOORD

- Munnhuleproblemer
- Munnstell

HOVEDBUDSKAP

Pasienter som behandles for kreft, får ofte problemer med munnhule og tannhelse både i løpet av kreftbehandlingen og i tiden etter. De orale bivirkningene kan variere i omfang, fra ubehag til problemer som kan ha betydning for kreftbehandlingen og pasientens generelle helse. Men det finnes tiltak som kan lindre plagene.

DOI-nummer:
10.4220/
Sykepleiens.
2018.71809

Foto: Erik M. Sundt



FAKTA

GINGIVITT OG PERIODONTITT

«Gingivitt, en tilstand som forårsaker blødning, hevelse og noe ubehag men ikke skade på tannens festeapparat (periodontium). Spredning av denne tannkjøttbetennelsen nedover i rothinnen (marginal periodontitt) gjør at tennes festeapparat brytes ned, og etter hvert som mer og mer feste blir betent og bukker under for den nedbrytende infeksjonen blir tannen så løs at den må fjernes av tannlegen (extraheres) eller faller ut av seg selv.»

Kilde: Store medisinske leksikon

ULCERASJON

«Ulcerasjon er et sår, en defekt i huden som går ned i dermis (lærhuden).»

Kilde: Store medisinske leksikon

kreftbehandling. Vansker med tannpuss på grunn av smertefulle sår i slimhinnene, munntørrhet og kvalme er velkjent.

SÅRBARE FOR INFEKSJONER

Spyttsekresjonen kan reduseres på grunn av medisinbruken, og dette fører til dårligere bufring av syre fra munnhulebakterier. Kariesaktiviteten kan derfor øke. Allerede etablert tannkjøttbetennelse, gingivitt eller periodontitt, kan blusse kraftig opp når kroppens forsvar mot infeksjon svekkes. I tillegg er det vist oppvekst av spesielt hissige mikroorganismer i munnhulen når immunforsvaret er svakt på grunn av leukopeni (2).

I denne situasjonen er det spesielt viktig å hemme bakterieveksten ved hjelp av god munnhygiene. Enkelt sagt skal det færre munnhulebakterier til for at det oppstår en infeksjon når man er påvirket av sykdom og immunsuppressiv behandling enn under normale forhold.

Blir det vanskelig å pusse med en vanlig myk tannbørste, finnes det supermyke børster å få tak i på apotek, for eksempel TePe special care. Vi har god erfaring med bruk av disse børstene til pasienter som har

perioder med lave blodverdier, eller som har vonde slimhinesår.

AVGJØRENDE HYGIENE

I tillegg til tannpuss med børste anbefales det også for disse pasientgruppene milde munnskyllevæsker, ekstra tilskudd av fluor og stimulerende av salivproduksjonen.

«Vansker med tannpuss på grunn av smertefulle sår i slimhinnene, munntørrhet og kvalme er velkjent.»

God munnhygiene er essensielt. Tannbørste er det enkleste og mest effektive redskapet til å rengjøre tenner og tunge (3). Ved normale forhold er munnslimhinnene stort sett selvrensende på grunn av bevegelse av ansikts- og kjevemuskulaturen samt

salivas stadige fukting og smøring av overflatene. Når det er mindre tunge- og muskelbevegelser samt mindre mengde og ofte seigere saliva, øker opphopningen av plakk.

Det krever at munnhygienien intensiveres. Pleiepersonell må ofte gå aktivt inn og utføre munnstell, slik at slimhinner blir rensset i tillegg til tenner og tunge. Ved siden av tannbørste er låsbar pinsett og tupfere gode hjelpemidler.

I perioder kan munnstell være vanskelig å gjennomføre på grunn av smerter eller kvalme. Skylling med en mild skyllevæske i en skyllesprøyte kan være lindrende, samtidig som matrester og slim skylles ut. Prinsippet er at det er bedre å gjøre litt enn å unngå å gjøre noe.

BEHOV FOR FORSKNING

Valg av midler til rensing og smøring av munnhulen baserer seg i stor grad på empiri og med noe støtte i den litteraturen som foreligger. En grundig gjennomgang av tilgjengelig litteratur på området gir ikke grunnlag for å hevde at en spesiell behandling er evidensbasert, slik en gjerne skulle ønske. Det er altså behov for forskning på området (4). Midlene som anbefales, må ha en



«Pleiepersonnell må ofte gå aktivt inn og utføre munnstell.»



ønsket effekt, samtidig som de ikke har påviselige negative effekter i den konsentrasjonen de brukes.

Munnskyllevæsker til denne pasientgruppen bør ikke inneholde alkohol eller sterke smakstilsetninger. Det vil irritere slimhinnene ytterligere og tolereres dårlig av pasientene. Sterke løsninger av klorhexidin (2 prosent) er eksempel på dette, selv om den antibakterielle effekten er veldokumentert.

ERFARINGER FRA BRUK

Mucositt kan oppleves forskjellig fra person til person. Smak og behag er som kjent også forskjellig. Derfor er vi stadig på jakt etter munnpleiemidler som virker lindrende ved såre og tørre slimhinner, samtidig som smaken tolereres av flest mulig.

Hydrogenperoksidløsning 0,5 (1 del hydrogenperoksid 3 prosent og 5 deler vann) er mild og virker rensende og slimløsende.

Fysiologisk saltvann 0,9 prosent virker svakt rensende og slimløsende.

Andolex munnskyllevæske inneholder benzydaminoklorid og har antiinflammatoriske og lokalanestetiske egenskaper.

Flux dry mouth rinse lindrer munntørrehet. Egen klinisk erfaring viser at den også lindrer mucosittplager.

Glyserolblanding 17 prosent (1 del glyserol 85 prosent og 4 deler vann) bevarer fuktighet og kan bidra til lindring av slimhinnesår.

Salivstimulerende og smørende sprayer produseres av flere fabrikanter og finnes på de fleste apoteker. Det samme gjelder forskjellige typer geleer som kan gi fukt og lindring.

TYPER MUNNPLEIEMIDLER

Mange pasienter under behandling opplever såre og sprukne lepper. God leppepleie er en viktig del av munnstellet. Mange gode, pleiende kremer finnes på de fleste apotek. Bruk av tannkrem kan være utfordrende fordi de fleste typer har for sterk smak for pasienter med mucositt og munntørrehet.

I tillegg har forskning vist at et vanlig brukt såpestoff i tannkrem, sodiumlaurylsulfat (SLS), virker uttørrende på slimhinner (5). Vi anbefaler derfor tannkrem med nøytralt såpestoff til pasienter med munntørrehet og andre slimhinneproblemer.

Eksempler på denne typen tannkrem er Zendium, Salutem og Sensodyne.

Mucosittplager krever hyppige tiltak, men avpasses i forhold til alvorlighetsgrad av plagene. Det er derfor fint om vi kan anbefale flere typer munnpleiemidler, slik at pasientene kan variere i løpet av døgnet. ■

REFERANSER

1. Skår R, Løes IM, Thorsen L, Afnan S, Løes S. Cytostatika og oral helse. *Nor Tannlegeforen Tidende*. 2010;120(14):968–73.
2. Maschmeyer G, Haas A. The epidemiology and treatment of infections in cancer patients. *Int J Antimicrob Agents*. 2008 mars;31(3):193–7.
3. Pearson LS, Hutton JL. A controlled trial to compare the ability of foam swabs and toothbrushes to remove dental plaque. *J Adv Nurs*. 2002 september;39(5):480–9.
4. Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M, Keefe D, McGuire D, Epstein J, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer*. 2004 mai;100(S 9):2026–46.
5. Herlofson BB. Sodium lauryl sulfate: clinical and biological effects of a toothpaste detergent. (Doktoravhandling.) Oslo: Department of Oral Surgery and Oral Medicine, Department of Oral Biology, Dental Faculty, University of Oslo, 1996.

Friskus ETTER KREFTEN

Selv to permanente poser på magen har Leif Haugen klart å gjøre til noe positivt.

TEKST INGVALD BERGSAGEL | FOTO ERIK M. SUNDT

Det nærmer seg Sankthans 2017. Leif Haugen og kona nyter første dag av bilferien og har nådd frem til Inderøy nord i Trondheimsfjorden da telefonen kommer fra sykehuset. De har funnet et par kuler. Kreften er tilbake.

Likevel drar paret videre. Fra Inderøy kjører de nordover mot Mo i Rana. Der ringer telefonen nok en gang. Legene ber ham komme inn.

Dermed blir ikke sommerferien helt som planlagt. Onsdag snur de bilen for å kjøre rundt hundre mil sørøver igjen. Fredag møter Haugen opp på sykehuset for å legge en ny behandlingsplan.

Det skal bli noen tøffe tak.

SYKLING FÅR SKYLDA

Det hadde gått drøyt tre år siden endetarmskreften først ble oppdaget. Leif Haugen hadde kjent at noe ikke var helt som det skulle bak der. I 2013 var han flere ganger hos fastlegen, som trodde problemene skyldtes betennelse etter mye sykling.

Den aktive mannen er nemlig, blant mye annet, en ivrig syklist. Han har syklet hjemmefra til Paris, fra La Paz i Bolivia til Santiago i Chile, fra Seattle til San Diego og det meste av Route 66. Det 191 kilometer lange sykkelrittet Lillehammer–Oslo har han gjennomført minst et dusin ganger.

Haugen syntes derfor legens konklusjon hørtes plau-

sibel ut og slo seg til ro med den. Men plagene skulle bare bli verre.

AVBRUTT GUTTETUR

Noen måneder senere, i januar 2014, dro han, som så mange ganger før, til tyske Ruhpolding for å se skiskyting med noen kompiser. Allerede ved ankomst München skjønte han at noe var galt. Mer enn før. Han kaldsvettet og kjente seg skikkelig uvel. Utafor, rett og slett.

Fredagen morgen reiste han hjem. Mandag kom han til legen. En annen enn forrige gang. Nå ble han undersøkt grundig. Legen oppdaget at noe ikke var som det skulle, og ordnet med time på sykehus for koloskopi dagen etter.

Det var kreft. Deretter gikk det slag i slag med legebesøk, MR og behandlingsplan. Selv har han ikke vært spesielt opptatt av å dvele ved denne perioden. Det eneste han spurte om den gangen, var: «Blir jeg frisk.» Svaret var «Ja».

POSER PÅ MAGEN

Etter en runde med strålebehandling og cellegift for å minimere svulsten ble han operert første gang i mai 2014. Det gikk helt greit, mener Haugen, selv om han endte opp med et par poser på magen.

På forhånd hadde legen informert om at han i alle fall måtte regne med kolostomi. Det kunne også hende urostomi ble nødvendig. Det ble det.

Haugen er derimot ikke av typen til å grave seg ned i mis- ►



OPTIMIST: Leif Haugen er ikke av det slaget som lar noen runder med tarmkreft gå ut over humøret.

LEIF HAUGENS (FØDT 1954) SYKDOMSHISTORIE:

2014:

Kreft i endetarmen ble oppdaget vinteren 2014.

Fikk strålebehandling og cellegift i pilleform i forkant av operasjon i mai.

Måtte ha både kolostomi og urostomi.

2017:

Tilbakefall i 2017 med ny stråling, cellegift og operasjon.

Betennelser i sårene krevde nye behandlinger.

SENSKADER:

Kolostomi, urostomi, infeksjoner og ereksjonssvikt.

Privat: Gift. To voksne sønner fra før.

Yrke: Har drevet flere firma innen elektroinstallasjon. Trappet ned fra daglig leder til prosjektleder for et par år siden.

mot og fortvilelse. Tvert imot. Stomiposene gjør jo at han slipper å huke seg ned bak busker og steiner når han drar på en av sine utallige turer i skog, mark og fjell. Han har medbrakt toalett.

SYKEMELDT FOR FØRSTE GANG

Han kom seg raskt etter operasjonen. Riktignok ble han – for første gang i sitt lange yrkesliv – sykemeldt. Det skjedde nærmest automatisk, ifølge ham selv. En enkel kode hos Nav. De sa de ikke kom til å plage ham og holdt sitt ord.

Høsten samme år var han tilbake på jobb for elektrofirmaet han selv startet og har bygget opp. En nedtrapping fra daglig leder til prosjektleder var planlagt før kreften meldte sin ankomst.

Året etter operasjonen sto han på toppen av Kilimanjaro. I 2016 var det tur til Machu Picchu i Peru. Sykkelrittet Lillehammer-Oslo ble gjennomført også i årene rett etter operasjonen.

Psykisk gikk det også fint, mener han. Det har ikke vært noen dype nedturer, men Haugen valgte å kalle sykdommen «cancer» heller enn «kreft». Det engelske begrepet kjentes mer håndterlig. Lettere og mindre dramatisk.

Det var jo noen tunge dager innimellom, men grunninnstillingen til Haugen var og er at man må prøve å gjøre dagen positiv, uansett.

DEN VONDE SÅRHULEN

Tilbakefallet sommeren 2017, etter at bilturen til Trøndelag brått ble avbrutt, krever nok en runde med strålebehandling og cellegift før en ny operasjon blir gjennomført 28. september.

Denne gangen etterlater inngrepet en sårhule på

størrelse med en grillpølse ved siden av sitteknuten. Legene er bekymret for hvordan hulen kommer til å utvikle seg. Haugen får behandling i trykkammeret på Ullevål, en installasjon hans eget firma faktisk var med på å montere tre år tidligere.

Den 52 tonn tunge tyskproduserte konstruksjonen kan gi et trykk tilsvarende 50 meters dyp. Kammeret brukes blant annet for å redusere skader etter strålebehandling og for å få sår til å gro.

De siste dagene med denne behandlingen kjenner Leif Haugen store smerter i låret. Midt i førjulstria, 21. desember, blir han lagt inn på sykehus igjen.

EN FORFERDELIG PERIODE

Det viser seg at bakterier har laget en verkebyll i såret. Hele tre nye operasjoner må til, og han er innlagt i tre uker – neddøpet i varierende grad. Selv optimisten Haugen innommer at det er en forferdelig periode.

Rundt en liter puss tappes fra låret. CRP var oppe i minst 350. Han merker at familien var der, men klarer ikke å kommunisere fornuftig med dem. Han hører søsteren sin si til sin mann: «Jeg tror ikke vi bør være her.»

Julaften det året husker han lite av. En sykepleier skal ha gitt ham en ølboks i hånden, og på et tidspunkt dagen etter registrerer Haugen at boksen er tom. Han må ha klart å drikke den opp. Gledelig jul!

FORTSATT INFEKSJON

Etter utskrivningen har han konstante smerter i låret. Infeksjonen er ikke borte. Han har fått fire fistler bak i låret. De må skylles to ganger om dagen.

Månedene går, plagene vedvarer, og 12. mai i år blir han

lagt inn nok en gang. Denne gangen blir sårhulen ved sitteknuten åpnet og holdt åpen for skylling i halvannen uke. Det er tøft, men omsider slipper smertene og infeksjonen.

Nå skjærer en plastisk kirurg løs en bit av låret hans. Hudlapp og muskler trekkes opp og brukes til å fylle sårhulen. Metoden som benyttes, gjør at blodsirkulasjonen ikke blir brutt.

KLAGER IKKE

Det ser ut til at den siste operasjonen var vellykket. Infeksjonen er borte, og den overførte lårbiten finner seg til rette i sitt nye miljø. Bevegeligheten må trenes opp, og sårene må gro litt mer før han er der han var. Han har kommet i gang med fysioterapi.

Eventuelle begrensninger for egen livsutfoldelse føler han uansett det er han selv som setter – ikke sykdommen, behandlingene eller komplikasjonene de har medført. Han har fått beskjed om å ikke presse seg for mye, men det er jo så godt å kjenne at kroppen fungerer.

UT PÅ TUR

Leif Haugen har samme filosofi som før kreften: at man må prøve å leve den dagen man har foran seg. At om den fysiske formen er på plass, så følger gjerne den psykiske etter. Hver dag året gjennom nyter han og kona minst ett godt måltid sammen. Gjerne med et glass velvalgt vin til. Samlingen er på 400–500 «relativt rimelige» flasker.

Neste sommer regner han nok en gang med – etter et års legepålagt pause – å trække de 191 kilometerne mellom Lillehammer og Oslo, den såkalte Styrkeprøven.

Han har stått på toppen av Elbrus, Aconcagua og Leninfjellet på grensen mellom Kirgisistan og Tadsjikistan. I 2004 gikk han til Nordpolen sammen med Børge Ousland. Kreften har ikke lagt en nevneverdig demper på utferdstranget. I sommer var han i Chamonix for å gå fjellturer.

Og i april planlegges en fjortendagers tur til Base Camp ved Mount Everest.

ARVEN ETTER MOR

Det var en vekker da en sykkelkamerat døde brått i februar 2014 – rett etter at han selv hadde fått kreftdiagnosen, men før første operasjon. I begravelsen hadde han medbrakt sitering på grunn av strålebehandlingen.

Moren til Haugen døde av kreft da hun var 65 år. Nå er han selv 64. Hun holdt humøret oppe nesten livet ut, og Haugen tror han har arvet noe derfra. Han har uansett gjort hennes ord til sine egne: Man er ikke død før man er det. ■

TRÅKKER VIDERE: Leif Haugen har syklet mer og lenger enn de fleste. Neste år er planen å nok en gang gjennomføre Styrkeprøven mellom Lillehammer og Oslo.



LES MER

om seksuelle seneffekter etter kreftbehandling på s. 62
om lindring av seneffekter ved tykk- og endetarmskreft på s. 92

Seneffekter kan reduseres etter

TYKK- OG

ENDETARMSKREFT



Når seneffekter kartlegges tidlig, kan det gi bedre behandling og lindring av symptomer hos pasienter med tykk- og endetarmskreft.

Hensikten med vår studie var å kartlegge symptomer hos pasienter diagnostisert med tykk- og endetarmskreft tidlig i kjemoterapibehandlingen. I tillegg kartla vi hvor alvorlige og plagsomme disse symptomene var.

Pasienter med tykk- og endetarmskreft opplever en stor symptombyrde allerede tidlig i behandlingsforløpet (1) som følge av sykdom, komorbiditet eller den behandlingen de mottar. De hyppigst forekommende sympto-

mene er ikke alltid de mest alvorlige eller plagsomme.

Vi fant i vår studie at bekymring og mangel på energi (fatigue) var de hyppigst forekommende symptomene, mens problemer med seksuallyst var det mest alvorlige og plagsomme symptomet før oppstart av kjemoterapi (1).

TIDLIG SYMPTOMKARTLEGGING

Mange symptomer øker i intensitet underveis i behandlingen som følge

av kjemoterapi (2). Tidligere forskning viser at pasienter og pårørende unnlater å rapportere om sine plager til helsepersonell, da de kan oppleve at helsepersonell er for opptatte (3) og pasientene er usikre på om plagene er av tilstrekkelig betydning (4).

Symptomkartlegging ved bruk av selvrapporing tidlig i sykdomsforløpet er derfor viktig både for å fange opp, behandle og lindre symptomer samt for å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient (5).



KARI RÖHRL
Sykepleier,
Avdeling for sy-
kepleievitenskap,
Institutt for helse
og samfunn, Det
medisinske fakul-
tet, Universitetet
i Oslo

NØKKEL-
ORD

- Seneffekter
- Tykk- og endetarmskreft

HOVED-
BUDSKAP

Pasienter med tykk- og endetarmskreft opplever mange og plagsomme symptomer allerede ved oppstart av kjemoterapibehandling. Mange av disse symptomene er til stede under hele behandlingsforløpet og kan vare i lang tid etter kreftbehandlingen.

Lindring av symptomer er derfor viktig og er vist å ha betydning for både livskvaliteten og for økt overlevelse. Seneffekter som oppstår etter endt behandling, kan potensielt reduseres ved tidlig symptomlindring og riktig behandling.

DOI-nummer:
10.4220/Sykeplei-
ens.2018.72398

Symptomlindring kan redusere antallet akutte sykehusbesøk, øke mulighetene for å fullføre kjemoterapi og ha betydning for overlevelse hos kreftpasienter (5).

Symptomlindring er også viktig for å redusere risikoen for en ytterligere forverring av symptomene. Tidlig symptomkartlegging og -lindring kan ha betydning for hvordan disse pasientene har det i tiden etter avsluttet behandling.

METODE

Pasienter diagnostisert med tykk- eller endetarmskreft som ble henvist til kurativ eller palliativ kjemoterapibehandling i en onkologisk poliklinikk, ble inkludert i studien. Pasientene måtte kunne snakke og forstå norsk, være over 18 år og selv kunne fylle ut spørreskjemaene.

For å undersøke symptombelastningen brukte vi selvrapporerings-skjemaet Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) (6), som måler 32 kreftrelaterte selvrapporterte symptomer. I tillegg til symptomenes tilstedeværelse blir hyppigheten, alvorlighetsgraden og plagsomhetsgraden målt.

Denne artikkelen presenterer resultater fra denne studien (1), hvor vi målte pasientene før oppstart av kjemoterapi. I tillegg er relevant litteratur valgt ut for å belyse symptomer og seneffekter hos pasienter med tykk- og endetarmskreft etter kjemoterapi.

BAKGRUNN

Tykk- og endetarmskreft er den tredje mest vanlige kreftformen i verden, hvor Norge ligger i verdensstoppen i antallet nye tilfeller (7). Over 30 000 personer lever med denne sykdommen i Norge i dag. Sykdommen rammer begge kjønn, hvorav majoriteten av dem som får påvist diagnosen, er over 70 år.

Kreftbehandlingen er multifaktoriell, med kirurgi som førstevalget for å oppnå kurasjon. I tillegg er strålebehandling og kjemoterapi ofte en del av behandlingen.

Kjemoterapi gis i sykluser, ofte over to påfølgende dager på poliklinikken etter fulgt av snaut to uker uten behandling

(hjemme) før neste kjemoterapisyklus starter (8). Når pasienten er hjemme, er tilgangen til støtte fra helsepersonell ofte begrenset. Kurative pasienter behandles per i dag over seks måneder (8, 9), mens palliative pasienters behandling kan vare over flere år, avhengig av effekt av og toleranse for behandlingen (8).

I takt med bedre og flere behandlingsmuligheter, økt levealder og screening (7, 10) forventes det en økning i antallet kreftoverlevende. Dette skyldes både at flere blir kurert og overlever, men også at flere lever lenger med sykdommen. I tillegg vil flere eldre oppleve å måtte leve med sykdommens bivirkninger og seneffekter i tillegg til andre aldersrelaterte sykdommer, da risikoen øker for denne diagnosen med alderen.

Seneffekter etter kreft kan defineres som et problem som er forårsaket av sykdom og/eller behandling, og som kan debutere under eller like etter kreftbehandling, eller oppstå måneder eller år etter endt behandling (11, 12).

Det er lite forskning i dag på langtids-overlevende med tykk- og endetarmskreft (13, 14). Mange kreftpasienter opplever seneffekter av fysisk, psykisk og sosial art (11, 12, 15–17), som påvirker livskvaliteten negativt (11, 18). Fysiske plager som fatigue (16–18), neuropati (17) og gastrointestinale plager (17) og psykiske plager som søvnproblemer (17), depresjon og angst (13, 17), dårlig selvbilde og seksuell dysfunksjon (17) er påvist.

RESULTATER

Resultatene fra vår studie viser at kurative og palliative pasienter med tykk- og endetarmskreft hadde stor symptombyrde allerede før de startet med kjemoterapibehandling. De hyppigst rapporterte symptomene før behandlingen startet, var økt bekymring for 65 prosent av pasientene, fatigue (59 prosent), søvnløst/trøtt (54 prosent), oppblåsthet (53 prosent), smerte (51 prosent) og søvnproblemer (50 prosent) (1).

I tillegg var mangel på seksuell lyst eller interesse det symptomet som pasientene rapporterte om som mest alvorlig, og som bekymret pasientene mest (1).

Dette er høye tall med tanke på at symptombyrden kan øke som følge av blant annet bivirkninger fra kjemoterapi. Ubehandlede symptomer kan ha betydning for andre symptomer (18, 19) ved at de påvirker og forsterker disse negativt (19). For eksempel kan smerte gjøre at man sover dårligere, og dermed bidra til økt fatigue. Dette kan igjen gi eller forverre depresjon.

Fatigue, smerte, depresjon og søvnproblemer er ofte sett i «symptomklustre» (10, 18), det vil si at disse symptomene ofte forekommer samtidig og kan påvirke hverandre negativt. Som tidligere nevnt er majoriteten av disse symptomene ikke unike for tiden etter behandling, men oppstår allerede tidlig i behandlingsforløpet (1, 10, 20). Tidligere forskning har vist at alvorlighetsgraden av symptomer før oppstart av kjemoterapibehandling predikerte mer alvorlige symptomer etter behandling (21).

Hvor alvorlig og i hvilken grad sen-effekter plager pasienten og påvirker evnen til å fungere i dagliglivet, er individuelt. Etter endt behandling avsluttes den medisinske oppfølgingen av pasienten i stor grad, og tilgang til medisinsk støtte fra leger og sykepleiere forsvinner delvis eller helt. Dette resulterer i at pasienten er overlatt til seg selv, med forventninger om at man skal fortsette sitt «normale» liv.

Pasienter med tykk- og endetarmskreft opplever mange symptomer underveis og i tiden etter avsluttet kreftbehandling. Noen av de mest vanlig forekommende vil nå bli presentert.

Psykologisk belastning

Den psykologiske belastningen ved en kreftsykdom er stor. Bekymring er vanlig forekommende hos tykk- og endetarmskreftpasienter tidlig i behandlingen (1) og fortsetter ofte etter endt behandling med redsel for tilbakefall (17).

Det er også vist at disse pasientene er sårbare og har en redsel for å bli overlatt til seg selv (10, 15). I tillegg opplever mange en trygghet i det å ha hyppig kontakt med onkologisk fagpersonell under den aktive

behandlingsperioden, noe som kan bidra til utrygghet når pasienten skrives ut og avslutter behandlingen (11).

Bekymring er assosiert med depresjon og angst (17). Depresjon er vanlig forekommende og kan være til stede i måneder og år etter avsluttet behandling (10, 22, 23), med negativ påvirkning på livskvaliteten (13). Helsepersonell bør tilby pasienter psykologisk

«Symptomlindring kan redusere antallet akutte sykehusbesøk.»

støtte allerede tidlig i behandlingsforløpet for å behandle eller unngå forverring av depresjonen og ivareta livskvaliteten under og etter avsluttet behandling.

Fatigue

Fatigue oppleves ofte som et av de mest alvorlige og plagsomme problemene for tykk- og endetarmskreftpasienter, opptil ti år etter at diagnosen er stillet (10, 16–18, 24). Pasienter som har vært diagnostisert med kreft tidligere, kan oppleve mer alvorlig fatigue sammenliknet med dem som får behandling for kreft for første gang (24).

Psykologisk stress, depressive symptomer og angst har en sterk sammenheng med fatigue (24), hvilket resulterer i redusert livskvalitet (13). Fatigue kan også gi kognitive problemer, som for eksempel problemer med å tenke og huske klart, såkalt *chemobrain* (24).

Det finnes per i dag ingen god behandling for fatigue, men fysisk aktivitet er anbefalt (21). Behandling av depresjon og angst hos pasienter med fatigue er også foreslått (18). Pasientene bør også oppfordres til livsstilsendringer som røykestopp og vektnedgang, som kan virke positivt inn på fatigue.

Neuropati

Problemer med neuropati er spesielt kjent hos pasienter som får cellegiften oxaliplatin (2, 17), og kan vare i mer enn to år etter avsluttet behandling. I noen tilfeller blir neuropatien permanent. Neuropati kan gi smerte, redusert finmotorikk og følsomhet spesielt for kulde i hender eller føtter.

Utvikling av neuropati er først og fremst doseavhengig. Disse plagene kan delvis kontrolleres ved å redusere kjemoterapidosen, hvilket må skje i samråd med behandlende lege. Det finnes per i dag ingen effektiv behandling av neuropati, utover forebygging av symptomet.

Smerte

Smerte er et av de mest fryktede symptomene for kreftpasienter og påvirker aktivitetsnivået og livskvaliteten negativt (10). Smerte hos kreftpasienter er komplekst og forutsetter god kunnskap og erfaring hos den behandlende lege og sykepleier.

Smerte kan lindres ved medikamentell behandling eller ved tumorrettet behandling som for eksempel stråling eller kjemoterapi. God kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er en forutsetning for riktig behandling og for evaluering av smertelindrende tiltak.

Til tross for at man har mye kunnskap om smertens negative påvirkning på pasientene, rapporterer pasienter med tykk- og endetarmskreft om smerte både underveis i hele behandlingsforløpet (1) og etter avsluttet behandling (16). Smerte kan blant annet oppstå etter kirurgiske inngrep, i forbindelse med toalettbesøk, fra neuropati eller fra tumorer eller metastaser.

Smerte kan innvirke negativt på søvn (18), fatigue og depresjon. I tillegg kan smerter øke sosial isolasjon (16) og redusere aktivitetsnivået, noe som igjen har betydning for kreftoverleveres psykologiske velbefinnende. Smerter nedsetter livskvaliteten hos kreftpasientene (25).

Kroppsbilde

Endret kroppsbilde, stomi, fekal- eller

urininkontinens og diaré er kjent hos pasienter med tykk- og endetarmskreft (17), i tillegg til problemer med intimitet og seksualitet (1, 8). I vår studie var problemer med seksuallyst eller -aktivitet det mest alvorlige og plagsomme rapporterte symptomet hos pasienter med tykk- og endetarmskreft (1).

Helsepersonells manglende trening i eller ubehag knyttet til å snakke om seksualitet (26) kan resultere i at pasientene forblir alene med sine problemer, også etter avsluttet behandling. Seksualrådgivere er tilgjengelige på mange sykehus i dag, og seksualrådgivning bør være et tilbud til alle pasienter. Planleggingen for tiden etter avsluttet behandling bør starte allerede underveis i den aktive behandlingen (11).

KONKLUSJON

Mange av symptomene pasientene opplever under kjemoterapibehandlingen, blir med inn i overlevelsen og/eller den palliative fasen. Symptomer henger sammen, og de hyppigst forekommende symptomene behøver ikke nødvendigvis være de mest alvorlige eller plagsomme.

Systematisk symptomkartlegging ved hjelp av selvrapporteringsverktøy allerede tidlig i behandlingsforløpet er nyttig for å fange opp plagsomme symptomer som trenger behandling og oppfølging (11, 20). Symptomkartlegging kan bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient, og kan ha betydning for opplevd trygghet hos pasienten (11, 14).

Selv om ikke alle seneffekter etter kreftbehandling kan reduseres eller unngås, kan opplevelse av mestrings, delaktighet og symptomlindring under behandlingen være avgjørende for hvordan pasienten takler livet etter avsluttet behandling (10, 11, 14). Dette kan bidra til ivaretagelse av livskvaliteten, som er viktig inn i overlevelsen eller under den siste delen av livet. ■

REFERANSER

1. Rohrl K, Guren MG, Miaskowski C, Cooper BA, Diep LM, Rustoen T. No differences in symptom burden between colorectal cancer patients receiving curative versus palliative chemotherapy. *J Pain Symptom Manage.* 2016;52(4):539–47.

2. Tantoy IY, Cooper BA, Dhruva A, Cataldo J, Paul SM, Conley YP, et al. Changes in the occurrence, severity, and distress of symptoms in patients with gastrointestinal cancers receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(3):808–34.

3. Ekholm K, Gronberg C, Borjeson S, Bertero C. The next of kin experiences of symptoms and distress among patients with colorectal cancer: diagnosis and treatment affecting the life situation. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(2):125–30.

4. Borjeson S, Starkhammar H, Unosson M, Bertero C. Common symptoms and distress experienced among patients with colorectal cancer: a qualitative part of mixed method design. *Open Nurs J.* 2012;6:100–7.

5. Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P, et al. Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2016;34(6):557–65.

6. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer.* 1994;30A(9):1326–36.

7. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut.* 2017;66(4):683–91.

8. Helsedirektoratet. Kreft i tykktarm og endetarm – handlingsprogram. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-2644. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogrammed-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-kreft-i-tykktarm-og-endetarm> (nedlastet 13.09.2018).

9. Schmoll HJ, Van Cutsem E, Stein A, Valentini V, Glimelius B, Haustermans K, et al. ESMO Consensus guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. A personalized approach to clinical decision making. *Ann Oncol.* 2012;23(10):2479–516.

10. Wu HS, Harden JK. Symptom burden and quality of life in survivorship: a review of the literature. *Cancer Nurs.* 2015;38(1):E29–54.

11. Mayer DK, Nasso SF, Earp JA. Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *Lancet Oncol.* 2017;18(1):e11–e8.

12. Helsedirektoratet. Seneffekter etter kreftbehandling. Faglige råd. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-2551. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling-IS-2551.pdf> (nedlastet 13.09.2018).

13. Mols F, Schoormans D, de Hingh I, Oerlemans S, Husson O. Symptoms of anxiety and depression among colorectal cancer survivors from the population-based, longitudinal PROFILES Registry: prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Cancer.* 2018;124(12):2621–28.

14. Lashbrook MP, Valery PC, Knott V, Kirshbaum MN, Bernardes CM. Coping strategies used by breast, prostate, and colorectal cancer survivors: a literature review. *Cancer Nurs.* 2018;41(5):E23–E39.

15. Thomsen TG, Holge-Hazelton B. Patients' vulnerability in follow-up after colorectal cancer: a qualitative action research study. *Cancer Nurs.* 2017;40(2):152–9.

16. Drury A, Payne S, Brady AM. The cost of survival: an exploration of colorectal cancer survivors' experiences of pain. *Acta Oncol.* 2017;56(2):205–11.

17. Denlinger CS, Barsevick AM. The challenges of colorectal cancer survivorship. *J Natl Compr Canc Netw.* 2009;7(8):883–93.

18. Agasi-Idenburg SC, Thong MS, Punt CJ, Stuijver MM, Aaronson NK. Comparison of symptom clusters associated with fatigue in older and younger survivors of colorectal cancer. *Support Care Cancer.* 2017;25(2):625–32.

19. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci.* 1997;19(3):14–27.

20. Bubis LD, Davis L, Mahar A, Barbera L, Li Q, Moody L, et al. Symptom burden in the first year after cancer diagnosis: an analysis of patient-reported outcomes. *J Clin Oncol.* 2018;36(11):1103–11.

21. Goedendorp MM, Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Development of fatigue in cancer survivors: a prospective follow-up study from diagnosis into the year after treatment. *J Pain Symptom Manage.* 2013;45(2):213–22.

22. Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given B. Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: a longitudinal view. *Support Care Cancer.* 2002;10(6):494–501.

23. Clark CJ, Fino NF, Liang JH, Hiller D, Bohl J. Depressive symptoms in older long-term colorectal cancer survivors: a population-based analysis using the SEER-Medicare health-care outcomes survey. *Support Care Cancer.* 2016;24(9):3907–14.

24. Thong MS, Mols F, Wang XS, Lemmens VE, Smilde TJ, van de Poll-Franse LV. Quantifying fatigue in (long-term) colorectal cancer survivors: a study from the population-based patient reported outcomes following initial treatment and long term evaluation of survivorship registry. *Eur J Cancer.* 2013;49(8):1957–66.

25. Miaskowski C, Barsevick A, Berger A, Casagrande R, Grady PA, Jacobsen P, et al. Advancing symptom science through symptom cluster research: expert panel proceedings and recommendations. *J Natl Cancer Inst.* 2017;109(4).

26. Fitch MI, Beaudoin G, Johnson B. Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: part II – health care provider perspectives. *Can Oncol Nurs J.* 2013;23(3):182–96.



**GUNHILD
GJERSET**
Postdoktor,
Nasjonal
kompetanse-
tjeneste for
seneffekter
etter kreft-
behandling,
Oslo univer-
sitetssykehus
og Monte-
bellosenteret



**TORILL
ENSBY**
Senterleder,
Montebel-
losenteret



**LENE
THORSEN**
Forsker,
Nasjonal
kompetanse-
tjeneste for
seneffekter
etter kreftbe-
handling, Oslo
universitets-
sykehus og
Montebello-
senteret

NØKKEL-
ORD

- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet
- Livsstil
- Helse

DOI-nummer:
10.4220/
Sykepleiens.
2018.72042

Kreftpasienter trenger TILPASSET REHABILITERING

Livsmestringskurs for kreftoverlevende bør
være tilpasset slik at de best mulig møter
pasientenes behov.

Stiftelsen Montebellosenteret er en nasjonal helseinstitusjon i Mesnali ved Lillehammer. Formålet for senteret er å gi hjelp til livsmestring for kreftpasienter, kreftoverlevende og deres pårørende. Virksomheten tar utgangspunkt i at kreftsykdom er mer enn fysisk lidelse. Det handler om livet i sin alminnelighet og omfatter derfor også menneskets psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov.

BAKGRUNN

Som følge av kreftsykdom og behandling opplever mange kreft-

overlevende fysiske og psykososiale helseplager både umiddelbart etter og ofte i lang tid etter behandling (1). Enkelte typer behandling kan også medføre en økt risiko for hjerte- og karsykdom, diabetes, overvekt, benskjørhet, metabolsk syndrom og ny kreftsykdom (1, 2).

En sunn livsstil, med fysisk aktivitet, et sunt kosthold og fravær av røyking, er viktige faktorer som har vist seg å redusere risikoen for slike tilstander i befolkningen generelt (3, 4). Når det gjelder kreftoverlevende, mangler det fortsatt nok dokumentasjon på dette feltet, men nye studier



«Nesten halvparten av deltakerne rapporterte om kronisk tretthet ved ankomst.»

«En del fortsetter også å røyke etter kreftdiagnosen.»

tyder på at også denne gruppen vil kunne redusere for eksempel risikoen for å få hjerte- og karsykdom ved å være fysisk aktive (5).

ANBEFALINGER

Derfor anbefales kreftoverlevende, på lik linje med befolkningen ellers, å følge de generelle rådene fra helsemyndighetene om minst 150 minutter ukentlig med moderat fysisk aktivitet eller 75 minutter med hard fysisk aktivitet, å spise «5 om dagen» av frukt og grønt, og å slutte å røyke (6, 7).

Studier viser at kreftoverlevende ikke har en sunnere livsstil enn be-

folkningen for øvrig, og at omtrent halvparten eller mer ikke følger anbefalingene for fysisk aktivitet og kosthold. En del fortsetter også å røyke etter kreftdiagnosen (8, 9).

Mange kreftpasienter opplever også tretthet eller utmattelse (fatigue) under og etter kreftbehandlingen (10, 11). Kreftrelatert tretthet er definert som «en plagsom, vedvarende og subjektiv følelse av fysisk, emosjonell og/eller kognitiv tretthet eller utmattelse relatert til kreft og/eller kreftbehandling som ikke er proporsjonal med aktivitetsnivået og påvirker daglig funksjon» (12).

Trettheten har ofte påvirkning på arbeid, sosial funksjon og andre hverdagsaktiviteter (12). Nivået av tretthet og forekomsten av kronisk tretthet (betydelig tretthet i seks måneder eller mer) (13) har vist seg å være høyere blant kreftoverlevende mange år etter behandling (15–35 prosent) sammenliknet med den øvrige befolkningen (11 prosent) (14, 15).

Behov for rehabilitering etter kreft varierer, med tanke på både innhold og struktur. Behovet kan være avhengig av diagnose, behandling, seneffekter og generell helse samt andre faktorer som for eksempel personlighet, ►

HOVED- BUDSKAP

Montebellosenteret tilbyr kurs for livsmestring til kreftpasienter, kreftoverlevende og pårørende. Økt kunnskap om hvem som deltar på kursene og hvilke plager og behov de har, gjør det enklere å spisse innholdet i kursene og gi et best mulig tilbud til dem som trenger det mest.

Kursene våre er en potensiell arena for å nå mange kreftoverlevende som lever med helseplager og seneffekter etter kreft. Her kan kreftoverlevende få kunnskap og praktiske råd om hvordan de kan møte og mestre de ulike utfordringene i livet etter kreft.

FAKTA

Montebellosenteret ønsker å fremme livsmestring og et nytt perspektiv på livet etter kreft. Målet er å lære å leve med endringer som følge av kreft.

I samarbeid med Oslo universitetssykehus (Radiumhospitalet) og andre relevante fagmiljøer er senteret et kompetansesenter i arbeidet med seneffekter etter kreft og kreftbehandling.

Kurstilbudet er en trinnmodul som er bygget opp slik at den gir stor fleksibilitet for den enkelte kursdeltakeren.

Trinn 1 er et ukesopphold med temaet Kreft – hva nå?. Samtidig er oppholdet et «introduksjons- og avklaringsopphold», slik at den enkelte kan velge videre temakurs med utgangspunkt i egne behov på trinn 2 og 3.

Kilde: Montebellosenteret

mestringsstrategier, livssituasjon, arbeid og sosialt nettverk (16, 17).

KARTLEGGING

For å hjelpe kreftoverlevende som trenger det mest, er det viktig å kunne identifisere de ulike undergruppene og videre utvikle målrettede programmer som møter de spesifikke behovene som den enkelte gruppen rapporterer om.

Behovet for å utvikle målrettede programmer er noe av bakgrunnen for spørreundersøkelsen Kreftrehabilitering – innhold og effekter. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Montebellosenteret og Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling ved Oslo universitetssykehus (Radiumhospitalet), finansiert med midler fra Helse Sør-Øst og Radiumhospitalets legater.

Hensikten med denne undersøkelsen var å kartlegge 1) livsstil og kronisk tretthet blant kreftoverlevende som skulle delta på diagnosespesifikke mestringskurs Kreft – hva nå? (trinn 1), 2) hva som karakteriserer deltakere med en usunn livsstil og kronisk tretthet, og 3) behov for innhold i rehabiliteringen blant deltakere med og uten kronisk tretthet.

RESULTATER

Livsstil og kronisk tretthet

Over halvparten av deltakerne fulgte ikke anbefalingene for fysisk aktivitet, 80 prosent fulgte ikke anbefalingen om «5 om dagen», og 12 prosent røykte (18). Nesten halvparten av deltakerne rapporterte om kronisk tretthet ved ankomst (19).

Det var flere inaktive blant dem over 60 år og dem med lav utdanning sammenliknet med dem under 60 år og med høy utdanning. Videre var det færre menn enn kvinner som spiste «5 om dagen». Likeledes var det færre blant deltakerne med lav utdanning som spiste «5 om dagen» sammenliknet med deltakerne som hadde høy utdanning. Det var en sammenheng mellom det å leve alene og røyking (18).

Andelen kronisk tretthet var høyere blant deltakerne med brystkreft og pasienter i ulike små diagnosegrupper enn pasienter med prostatakreft. Videre var det flere kronisk tretthet blant deltakerne som rapporterte om tilleggsykdommer sammenliknet med dem som ikke rapporterte tilleggsykdommer. Deltakerne med kronisk tretthet rapporterte om lavere fysisk livskvalitet sammenliknet med dem uten kronisk tretthet (19).

Innhold i rehabiliteringen

Fysisk trening, fysioterapi og ernæringsveiledning var de rehabiliteringskomponentene det var flest som hadde behov for blant alle deltakerne på Montebellosenteret. Sammenliknet med dem uten kronisk tretthet hadde flere av deltakerne med kronisk tretthet behov for fysisk opptrening (86 prosent mot 65 prosent), fysioterapi (71 prosent mot 55 prosent) og ernæringsveiledning (68 prosent mot 53 prosent) (figur 1).

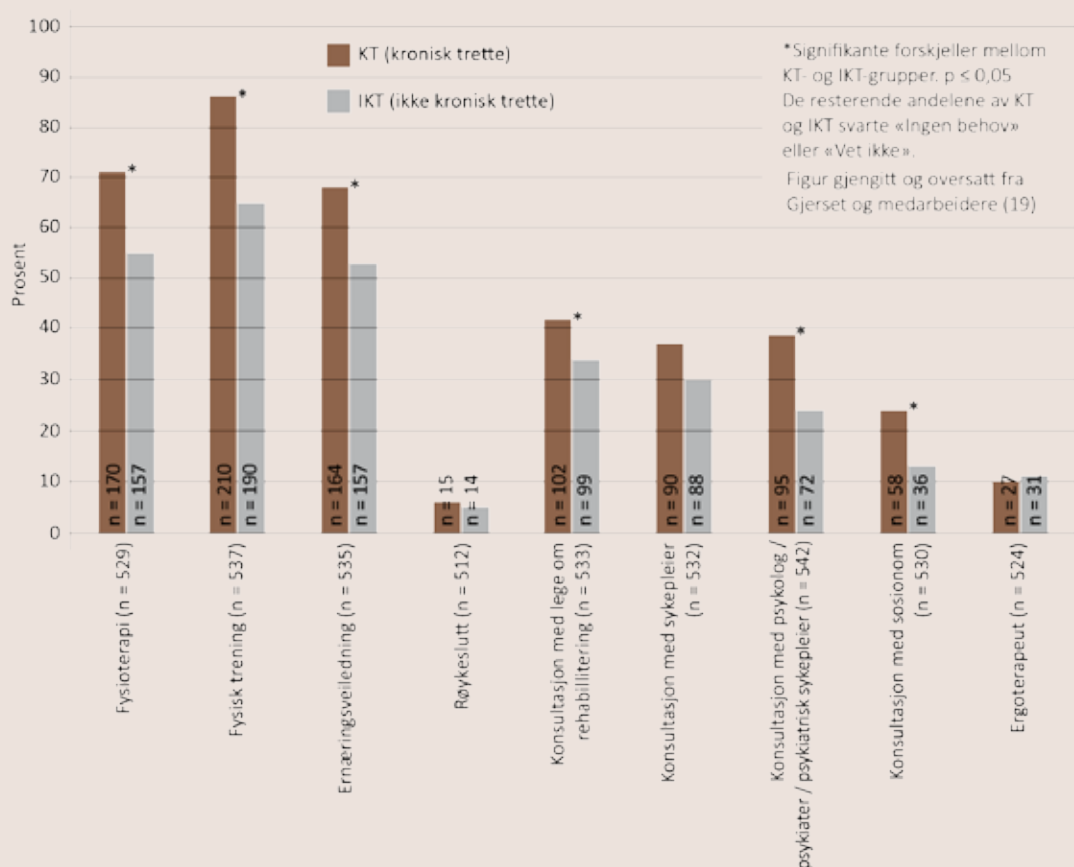
Tre av fire av dem med kronisk tretthet hadde behov for tre eller flere rehabiliteringskomponenter, mens 54 prosent av dem uten kronisk tretthet hadde behov for like mange. Færre deltakere med kronisk tretthet rapporterte om ingen eller bare ett behov sammenliknet med dem uten kronisk tretthet (19).

KONKLUSJON

Undersøkelsen viser at mange kreftoverlevende som kommer til oss, ikke følger anbefalingene for fysisk aktivitet og ernæring. Videre viser studien at mange har kronisk tretthet / fatigue.

Montebellosenteret er derfor en viktig arena hvor helsepersonell kan nå ut til mange kreftoverlevende med livsstilsråd og anbefalinger, kunnskap om effekter av en sunn livsstil og informasjon om kronisk tretthet og hvordan man best kan mestre denne tilstanden. Fysisk aktivitet, fysioterapi og ernæringsveiledning er viktige komponenter som bør inngå i rehabiliteringsprogrammer for å møte kreftoverlevendes behov. ■

FIGUR 1. Behov for ulike rehabiliteringskomponenter blant kronisk trette og ikke kronisk trette deltakere



REFERANSER

- Ganz PA. Survivorship: adult cancer survivors. *Prim Care*. 2009;36:721–41.
- Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, et al. American college of sports medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*. 2010;42:1409–26.
- World Cancer Research Fund and The American Institute for Cancer Research. Recommendations and public health and policy implications. 2018: www.wcrf.org. Rapport. Tilgjengelig fra: https://www.wcrf.org/dietandcancer/recommendations-about#download_block (nedlastet 01.08.2018).
- Thompson PD, Buchner D, Ileana LP, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease. A statement from the council on clinical cardiology (Subcommittee on exercise, rehabilitation, and prevention) and the council on nutrition, physical activity, and metabolism (subcommittee on physical activity). *Circulation*. 2003;107:3109–16.
- Adams SC, DeLorey DS, Davenport MH, et al. Effects of high-intensity aerobic interval training on cardiovascular disease risk in testicular cancer survivors: a phase 2 randomized controlled trial. *Cancer*. 2017;123:4057–65.
- Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2170. Tilgjengelig fra: [- direktoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet \(nedlastet 01.08.2018\).
 - Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:242–74.
 - Westmaas JL, Newton CC, Stevens VL, et al. Does a recent cancer diagnosis predict smoking cessation? An analysis from a large prospective US cohort. *J Clin Oncol*. 2015;33:1647–52.
 - Blanchard CM, Courneya KS, Stein K. Cancer survivors, adherence to lifestyle behavior recommendations and associations with health-related quality of life: results from the American cancer society's SCS-II. *J Clin Oncol*. 2008;26:2198–204.
 - Minton O, Berger A, Barsevick A, Cramp F, Goedendorp M, Mitchell SA, et al. Cancer-related fatigue and its impact on functioning. *Cancer*. 2013;119\(Suppl 11\):2124–30.
 - Minton O, Jo F, Jane M. The role of behavioural modification and exercise in the management of cancer-related fatigue to reduce its impact during and after cancer treatment. *Acta Oncol*. 2015;54\(5\):581–6.
 - Bower JE. Cancer-related fatigue – mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol*. 2014;11\(10\):597–609.
 - Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts](https://helse-

</div>
<div data-bbox=)

- L, Wessely S, Wright D, et al. Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res*. 1993;37(2):147–53.
- Loge JH, Ekeberg O, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. *J Psychosom Res*. 1998;45(1):53–65.
- Reinertsen KV, Loge JH, Brekke M, Kiserud CE. Kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2017;137(21).
- Fossa SD, Kvaloy J, Kvaloy S, Loge JH, Dahl AA. Courses for cancer patients – 15 years' experience at The Montebello Centre in Norway. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2008;128(22):2554–7.
- Johansen C. Rehabilitation of cancer patients – research perspectives. *Acta Oncol*. 2007;46(4):441–5.
- Gjerset GM, Loge JH, Gudbergsson SB, Bye A, Fosså SD, Oldervoll LM, et al. Lifestyles of cancer survivors attending an inpatient educational program – a cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2016;24:1527–36.
- Gjerset GM, Loge JH, Kiserud CE, Fosså SD, Gudbergsson SB, Oldervoll LM, et al. Perceived needs for different components in a rehabilitation program among cancer survivors with chronic fatigue compared to survivors without chronic fatigue. *Acta Oncol*. 2017;56(2):245–53.

Birgitte LEVER I OVERLEVELSEN

Hun fjernet først ett bryst. Så ett til.
Fikk rekonstruert nye.
Siden ble det tre reoperasjoner.

TEKST OG FOTO MARIT FONN

Strekker hun strikken for langt, får hun det tilbake.

– Jeg sover det ikke av meg på en natt, det kan gå uker.

Det er fatiguen Birgitte Thorup Stålsett snakker om. Først nå har hun begynt å erkjenne at hun ikke blir som før.

Det startet like før jul i 2008. Da oppdaget hun en kul i brystet.

Hun ble operert på nyåret i 2009, og brystet og lymfekjertler ble fjernet. Hun fikk cellegiftbehandling, men ingen stråling. Deretter begynte hun på antihormonbehandling. Den skulle hun ha i fem år.

Det ble ikke påvist arvelig brystkreft, men for å forebygge valgte Stålsett likevel, i samråd med legene, å fjerne det andre brystet i 2010.

Hun fikk rekonstruert to nye bryst, som siden har blitt reoperert tre ganger. Første gang etter et år. Siste gang i april i år.

FRA SALTVANN TIL SILIKON

– Det er ikke bare å få nye bryst, konstaterer hun på et møterom på Oslomet, tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus.

Her er Stålsett lektor på sykepleierutdanningen. Sykepleier ble hun i fødelandet Danmark i 1990. Sin første jobb som sykepleier hadde hun på Rikshospitalet i Oslo, og siden har hun blitt her.

Brystrekonstruksjonen startet med at det ble operert inn ekspansjonsproteser, som gradvis ble fylt med mer og mer vann, så huden kunne utvide seg. Så ble vannprotesene skiftet ut med silikonimplantater.

– På forhånd var det ingen som fortalte om hvilke ulike løsninger som fantes for brystrekonstruksjon. Så jeg tenkte: «Jeg tar enkleste løsning», sier hun.

Når hun ser tilbake, flyter tiden mye sammen. Hun har kastet alle innkallelene hun har fått. Det er ikke en periode hun vil henge seg opp i.

Birgitt Thorup Stålsett syns hun har fått lite informasjon

LENGE SIDEN:

Kulen i brystet oppdaget Birgitte Thorup Ståsett før jul i 2008. Mye har skjedd siden da.



BIRGITTE STÅLSETTS (FØDT 1964) SYKDOMSHISTORIE:

2008:

Oppdaget en kul i brystet i desember.

2009:

Fjernet brystet i januar 2009, deretter cellegift- og antihormon-behandling.

2010:

Fjernet det andre brystet.

Fikk rekonstruert to bryst.

2018:

Tredje reoperasjon av bryst.

SENSKADER:

Fatigue

Privat: Gift, to barn, en hund

Yrke: Høyskolelektor



VEILEDER: Birgitte Thorup Stålsett veileder sykepleierstudenter, blant annet når de simulerer i traumeteam.



HUSKELAPP: Sportsuret kan mer enn å vise tiden.



TURVENN: Alaskahuskyen Juta er blitt en god turvenn.

underveis. For eksempel om mulige komplikasjoner. Hun var uforberedt på kapseldannelsen – hardt bryst – som oppsto som reaksjon på implantatet i brystene.

– Ting forskjøv seg. Protesen havnet under armen. Den ene satte seg fast i huden, så huden krøllet seg, forteller hun.

RETT I OVERGANGSALDEREN

– Akkurat nå er det bra. Nå sitter protesene der de skal.

Forresten, ikke helt bra: Noen av stingene har gått opp, og hun må derfor holde brystene på plass med teip. Snart skal hun inn igjen for å bli sydd.

Stålsett tenker på hvor ressurskrevende det er med alle disse operasjonene.

– Jeg har overveid å fjerne brystene. Samtidig husker jeg hvordan det var å være uten dem, sier hun.

– *Hvordan var det?*

– Uvant. Forholdet til kroppen endret seg. Jeg kom rett i overgangsalderen. Jeg gikk fra å være 45 år til å føle meg som 145. Jeg ble veldig sliten. Og hukommelsen sviktet. På fleip sa jeg at «jeg har demens». Det var ikke bare jeg som merket det.

Collegiften tålte hun ganske bra. Det var da antihormonbehandlingen startet, at Stålsett virkelig følte seg syk.

– Nolvadex er den type medikament man bruker hvis man ikke har kommet i overgangsalderen før hormonbehandling, forteller hun.

I pakningsvedlegget står det:

«Visse svulster er avhengige av kvinnelige kjønnshormoner, østrogener, for å vokse. Nolvadex inneholder virkestoffet tamoksifen, et såkalt antiøstrogen, som hemmer effekten av de naturlig forekommende østrogener. Virkningsmekanismen er ikke helt klarlagt, men trolig

konkurrerer tamoksifen med østrogen om bindingsstedene på kreftcellene.

Nolvadex brukes til behandling av brystkreft og kreft i livmorslimhinnen.»

KLARTE IKKE Å SOVE

Østrogen er mat for kreften. Poenget med antihormonbehandling er å holde østrogenet så lavt som mulig for å

«På et tidspunkt lurte jeg på om det satt mellom ørene.»

fjerne kreften og eventuelle metastaser som kan oppstå.

Men Birgitte Thorup Stålsett fikk søvnproblemer og startet med sovepiller – uten at det løste noe. I to år sov hun to timer i strekk om natten. Ellers gikk hun oppe.

– Jeg trodde jeg skulle bli gal, minnes hun.

– Selv om jeg er utdannet sykepleier, forestilte jeg meg at når bare kreften ble behandlet med kirurgi og medikamenter, så ville jeg bli frisk. Jeg ante ikke at antihormonbehandlingen kunne påvirke kroppen som den gjorde, sier hun.

I starten tenkte hun at bivirkningene var en psykisk reaksjon. Men etter to og et halvt år fikk hun en pause fra behandlingen. Hun merket stor forskjell: Kroppen fant tilbake til seg selv. Da sa hun at hun ville avslutte behandlingen. Men først prøvde hun å ta medisinen med injeksjoner. Det var ikke bedre. Da var det helt slutt.

– Dette var rundt nyttår i 2012.

«STERKE SYMPTOMER PÅ FATIGUE»

Stålsett har samme jobben som før hun fikk kreft. Det har blitt mange sykemeldinger. Hele tiden trodde hun at hun skulle tilbake for fullt.

Fastlegen var inne på tanken lenge: Kunne det være fatigue? Etter omfattende undersøkelser for å utelukke at

«Det handler ikke lenger om å finne gravstein.»

plagene ikke skyldtes nevrologiske sykdommer, fikk hun i 2017 diagnosen «sterke symptomer på fatigue».

– *Hvordan følte det?*

– Det var ok. Men det er ikke en diagnose jeg forteller om i det vide og brede. På et tidspunkt lurte jeg på om det satt mellom ørene.

Helt fra starten har Stålsett vært fysisk aktiv. Hun løp mye da hun tok cellegift, ville bidra med alt hun kunne for å komme tilbake der hun var før. Derfor ble skuffelsen så stor.

I starten tenkte hun at bivirkningene var en psykisk reaksjon.

– Litt info underveis hadde gjort seg. Også omgivelsene – jobben, familien – forventer at etter endt behandling så er man frisk.

Å få tilrettelagt på jobben har vært en lang vei å gå. Stålsett har gått mange runder med arbeidsgiver.

– Nå vet lederne mine at de må bidra for at jeg ikke skal bli mer sykemeldt.

Hun jobber nå i halv stilling. Det er ikke noe hun gjerne snakker om. Det pirker borti selvbildet hennes.

– Å jobbe redusert er litt skambelagt. Man blir mer sårbar når man ikke er hundre prosent kjørende. Det blir viktig å gjøre jobben perfekt, og det er jo ikke nødvendigvis den beste medisinen. Man er redd for ikke å bli tatt på alvor, for ikke å bli involvert i diverse prosjekter som er karrierefremmende.

Hun innrømmer at hun har drømt om å jobbe på Rema. Sitte foran sitt eget kassaapparat.

Diagnosen er usynlig, og hun venter ikke at andre kan forstå hvordan hun har det.

Et eksempel: Siden hun skulle intervjues i dag, sørget hun for å slappe av i går, for å unngå stress.



PÅ JOBB: Birgitte Thorup Stålsett har valgt å fortsette som høyskolelektor. Men doktorgrad har hun slått fra seg.

– Jeg trenger timeout, hvilepauser. Jeg vet aldri hvordan dagen blir, derfor må jeg alltid ha en åpen bakkdør, sier Stålsett.

BRUKER ENERGIEN PÅ DET HENSIKTMESSIGE

De to barna er voksne, den første har nettopp flyttet hjemmefra.

– Jeg har vært heldig med valg av mann. Han har stilt opp når det er krise i heimen, når jeg ikke engang orker å tømme oppvaskmaskinen. Han har vært med som pårørende på møter. Han kjenner mine grenser bedre enn jeg gjør selv. «Legg deg og hvil, så rydder jeg», kan han si.

– *Blir du irritert da?*

– Ja, fordi jeg skulle så gjerne mestre det livet som han klarer. Jeg har ikke egentlig bruk for omsorg. Som person er jeg selvstendig, løsningsorientert og handlekraftig. Men energien strekker ikke til. Jeg blir mest lei meg, egentlig.

Det er snart ti år siden hun fikk kreft.

– Men først nå har jeg begynt å akseptere hvordan jeg er. Da bruker jeg heller energien på det hensiktsmessige. Det er ikke hensiktsmessig å bli irritert på at noen vil hjelpe, sier hun.

Selvfølelsen handler om hvordan man tror man blir sett av andre. Denne tanken gjorde at hun var i tvil om hun ville bli intervjuet.

– Men jeg liker også å utfordre meg selv. Jeg har alltid hoppet først, og så lært meg å svømme. En grunn til at jeg ikke snakker så mye om hvordan jeg har det, er jo at jeg er redd andre skal tenke at jeg ikke er verdt noe. At det jeg sier på et møte, ikke betyr noe.

LA VEKK KARRIEREAMBISJONENE

Stålsett har valgt vekk ambisjonene om karriere og doktorgrad, men hun har valgt å bli i jobben.

– Jeg gjør det jeg liker og er god på. Kanskje burde jeg valgt en mindre krevende jobb, der mine mangler ville vært mindre synlige.

– *Men der kommer personligheten din inn?*

– Ja, på godt og vondt. Jeg kan bruke mine erfaringer i undervisningen. Sykepleiere vil møte flere kreftpasienter og kreftoverlevende. Hva skjer når motoren harker? Man bør i hvert fall kunne vente forståelse i helsevesenet. Måten man møter pasienten på, er sentralt i utdanningen.

Stålsett prøver å lære studentene om individuell tilpasset omsorg. Hun veileder dem i praksis og jobber med simulering av ferdighetstrening og traumeteam.

– Der handler det ikke om kunnskap hos den enkelte, men om det vi får til sammen. Fordi teamet klarer å samarbeide, overlever pasienten.

Hukommelsen er stadig en utfordring. Det beste er å ha få temaer å forholde seg til:

– Jeg tenker én dag eller én uke av gangen. Har funnet ut at det er lurt.

– *Du lever i nuet?*

– Ja, men det krever også stor grad av forutsigbarhet. Jeg bruker tid på å skrive alt ned. Men vet aldri om jeg kan holde avtaler.

Å ha en bakkdør er hennes mestringsstrategi.

– I mange år har vi ikke kunnet bestille ferie. Ferie kan ofte være mer travelt og uforutsigbart enn hverdagen.

STRATEGI FOR OVERLEVERE

Stålsett opplever at hun har måttet gå opp mye av stien selv. Hun håper andre slipper det:

– Mer informasjon til den enkelte pasient vil hjelpe til å forberede vedkommende på at ting ikke nødvendigvis blir som før. Mange fordømmer sitter i eget hode. Med veiledning underveis fra kunnskapsrike personer kan man bli fortrolig med situasjonen.

Hun utdyper:

– Du trenger ikke skamme deg over at du ikke er som før. Det er en naturlig konsekvens av det du har vært gjennom. Fastlegen min sa: «Mens du er under behandling, er det lettest, det er når den er ferdig, at det egentlig begynner.» Det skjønte ikke jeg.

Først skal man bare overleve:

– Når du skjønner at du overlever, må du finne en ny mestringsstrategi. Det handler ikke lenger om å finne gravstein, men om å leve i overlevelsen. Du ser frem mot nye grenser: «Hvis jeg bare når neste, så faller alt på plass.» Først når du to år, så fem, åtte, ti ... Jeg er glad for å ha overlevd, det er ikke spørsmål om noe annet. Men gleden kan drukne i de nye utfordringene, sier hun.

HAR NESTEN AKSEPTERT

– Av og til popper det likevel opp: Nå nærmer jeg meg å være fortrolig med den jeg er blitt. Men det er jo en sorg. For en del av meg, som jeg likte, forsvant under behandlingen.

– *Hva da?*

– Evnen til å ta ting på sparket.

– *Sammenlikner du deg med andre?*

– Ja, ganske mye. Men tiden jobber for meg. De rundt meg går nå gjennom det samme som jeg gjorde, for eksempel overgangsalder. Nå får de kjenne på hva det betyr. Men med dem kommer det jo gradvis, ikke alt på en gang.

– Mye handler om kontroll, fastslår hun.

Rundt håndledet har Stålsett en sportsklokke. Den har hengt på henne et par år.

Uret varsler om mailer og sms-er.

– Det gir meg kontroll og forutsigbarhet. Og gleden av å se hvor langt jeg har gått, sier hun.

For eksempel etter tur i skogen med alaskahuskyen Juta.

– Uret er et meget bevisst valg, sier Birgitte Thorup Stålsett. ■

LES MER

om kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende på s. 106
om smerter etter brystkreftbehandling på s. 112



KRISTIN
VALBORG
REINERTSEN
Overlege og
spesialist i
onkologi, Seksjon
for brystonko-
logi, Avdeling for
kreftbehandling,
Nasjonal kompetansetjeneste for
seneffekter etter
kreftbehandling,
Oslo universi-
tetssykehus



JON HÅVARD
LOGE
Leder og professor
II, Regionalt kompetansesenter for
lindrende behandling,
Helse Sør-Øst og
Avdeling for medi-
sinsk atferdsvitenskap,
Universitetet
i Oslo



METTE BREKKE
Professor og
fastlege, Avdeling
for allmenne-
medisin, Institutt for
helse og samfunn,
Universitetet i
Oslo og Kurbadet
legesenter



CECILIE E.
KISERUD
Overlege og
leder, Avdeling for
kreftbehandling,
Nasjonal kompetansetjeneste for
seneffekter etter
kreftbehandling,
Oslo universitets-
sykehus

KRONISK TRETTHET

hos voksne kreftoverlevende

Uttalt tretthet og slitenhet er vanlig både under og etter avsluttet kreftbehandling. Mellom 15–35 % av voksne kreftoverlevende har kronisk tretthet. Kronisk tretthet hos kreftoverlevende påvirker sosial yteevne, funksjonsnivå og arbeidsevne på en negativ måte, og kan medføre betydelig redusert livskvalitet.

Uttalt tretthet, utmattelse og slitenhet (fatigue) er et av de vanligste symptomene ved onkologisk behandling (1–3). Hos de fleste vil denne trettheten gradvis forsvinne etter avsluttet behandling, men ikke alle opplever bedring. Opptil 35 % av alle som har gjennomgått kurativ kreftbehandling, og som er uten kjent kreftsykdom, vil oppleve vedvarende tretthet etter avsluttet behandling (3, 4). Andre kreftoverlevende kan oppleve en kort periode etter avsluttet behandling uten symptomet for deretter å oppleve redusert energi.

Kronisk tretthet er definert ved at plager som energiløshet og/eller svekket hukommelse og konsentrasjonsevne varer i seks måneder eller mer (5). For de fleste affiserte vil kronisk tretthet negativt påvirke

daglig funksjon og arbeidsevne, og kan medføre betydelig redusert livskvalitet (3).

Kreftrelatert tretthet er ingen diagnose i ICD 10, og det finnes ikke etablerte kriterier som bidrar til å klassifisere kreftrelatert tretthet som en egen sykdomstilstand. Kreftrelatert tretthet kan defineres som en subjektiv opplevelse av tretthet, svakhet eller energiløshet (6) eller som en utmattende, vedvarende subjektiv opplevelse av fysisk, emosjonell og/eller kognitiv tretthet, som ikke er proporsjonal med aktivitetsnivå (7, 8). Selv om utmattelse er et kardinalsymptom også ved myalgisk encefalopati (ME), er ME definert ved forekomst av tilleggssymptomer, for eksempel muskel- og leddsmarter, gastrointestinale plager og/eller ømme lymfeknuter (9).



Foto: Erik M. Sundt



«Chemobrain» (chemotherapy-related cognitive dysfunction) brukes som oftest for å beskrive kjemoterapi-indusert kognitiv dysfunksjon. Symptomene på dette kan overlappe med mental tretthet, men om det er to ulike tilstander eller uttrykk for det samme, vet man ikke.

Denne artikkelen omhandler kronisk tretthet hos kreftoverlevende behandlet for kreft i voksen alder (> 18 år). Målet med artikkelen er å informere helsepersonell som møter voksne kreftoverlevende, om forekomsten av kronisk tretthet, assosierte faktorer, utredning og mulige tiltak.

METODE

Artikkelen er basert på internasjonale retningslinjer for evaluering av kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende (7, 8, 10), et subjektivt

utvalg av aktuell litteratur, egen klinisk erfaring og egen forskning.

MÅLING OG FOREKOMST

Ulike spørreskjemaer har vært benyttet for å kartlegge forekomsten av tretthet etter kreftbehandling (11).

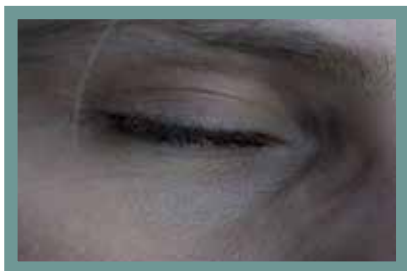
derfor anbefalt for flerdimensjonal kartlegging av kronisk tretthet blant kreftoverlevende (11).

Skjemaet ble også benyttet da forekomsten av kronisk tretthet i den generelle norske befolkningen ble undersøkt i 1990-årene. Forekomsten

«Uttalt tretthet, utmattelse og slitenhet er et av de vanligste symptomene ved onkologisk behandling.»

Dette vanskeliggjør sammenligning av resultater fra forskjellige studier. Med skjemaet Fatigue Questionnaire (FQ) måler man graden av fysisk og mental tretthet i tillegg til plagenes varighet (5). Dette spørreskjemaet er

av kronisk tretthet var da 13 % blant kvinner og 10 % blant menn og lett økende med økende alder (12). Det er ikke avklart hvor sensitivt spørreskjemaet Fatigue Questionnaire er for endring over tid. I studier hvor



man ønsker å måle dette, kan man derfor vurdere andre instrumenter. I klinisk praksis kan en enklere numerisk skala fra 0 (ikke tretthet) til 10 (verst tenkelig tretthet) bidra til å kartlegge alvorlighetsgrad av symptomet og synliggjøre endring (7).

Kronisk tretthet er en av de hyppigste seneffektene hos voksne kreftoverlevende. Norske studier har vist at 25–35 % av langtidsoverlevende etter brystkreft, lymfom og livmorkreft er plaget med kronisk tretthet (4, 13–15), og 26 % og 13 % av ikke-hormonbehandlede menn rapporterte kronisk tretthet to år etter henholdsvis radikal strålebehandling og radikal prostatektomi for prostatakraft (16). Blant norske overlevende etter testikkelkreft ble det nylig vist at forekomsten av kronisk tretthet økte fra 15 % 12 år etter behandling til 27 % syv år senere (17).

Tretthet er et hyppig problem også blant andre grupper av kreftoverlevende, for eksempel rapporteres forekomsten over 40 % blant overlevende etter kolorektal kreft og lungekreft (18–20). Forekomsten av kronisk tretthet i disse gruppene er imidlertid ukjent da varigheten av plagene ikke ble målt. Selv om kronisk tretthet er undersøkt hos andre grupper kreftoverlevende, gjør få studier med varierende metodikk at



Ramme 1: Forslag til utredning av kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende. Oversikten er basert på internasjonale retningslinjer og Helsedirektoratets anbefalinger (7, 8, 25)

Måling av nivået av tretthet (Fatigue Questionnaire eller tilsvarende spørreskjemaer)

Generell tretthetsanamnese: debut, mønster, varighet, endring over tid, faktorer som forverrer/bedrer plagene, aktivitetsmønster gjennom dagen og uken

Andre faktorer

- psykologiske faktorer, spesielt høyt bekymringsnivå og katastrofetanker
- søvn, smerter, medikamenter, misbruk av alkohol eller narkotiske stoffer
- somatisk komorbiditet
- kreftbehandling kan disponere for komorbiditet, for eksempel kardiomyopati etter hjertetoksisk kjemoterapi eller lavt stoffskifte etter strålebehandling mot hals

Generell klinisk undersøkelse bør gjennomføres for å kunne oppdage somatisk sykdom som bakenforliggende årsak. Tilbakefall av kreftsykdommen bør vurderes hvis en pasient som var i god form, utvikler tretthet

Supplerende undersøkelser vurderes individuelt

- Aktuelle blodprøver er hematologisk status, hormonprøver (inkludert thyreoideastatus), elektrolytter, lever/gallestatus
- Bildediagnostikk gjøres på klinisk mistanke om somatisk sykdom
- Henvisning til andre medisinske spesialister baseres på funn og klinisk vurdering. Det kan være aktuelt med henvisning til
 - kardiolog etter gjennomgått kardiotoxisk behandling
 - nevropsykolog ved hukommelses- og/eller konsentrasjonsproblemer, spesielt hos yngre
 - psykolog/psykiater ved mistanke om psykisk lidelse
 - smerteteam
 - endokrinologisk vurdering

forekomsten av kronisk tretthet hos disse foreløpig må anses som usikker.

ASSOSIERTE FAKTORER

Data har tidligere ikke entydig vist sikker sammenheng mellom utviklingen av kronisk tretthet og type eller intensitet av kreftbehandling (21–23). Nylig ble det imidlertid i en metaanalyse vist at risikoen for alvorlige tretthetsplager hos brystkreftoverlevende økte etter kombinasjonsbehandling med kirurgi, kjemo- og stråleterapi, sammenlignet med kirurgi eller kirurgi og stråleterapi alene (24). Strålebehandling har også vært diskutert som en mulig etiologisk faktor for utviklingen av kronisk tretthet ved prostatakraft (16).

Det er bred enighet om at kronisk tretthet blant kreftoverlevende ikke er forklart av sykdoms- og behandlingsrelaterte faktorer alene, men at kronisk tretthet er et multifaktorielt fenomen som påvirkes av somatiske, demografiske og psykososiale faktorer (3). Også i den generelle norske befolkningen var sosiodemografiske og helserelaterte faktorer assosiert med kronisk tretthet (12). Å bo alene, ha lav inntekt eller oppleve psykisk ubehag som uro, bekymring, pessimisme og nedsatt stemningsleie/depresjon er assosiert med kronisk tretthet hos kreftoverlevende (3, 15).

Bidragende faktorer kan også være komorbide tilstander, eller andre seneffekter og symptomer, slik som kardiovaskulær sykdom, lungesykdom, overvekt, søvnforstyrrelser, hormonforandringer, perifer nevropatie og vedvarende smer-teplager (3, 13, 14, 16, 17).

Vedlikeholdende faktorer har fått mer oppmerksomhet i de senere årene, spesielt fysisk inaktivitet og katastrofetanker (3). Flere biologiske mekanismer har vært studert som mulige bakenforliggende årsaksfaktorer. Disse har inkludert endringer i hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen, blant annet med dysregulering av glukokortikoidproduksjon og/eller av glukokortikoidreseptor, og endret ATP- og muskelmetabolisme. Av de biologiske

mekanismene har det de siste årene vært størst søkelys på inflammasjon som årsak til kroniske tretthetsplager med dysregulering av cytokiner og spesielt proinflammatoriske cytokiner, uten at funnene kan anses som konklusive (3). Inflammasjonshypotesen støttes av relativt konsistente funn om sammenheng mellom blant annet feber, vekttap og nattesvette (B-symptomer) og kronisk tretthet hos lymfomoverlevende. En mulig forklaring på strålebehandling som en etiologisk faktor for utvikling av kronisk tretthet hos overlevende etter prostatakreft kan være at slik behandling, i større grad enn kirurgi, kan indusere langvarige inflammasjonsprosesser (16).

UTREDNING OG VURDERING

Det er svak evidens for hva som er optimal utredning av enkeltindivider med kronisk tretthet etter kreftbehandling (7). Vurderingen må derfor baseres på klinisk skjønn og eventuell tilstedeværelse av risikofaktorer og faktorer som kan bidra til å opprettholde og/eller forsterke symptomene hos hver enkelt. Mulig tilbakefall av kreftsykdommen bør alltid vurderes, spesielt hvis en pasient som følte seg bra, utvikler tretthet.

Basert på internasjonale retningslinjer og Helsedirektoratets anbefalinger i publikasjonen *Seneffekter etter kreft* beskrives i egen ramme forhold som kan være nyttig å vurdere i møtet med kreftoverlevende som plages av dette symptomet (ramme 1).

TILTAK

Tilnærming og rådgivning til en som sliter med kronisk tretthet etter kreftbehandling, må baseres på skjønn og tilpasses individuelt. Der som det ved utredningen påvises behandlingstrengende somatiske eller psykiske tilstander, må disse behandles. Det finnes ellers ingen spesifikk behandling for kronisk tretthet, men flere tiltak som kan avhjelpe plagene (26).

Generelt anbefaler man at pasienten får oppdatert informasjon om hva kronisk tretthet er og om

bidragende og avhjelpende faktorer. Rådgivning om aktivitetsmønster er ofte nyttig fordi mange overforbruker krefter på gode dager for så å bli utslått i flere påfølgende dager, noe som kan føre til nedsatt eller i verste fall avtagende fysisk aktivitet over tid. Råd om energiøkonomisering, med tilpassing av aktivitet i forhold til opplevd energinivå, vil også kunne hjelpe mange til å unngå svingninger og om mulig bidra til gradvis oppbygging av fysisk kapasitet. For alle affiserte er det gunstig å ha en regelmessig døgnrytme og ikke sove på dagtid (7, 8).

Øvrige tiltak faller i tre hovedkategorier: fysisk aktivitet, kognitiv tera-

«Kronisk tretthet er et multifaktorielt fenomen som påvirkes av somatiske, demografiske og psykososiale faktorer.»

pi og stressreducerende terapier. En nylig publisert metaanalyse viste at trening og psykologiske intervensjoner bedrer kronisk tretthet i omtrent like stor grad. Effekten var like god både ved anaerob og aerob trening, mens av de psykologiske intervensjonene var kognitiv terapi mest effektivt. Alle tiltakene hadde best effekt gitt i grupper (26).

Selv om kronisk tretthet kan være en dynamisk tilstand, foreligger ikke data som konkret angir hvor mange som kan forventes å bli bra etter trening/kognitiv terapi. Enkeltstudier har vist lovende resultater av yoga, akupunktur og mindfulnessbaserte tilnærminger (7, 27). Foreløpig kan imidlertid ikke dette anbefales på



generelt grunnlag da studiene er få med et begrenset antall inkluderte pasienter og lite data vedrørende effektvarighet.

Uten sikker dokumentasjon kan trekk ved sykehistorien og symptom bildet likevel peke mot hva som er den beste tilnærmingen for det enkelte individet. For en som er inaktiv, kan trening kombinert med rådgivning være et godt førstevalg. Ved katastrofetanker og dysfunksjonelle tankemønstre kan kognitiv terapi være et godt førstevalg, mens stressreducerende tiltak kan være et godt førstevalg hos dem med høyt bekymrings- og spenningsnivå.

Et tiltak som er dokumentert effektivt, er regelmessig fysisk trening (28). Hvilken intensitet og type fysisk aktivitet som har best effekt, er ikke avklart. Imidlertid er vår erfaring at det er viktig med et individualisert opplegg, med en rolig start og deretter progresjon, noe som også støttes av litteraturen så langt. Mange vil starte med for høy intensitet med påfølgende treningsavbrudd eller i verste fall forverring av plagene som resultat. For de fleste kreftoverlevende med kronisk tretthet vil et treningsprogram med moderat intensitet, inkludert rask gange, sykling og/eller svømming, være trygt (7). Har pasi-



enten andre seneffekter (kardiovaskulær affeksjon, polyneuropati) eller komorbide tilstander må treningsopplegget tilpasses dette.

I ovennevnte metaanalyse beskriver man at trening kanskje er mest effektivt under pågående kreftbehandling, mens psykologiske intervensjoner, eventuelt en kombinasjon av trening og psykologiske tiltak, kan synes best hos kreftoverlevende (26).

Det finnes en rekke rehabiliteringstilbud til pasienter med kronisk tretthet. I tillegg arrangeres mestringkurs for pasienter på enkelte lærings- og mestringssentre og Var-

«Det finnes ingen spesifikk behandling for kronisk tretthet.»

desentre (sentre for kreftrammede og pårørende etablert av Kreftforeningen og helseforetakene på enkelte sykehus). Psykostimulantia (metylfenidat og modafinil) har vært brukt enkelte steder i utlandet, men tilbys ikke disse pasientene i Norge på grunn av manglende dokumentert effekt.

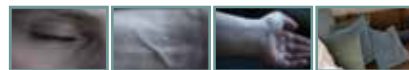
Alt helsepersonell som møter kreftoverlevende, bør ha kunnskap om kronisk tretthet og om tiltak som kan avhjelpe plagene. Selv om enkelte kreftoverlevende kontrolleres hos kirurg eller onkolog, vil likevel fastlegene være dem som oftest møter kreftoverlevende med kronisk tretthet. Fastlegen kan bidra med informasjon om tilstand og tiltak, slik som energiøkonomisering, fysisk aktivitet og kognitiv terapi. Fastlegen vil også ha kunnskap om komorbiditet og risikofaktorer hos den enkelte pasient. Videre vil fastlegen være sentral i administrering av trygdeordninger slik at pasienten kan få en arbeidssituasjon som hun/han kan mestre. Det er derfor naturlig at utredning og oppfølging av disse pasientene først

og fremst er fastlegens ansvar.

Denne artikkelen sto først på trykk i Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 21/2017. ■

REFERANSER

1. Stone P, Richardson A, Ream E, et al. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. *Cancer Fatigue Forum*. Ann Oncol. 2000;11:971–5.
2. Lawrence DP, Kupelnick B, Miller K, et al. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;32:40–50.
3. Bower JE. Cancer-related fatigue – mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol*. 2014;11:597–609.
4. Reinertsen KV, Engebraaten O, Loge JH, et al. Fatigue during and after breast cancer therapy – a prospective study. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53:551–60.
5. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, et al. Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res*. 1993;37:147–53.
6. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, et al. Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. *Palliat Med*. 2008;22:13–32.
7. Bower JE, Bak K, Berger A, et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014;32:1840–50.
8. Howell D, Keshavarz H, Broadfield L, et al. A pan Canadian practice guideline for screening, assessment, and management of cancer-related fatigue in adults. Version 2 – 2015, Toronto. <http://www.capoca.ca> (23.08.2017).
9. Egeland T, Angelsen A, Haug R, et al. Hva er egentlig myalgisk encefalopati? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2015;135:1756–9.
10. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver TK, et al. A pan-Canadian practice guideline and algorithm: screening, assessment, and supportive care of adults with cancer-related fatigue. *Curr Oncol*. 2013;20:e233–46.
11. Stone PC, Minton O. Cancer-related fatigue. *Eur J Cancer*. 2008;44:1097–104.
12. Loge JH, Ekeberg O, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. *J Psychosom Res*. 1998;45:53–65.
13. Reinertsen KV, Cvanarova M, Loge JH, et al. Predictors and course of chronic fatigue in long-term breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2010;4:405–14.
14. Seland M, Holte H, Bjørø T, et al. Chronic fatigue is prevalent and associated with hormonal dysfunction in long-term non-Hodgkin lymphoma survivors treated with radiotherapy to the head and neck region. *Leuk Lymphoma*. 2015;56:3306–14.
15. Vistad I, Fosså SD, Kristensen GB, et al. Chronic fatigue and its correlates in long-term survivors of cervical cancer treated with radiotherapy. *BJOG*. 2007;114:1150–8.
16. Kyrødalen AE, Dahl AA, Hernes E, et al. Fatigue in hormone-naïve prostate cancer patients treated with radical prostatectomy or definitive radiotherapy. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2010;13:144–50.
17. Sprauten M, Haugnes HS, Brydøy M, et al. Chronic fatigue in 812 testicular cancer survivors during long-term follow-up: increasing prevalence and risk factors. *Ann Oncol*. 2015;26:2133–40.
18. Thong MS, Mols F, Wang XS, et al. Quantifying fatigue in (long-term) colorectal cancer survivors: a study from the population-based patient reported outcomes following initial treatment and long term evaluation of survivorship registry. *Eur J Cancer*. 2013;49:1957–66.
19. Frick MA, Vachani CC, Hampshire MK, et al. Survivorship after lower gastrointestinal cancer: patient-reported outcomes and planning for care. *Cancer*. 2017;123:1860–8.
20. Huang J, Logue AE, Ostroff JS, et al. Comprehensive long-term care of patients with lung cancer: development of a novel thoracic survivorship program. *Ann Thorac Surg*. 2014;98:955–61.
21. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, et al. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol*. 2000;18:743–53.
22. Broeckel JA, Jacobsen PB, Horton J, et al. Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol*. 1998;16:1689–96.
23. Kreissl S, Mueller H, Goergen H, et al. Cancer-related fatigue in patients with and survivors of Hodgkin's lymphoma: a longitudinal study of the German Hodgkin Study Group. *Lancet Oncol*. 2016;17:1453–62.
24. Abrahams HJ, Gielissen MF, Schmits IC, et al. Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. *Ann Oncol*. 2016;27:965–74.
25. Helsedirektoratet. Seneffekter etter kreftbehandling. Faglige råd. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-2551. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling-IS-2551.pdf> (nedlastet 04.09.2018).
26. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA Oncol*. 2017;3:961–8.
27. Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, et al. Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2016;34:2827–34.
28. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD006145.



3 KREFTOVERLEVERE om fatigue

”



KENNETH AAS, 30 ÅR
Fikk lymfekreft og beinkreft som barn. Han har en rekke senskader etter behandlingen, og andre helseskader.

Fatiguen preger hverdagen min på den måten at jeg trenger mer hvile enn andre.

Da jeg var 21, år deltok jeg i et forskningsprosjekt om senvirkninger etter kreftbehandling som barn. Der skåret jeg høyt på den skalaen som måler fatigue, fikk jeg vite av legene. Fatiguen har kommet gradvis. Hvor tidlig den startet, er vanskelig å si da jeg hadde helseutfordringer som kostet mye, også. Fatiguen preger hverdagen min på den måten at jeg trenger mer hvile enn andre. Nå jobber jeg fra 9 til 14 tre dager i uka. Per i dag er dette mer enn nok. Ønsket er å komme opp i 50 prosent arbeidsuke. Jeg er helt avhengig av treningen jeg gjør de to dagene i uka som jeg ikke jobber. Det må til for at kroppen skal fungere.

LES HANS HISTORIE PÅ SIDE 28

“

”



Fatigue er en usynlig senskade som styrer livet mitt.

BIRGITTE THORUP STÅLSETT, 54 ÅR
Fikk brystkreft i 2008 og sliter nå med fatigue.

LES HENNES HISTORIE PÅ SIDE 100

“

”



PERNILLE NÆSHEIM, 49 ÅR
Fikk livmorkreft i 2012 og fikk lymfødem og fatigue etter cellegiftbehandlingen.

Før var jeg utrolig sterk. Veltrent og aktiv på alle fronter.

Kontrasten kunne ikke vært større. Nå slet jeg med å komme meg fra sofa til kjøleskap. Når jeg kjente meg litt ovenpå, gjøv jeg løs, men kjente ikke min egen begrensning. Gang på gang smalt jeg i bakken med nok en runde rosen og nok en antibiotikakur. Fatigue synes ikke nødvendigvis så godt på utsiden, og folk rundt meg har nok ikke alltid innsett hvordan jeg hadde det. Da hjalp det å lage seg en setning som forklarte fort og tydelig: «Jeg er i kjempetin form, men det varer bare ikke så lenge.»

LES HENNES HISTORIE PÅ SIDE 50

“



SMERTER

*etter brystkreftbehandling
kan vare i årevis*



41 prosent av brystopererte kvinner opplever kroniske smerter. Forebygging og behandling av slike seneffekter er mangelfull.

FOR- FATTER



INGER SCHOU
BREDAL
Første-
amanuensis,
Kreftsentret,
Ullevål sykehus,
Oslo universi-
tetssykehus

NØKKEL- ORD

- Brystkreft
- Kronisk smerte

HOVED- BUDSKAP

Kronisk smerte etter brystkreftbehandling er et lite anerkjent helseproblem. 41 prosent av kvinner opplever kronisk smerte etter brystkreftbehandling i Norge. Årsakene er sammensatt for denne pasientgruppen, men smertene er ofte nevropatiske.

DOI-nummer:
10.4220/
Sykepleiens.
2018.72737

Foto: Marit Fonn

FAKTA

HVA ER SENTINEL NODE?

Det finnes en første lymfeknute i aksillen som drenerer lymfen fra brystet. Den kalles vaktpostlymfeknute eller sentinel node. Status til denne lymfeknuten reflekterer status for de andre lymfeknutene som drenerer fra samme område. Vaktpostlymfeknuten er dermed den første lymfeknuten som tar imot maligne celler fra primærtumor. Hvis vaktpostlymfeknuten ikke inneholder tumorceller, vil de øvrige lymfeknutene i aksillen med stor sannsynlighet være fri for metastaser og aksilledisseksjon vil være unødvendig.

Kilde: onkolex.no

NEVROPATISK SMERTE

Nevropatisk smerte oppstår på grunn av skade i nerver eller i hjernen. Denne typen smerte skiller seg fra den nociceptive smerten ved at det ikke er nødvendig med noen smertefremkallende stimuli, det er en «falsk» smerte.

Kilde: Norsk helseinformatikk
NHL.no

De siste tiårene har det vært en økning i forekomsten av brystkreft. I Norge er 90 prosent av pasientene i live fem år etter avsluttet behandling (1). Behandling av brystkreft innebærer operasjon, enten brystbevarende kirurgi eller fjerning av brystet. Fjerning av brystet gjøres med eller uten rekonstruksjon, fjerning av sentinel node og/eller fjerning av fettvevet med lymfeknuter i armhulen.

De aller fleste vil i tillegg til operasjon få en eller flere former for tilleggsbehandling, som stråleterapi, cellegift, endokrinbehandling, trastuzumab (antistoffer som reduserer risiko for tilbakefall) eller zoledronsyre (bisfosfonat som reduserer risikoen for utvikling av osteoporose og bedrer prognosen).

Seneffekter etter kirurgi og behandling for brystkreft kan være av både fysisk, psykisk og sosial art, eller en blanding av flere (2). Noen seneffekter kan komme raskt etter behandling, andre seneffekter kan være vanskeligere å tidfeste, mens noen kan komme etter flere år.

Seneffekter som er observert hos kvinner behandlet for brystkreft er smerte, fatigue, menopauseplager, vektøkning, lymfødem, søvnproblemer, seksuelle plager og lavt stoffskifte (hypothyreose). Seneffekter som påvirker hjertets funksjon, er også observert: rytmeforstyrrelse, dysfunksjon i venstre ventrikkle, betennelser (myo- og perikarditt) og annen sykdom i hjertemuskelen (kardiomyopati) og hjertesvikt. Andre seneffekter er kognitiv dysfunksjon, angst og depresjon (3). Denne artikkelen handler om kronisk smerte.

KRONISK SMERTE

Ifølge International Association for the Study of Pain (IASP) er smerte en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv. IASP skiller mellom akutt og kronisk

smerte. Kronisk smerte defineres som smerte med varighet på minst tre til seks måneder eller mer (4).

De fleste kvinner forventer å oppleve en viss grad av smerte etter en brystkreftoperasjon og at den skal gå over etter noen dager eller uker (5). Imidlertid opplever en del at smerten vedvarer i flere måneder eller år, eller at de en stund etter behandlingen får smerter som kommer og går eller vedvarer i flere år. Mye usikkerhet og redsel er knyttet til smerte.

Smerte kan også føre til insomni, depresjon, fatigue og dårligere seksualitet samt redusert livskvalitet (2). I verste fall kan smerten medføre at kvinnen blir helt eller

«Mye usikkerhet og redsel er knyttet til smerte.»

delvis uføretrygdet. En norsk studie fant at den hyppigste årsaken til uføretrygd hos brystkreftopererte var skulder- og armlager (6).

Prevalensen med kronisk smerte etter brystkreftoperasjon og behandling varierer fra 25 til 60 prosent (7). Den store variasjonen skyldes hovedsakelig ulikheter i studiene, ulik studiedesign, samt hvilke instrumenter som har vært benyttet for å kartlegge smerte.

I en dansk (8) og en norsk (9) studie fant man at prevalensen av kronisk smerte var henholdsvis 47 prosent ett til tre år etter operasjon og 41 prosent to til seks år etter operasjon. Begge studiene hadde brukt en numerisk skala (NRS) (0–10) for å måle intensiteten på smerte. I begge studiene satt man en skår ≥ 8 som definisjon på sterke smerter. I den danske studien rapporterte 13 prosent av pasientene med smerter at de hadde sterke smerter (8).



ETTERPÅ: Seneffekter etter brystkirurgi kan være av fysisk, psykisk og sosial art. Foto: Marit Fonn

Til sammenlikning fant forskerne i den norske studien at 8 prosent av pasientene med smerter rapporterte om sterke smerter (9).

LOKALISASJON AV SMERTE

De hyppigste lokalisasjonene for kronisk smerte etter brystkirurgi er smerter i det opererte brystområdet (60–86 prosent), fulgt av smerter i aksillen (48–63 prosent) og arm (29–57 prosent) (8, 9). Andre lokalisasjoner for kronisk smerte

kan være skulder, nakke, fingre, tær og ledd (8, 9).

Pasienter som har gjennomgått aksilledisseksjon, er mest utsatt for å få skulder- og armsmerter, i tillegg kan cirka 15–20 prosent få lymfødem, som kan være smertefullt (10). Også blant dem som kun har utført sentinel node-disseksjon, er det rapportert om smerte i skulder og arm hos 8 prosent av pasientene, samt lymfødem i 3,5 prosent av tilfellene etter to år (11).

Taxaner (cellegift) som brukes i behandling av brystkreft hos noen pasienter, gir hyppig perifer nevropati, men dersom nevropatien vedvarer, vil den gradvis bli redusert til et nivå som ikke påvirker pasientens livskvalitet etter tre til tretten år (12). For kvinner med østrogenreseptorpositive svulster anbefales østrogenantagonistbehandling (tamoxifen eller aromatasehemmere,

AH) i fem til ti år etter operasjon (13).

Vanlige bivirkninger ved endokrinbehandling er hetetokter, vektøkning, insomni og tørrhet i vagina, som medfører at samleie oppleves som smertefullt. Ledd-smerter og muskelsmerter er mest uttalt hos dem som bruker AH (14). Pasienter som seponerer AH før anbefalt behandlingstid, oppgir ofte ledd- og/eller muskelsmerter som årsak til at de slutter med AH (14).

Kronisk smerte som skyldes kirurgi, kan være nociceptiv eller nevropatisk. Nociceptive smerter er forårsaket av skade på kroppsvæv, for eksempel kuttskader, og går som regel over når skadet vev er tilhelet. Nevropatisk smerte kan vedvare og defineres som smerte som oppstår som en direkte konsekvens av en lesjon eller sykdom som affiserer det sentrale eller perifere somatosensoriske nervesystemet (15). Jung og medarbeidere (16) har klassifisert nevropatisk smerte som kan oppstå etter brystkreftkirurgi, i fire typer:

1. Fantombrystsmerter etter fullstendig fjerning av brystet (radikal mastektomi).

2. *Post mastectomy pain syndrom* (PMPS) er smerte og sensoriske forandringer i brystveggen, aksillen og proksimalt i overarmen, som har vart i mer enn tre måneder. PMPS kan forekomme hos kvinner som har fått gjort mastektomi eller brystbevarende kirurgi, og forårsakes oftest av skade på nerver som ligger mellom ribbena, og som går ut i armen (interkostale brachialis-nerver) (8).

3. Nevromsmerter: Nevromer er primært sammenfiltrede axoner som ikke er i stand til å regenerere. De kan oppstå i arrvev.

4. Andre typer nervesmerter: Disse inkluderer PMPS-liknende smerter uten aksilledisseksjon eller tilstander som er et resultat av kirurgisk skade av nervus thoracicus longus, nervus thoracodorsalis eller pektoralnervene.

RISIKOFAKTORER

Studier som har identifisert hva som kjennetegner brystkreftoverlevende med kronisk smerte, har kommet frem til varierende resultater. Dette kan skyldes ulike definisjoner av kronisk smerte, forskjellige instrumenter som ble benyttet til å kartlegge kronisk smerte, studiets design, tidsperspektivet, utvalgets størrelse samt hvilke faktorer som ble vurdert.

«Angst og depresjon gir trolig økt risiko for utvikling av kronisk smerte.»

Flere studier viser at unge kvinner (<50 år) (7, 8, 9) og kvinner som har gjennomført aksillær lymfeknudedisseksjon (6, 7, 17), har økt risiko for utvikling av kronisk smerte.

Av studiene som tok for seg adjuvant behandling, fant flere at adjuvant strålebehandling, men ikke kjemoterapi, økte risikoen for kronisk smerte (8, 17). To av studiene fant imidlertid at det var kombinasjonen av aksilledisseksjon, strålebehandling og kjemoterapi som økte risikoen for kronisk smerte (9). I studiene som undersøkte om overvekt (BMI > 25) var en risikofaktor for kronisk smerte, fant noen studier en sammenheng (7), mens andre studier ikke fant noen sammenheng mellom høy BMI og kronisk smerte (9).

Preoperativ smerte på grunn av andre smertefulle tilstander, som for eksempel leddgikt, rygg-smerter, fibromyalgi (9, 17) og postoperativ smerte (17), er identifisert som risikofaktorer for utvikling av

kronisk smerte. I en befolkningsstudie er de samme variabler som nevnt over også funnet å være risikofaktorer for kronisk smerte etter kirurgi generelt (18), samt i oversiktsartikler om kronisk smerte etter kirurgi (19, 20).

Hvorfor kronisk smerte før kirurgi og sterke smerter etter kirurgi er assosiert med høyere risiko for kronisk smerte, er fortsatt uklart. Det kan kanskje skyldes helsetilstanden før man ble syk, altså en genetisk disposisjon for begge typer smerte. Pasienter som opplever mye angst og depresjon før kirurgi, opplever sterkere smerte etter operasjon enn pasienter med lite angst og depresjon (20). Det er blitt hevdet at angst og depresjon trolig gir økt risiko for utvikling av kronisk smerte (21). Hvorvidt angst eller depresjon er en risikofaktor for utvikling av kronisk smerte etter brystkreftkirurgi, er fortsatt uklart (9).

Smerte opptrer sjelden alene. Flere studier har vist at smerte, fatigue og depresjon utgjør et konsistent «cluster», ofte kombinert med søvnforstyrrelse (22). Nyere forskning viser at symptomene smerte, fatigue og depresjon har felles biologiske markører inkludert genetiske, immunologiske og/eller hormonelle faktorer (23).

HVORDAN FORHINDRE SMERTE?

Inntil år 2000 ble alle pasienter i Norge med brystkreft operert med aksilledisseksjon. Som følge av endrete retningslinjer for hvem som trenger denne operasjonen, er det nå bare cirka 20 prosent av alle med brystkreft som trenger dette inngrepet i aksillen.

I tillegg opereres nå stadig flere med brystbevarende operasjon. Hele 82 prosent av pasienter med svulster under 30 mm fikk brystbevarende operasjon i Norge i 2015 (24). Det er grunn til å tro at mer brystbevarende kirurgi og mindre aksilledisseksjon vil kunne redusere forekomsten av kronisk



SMERTEFULLT:

Kronisk smerte etter brystkirurgi forekommer oftest i det opererte området. Smerte i armhulen og armen er også vanlig. Foto: Marit Fonn

smerte etter brystkreftoperasjoner.

Videre er det viktig å påse at alle pasienter som har fått gjort en aksilledisseksjon, får rekvisisjon til fysioterapeut og gjøres oppmerksom på egentrening for å unngå skulder- og armsmerter.

God smertelindring postoperativt av nociceptive, inflammatoriske og nevropatiske smerter antas å redusere risikoen for kronisk smerte (19). I tillegg vil god

smertelindring i den postoperative fasen redusere smerteindusert immobilisering og muliggjøre raskere mobilisering og rehabilitering av bevegelsesfunksjoner (25).

Ut fra litteraturen om kronisk smerte generelt vet vi at immobilisering øker risikoen for langvarig nevropatisk smerte (19). Pasienter bør oppmuntres til å være fysisk aktive, da det ser ut til at fysisk aktivitet beskytter mot å utvikle smerte gjennom å aktivisere smer-

tereduserende mekanismer (26).

Pasienter bør informeres om betydningen av å være godt smertelindret postoperativt. De bør altså ikke vente til de har veldig vondt før de bruker smertestillende. Alle pasienter bør få en resept på smertestillende medikamenter før operasjon, slik at de har smertestillende medikamenter tilgjengelig når de utskrives fra sykehuset.

Kvinner som opplever smerte ved samleie grunnet tørre slimhinner, kan bruke Replens MD vaginalgel, som er et hormonfritt langtidsvirkende legemiddel som styrker slimhinnen i skjeden.

Pasienter som har blitt behandlet for brystkreft, skal kontrolleres i ti år (27). Det er viktig at helseper-

«Pasienter som har blitt behandlet for brystkreft, skal kontrolleres i ti år.»

sonell etterspør om pasienten har smerter, samt smertens alvorlighetsgrad på rutinekontrollene. Pasienter med alvorlige smerter bør henvises til en smerteklinikk eller smerteekspert.

KONKLUSJON

41 prosent av kvinner opplever kronisk smerte etter brystkreftbehandling i Norge. Som oftest er smerten nevropatisk. Selv om vi i dag vet mer om årsakene og mekanismene som fører til kronisk smerte, samt hvilke pasienter som er i risikogruppe for å utvikle kronisk smerte, er forbygging og håndtering av smerte mangelfull. ■

REFERANSER

1. Krefregisteret. Cancer in Norway. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Krefregisteret; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.krefregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106.pdf> (nedlastet 02.10.2018).
2. Fosså SD, Loge JH, Dahl AA, red. Krefteoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
3. Bodai BI, Tusso P. Breast cancer survivors: a comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. *Perm J*. 2015;19(2):48–79.

4. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: WA: IASP Press; 1994. Tilgjengelig fra: <https://pdfs.semanticscholar.org/281f/3f5476d2444bb53553f473ec83634e090ee2.pdf>

5. Hovind IL, Bredal IS, Dihle A. Women's experience of acute and chronic pain following breast cancer surgery. *JCN*. 2013;22:1044–52.

6. Fisman K, Stanghelle JK. Rehabilitation of women with breast cancer; five year follow-up. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2007;127(9):1207–9.

7. Macdonald L, Bruce J, Scott NW, Smith WC, Chambers WA. Long-term follow-up of breast cancer survivors with post-mastectomy pain syndrome. *Br J Cancer*. 2005;92:225–30.

8. Gartner R, Jensen MB, Nielsen J, Ewertz M, Kroman N, Kehlet H. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA*. 2009;302:1985–92.

9. Schou Bredal I, Smeby NA, Ottesen S, Warncke T, Schlichting E. Chronic pain in breast cancer survivors: comparison of psychosocial, surgical and medical characteristics between survivors with and without pain. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(5):852–62.

10. Hidding JT, Beurskens CH, van der Wees PJ, van Laarhoven HW, Nijhuis-van der Sand MW. Treatment related impairments in arm and shoulder in patients with breast cancer: a systematic review. *PloS One*. 2014;9(5):e96748.

11. Langer I, Guller U, Berclaz G, Koehli OR, Schaer G, Fehr MK, et al. Morbidity of sentinel lymph node biopsy (SLN) alone versus SLN and completion axillary lymph node dissection after breast cancer surgery: a prospective Swiss multicenter study on 659 patients. *Ann Surg*. 2007;245(3):452–61.

12. Osmani K, Vignes S, Aissi M, Wade F, Milani P, Levy BI, Kubis N. Taxane-induced peripheral neuropathy has good long-term prognosis: a 1 – to 13-years evaluation. *J Neurol*. 2012;259:1936–43.

13. HelseDirektoratet. Norsk Bryst Cancer Gruppe (NBCG) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft. [internet]. Oslo: HelseDirektoratet; 2018 [lesdato; 27.09.18]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/brystkreft/adjuvant-systemisk-behandling/adjuvant-hormonbehandling>

14. Sestak I, Cuzick J, Sapunar F, Eastell R, Forbes JF, Bianco AR, Buzdar AU; ATAC Trialists Group. Risk factors for joint symptoms in patients enrolled in the ATAC trial: a retrospective, exploratory analysis. *Lancet Oncol*. 2008;9(9):866–72.

15. Treede RD, Jensen TS, Cambell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading

system for clinical and research purposes. *Neurology*. 2008;78(18):1630–5.

16. Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL, Dworkin RH. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain*. 2003;104(1–2):1–13.

17. Sheridan D, O'Shea H, Williams L, Colvin L. Long-term follow-up of pain and emotional characteristics of women after surgery for breast cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2012;44(4):608–14.

18. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain*. 2012;153:1390–96.

19. Kehlet H, Jensen TS, Woolf C. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367(13):1618–25.

20. Nielsen PR, Ridin Å, Werner MU. Prediction of postoperative pain. *Curr Anaesth Crit Care*. 2007;18:157–65.

21. Wiech K, Tracey I. The influence of negative emotions on pain: behavioral effects and neural mechanisms. *NeuroImage*. 2009;47:987–94.

22. Langford DJ, Paul SM, Cooper B, Kober KM, Mastick J, Melisko M, et al. Comparison of subgroups of breast cancer patients on pain and co-occurring symptoms following chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2016;24(2):605–14.

23. Doong SH, Dhruva A, Dunn LB, West C, Paul SM, Cooper BA, et al. Associations between cytokine genes and a symptom cluster of pain, fatigue, sleep disturbance, and depression in patients prior to breast cancer surgery. *Biol Res Nurs*. 2014.

24. Krefregisteret. Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft. Oslo: Krefregisteret; 2018. Tilgjengelig fra: [https://www.krefregisteret.no/Registre/Kvalitetsregistrene/Brystkrefregisteret/\(nedlastet 02.10.2018\)](https://www.krefregisteret.no/Registre/Kvalitetsregistrene/Brystkrefregisteret/(nedlastet 02.10.2018)).

25. Stubhaug A, Breivik H. Can acute pain relief prevent chronic persistent postoperative neuropathic pain? I: Breivik H, Shipley M, red. Aspects of pain from best practice and research in anaesthesiology and rheumatology. London: Elsevier; 2006.

26. Landmark T, Romundstad P, Borchgrevink PC, Kaasa S, Dale O. Associations between recreational exercise and chronic pain in the general population: evidence from the HUNT 3 study. *Pain* 2011;152(10):2241–71.

27. HelseDirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft. Oslo: HelseDirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-pasienter-med-brystkreft>

NÅR OG HVOR MYE INFORMASJON?

- Svært mange kreftpasienter sier de har fått for lite eller ingen informasjon om mulige senskader av kreftbehandlingen de har vært igjennom.
- Har helsepersonell for lite kunnskap? Ønsker de å skjerme pasienten fra mer dårlige nyheter? Det er mange grunner til å holde tilbake informasjon, men er de egentlig gode nok?

Mange kreftoverlevende føler seg ikke friske

SIDE

120



Unge kreftoverlevende mener helsepersonell mangler kunnskap om seneffekter



Det siste tabuet om kreft

Forsker Ingrid Orre fikk selv kreft

SIDE

124

SIDE

130

Tre kreftsykepleiere om hva pasienten bør vite



SIDE

134

FOR- FATTER



BENTE ØVERLI
Spesialrådgiver,
Kreftforeningen

NØKKEL- ORD

- Kreftforeningen
- Kreftlinjen
- Kreft-koordinatorene
- Seneffekter

FAKTA

Spørreundersøkelse om kreft og rehabilitering

Undersøkelsen er gjennomført av Kreftforeningen sommeren 2018. Respondentene er alle fra Kreftforeningens brukerpanel. Undersøkelsen ble sendt ut til rundt 1500 personer, og av dem har rundt 1100 svart (svarprosent på 72). Av respondentene er 67 prosent kvinner og 33 prosent menn. Snaut 80 prosent er i alderen 40–69 år. En hovedrapport kommer ved utgangen av 2018.

KREFT SETTER SPOR LENGE ETTER AT BEHANDLINGEN ER OVER

Mange kreftoverlevende har store problemer med å bruke ordet «frisk» om sin egen helsetilstand.

Nesten 90 nordmenn får kreft hver dag, noe som betyr 32 500 nye tilfeller hvert år. Antallet øker hvert eneste år, og det lever hele 263 000 personer i Norge som har, eller har hatt, kreft (tall fra Kreftregisteret, 2016).

Dette store tallet rommer dermed også livene til alle dem som har overlevd: kreftoverlevende. Blant dem er det mange som har store problemer

med å bruke begrepet «frisk» om sin egen helsetilstand fordi kreft setter spor lenge etter at behandlingen opphører.

EN KVART MILLION

Med Kreftforeningens strategi for 2016–2019 ønsker vi å bidra til at Norge innen 2020 skal bli et foregangsland for gode pasientforløp, og at pasienter og pårørende skal

ha bedre livskvalitet. I dette ligger blant annet økt kunnskap og forskning om hva som gir mer livsglede og bedre livskvalitet og levekår, spesielt for dem som lever med uhelbredelig kreft eller seneffekter. Tilsvarende overordnede mål finnes i regjeringens nasjonale kreftstrategi *Leve med kreft (2018–2022)*.

Ifølge Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling har 75 prosent av alle kreftpasienter en lav risiko for seneffekter og vil dermed få sine oppfølgingsbehov dekket gjennom fast-

«Svært mange kreftpasienter har ulike og mangeartede seneffekter.»

lege og egenomsorg. Tjue prosent har moderat risiko for seneffekter og et tilsvarende moderat behov for oppfølging i regi av fastlegen og/eller spesialisthelsetjenesten, mens 5 prosent har høy risiko for seneffekter og dermed et stort behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

Når antallet kreftoverlevende per i dag utgjør over en kvart million, vil det si at de to siste gruppene er betydelige i omfang.

DEN NYE NORMALEN

Det er ofte utfordrende å avdekke og kartlegge seneffekter av kreftbehandling hos en kreftoverlever. For det første kan det gå lang tid fra behandlingen er avsluttet, til seneffekter oppstår og utvikles (opptil 10–30 år). Vi må også være forberedt på seneffekter som følge av ny og persontilpasset behandling. Disse

58 %

er helt eller delvis uenige i at de har fått tilstrekkelig informasjon om faren for seneffekter av kreftbehandlingen.

91 %

er helt eller delvis enige i at det er en fordel å få vite om faren for senskader tidligst mulig.

47 %

er helt eller delvis enige i at helsepersonell har nok kunnskap om seneffekter.

Tallene er fra Kreftforeningens spørreundersøkelse (se faktaboks).

«Det å overleve kreft kan ha sin pris i form av fysiske, psykiske og sosiale senskader.»

«Pasienter som sliter med senskader, får nok ikke den oppfølgingen de trenger.»

seneffektene vet vi foreløpig svært lite om fordi slik behandling er helt i startfasen.

Tilstandene kan også være vanlige i befolkningen for øvrig, slik at koplingen til tidligere kreftbehandling oversees. En del seneffekter kan vedvare over lang tid.

Videre er det flere seneffekter det ikke finnes tilstrekkelig behandling for. Å leve med plagene og utfordringene etter beste evne og tilpasse seg «den nye normalen» blir dermed det viktigste for mange. At pasienter og pårørende får god informasjon og veiledning om dette, samt nødvendig tilrettelegging i hverdagsliv og arbeidsliv, er essensielt for å håndtere livet etter kreftsykdom best mulig.

TILTAK FOR EN BEDRE HVERDAG

Når flere får kreft, flere lever lenger med kreft og flere heldigvis overlever kreft, øker også antallet mennesker som lever med plagsomme seneffekter av kreftbehandling. Det å overleve kreft kan ha sin pris i form av fysiske, psykiske og sosiale senskader.

Vi vet at informasjon og kunnskap om seneffekter, hvordan disse kan håndteres, og hvem som kan bistå med dem, er mangelfull hos pasienter og pårørende, men også hos helsepersonell og andre, som for eksempel arbeidsgivere og Nav.

Vi vet også noe om hvordan vi med konkrete tiltak kan spre informasjon og kunnskap til ulike målgrupper, som til sammen vil bidra til at kreftoverlevende med seneffekter får en bedre hverdag.

SENEFFEKTER

I 2018 har vi gjennomført en ny undersøkelse om kreft og rehabilitering, denne gangen med utgangspunkt i Kreftforeningens brukerpanel.

Brukerpanelet skal gi lett og rask tilgang til informasjon om kreft-rammedes opplevelser, erfaringer, kunnskap og refleksjoner. Panelet består av personer som selv har krefterfaring, enten som pasient eller pårørende, og som besvarer nettbaserte undersøkelser fra Kreftforeningen. Deltakerne er i hovedsak rekruttert via Kreftforeningens Facebook-side, våre nettsider eller gjennom ulike arrangementer eller annonser.

Årets undersøkelse har langt flere spørsmål om seneffekter enn den forrige undersøkelsen fordi vi trenger mer oppdatert kunnskap om dette. Overordnet svarte hele 84 prosent at de har opplevd tretthetsfølelse, utmattelse og fatigue; 72 prosent har opplevd konsentrasjons- og hukommelsesvansker.

Smarter, fatigue og økonomiske problemer

Mer enn 60 prosent av respondene har opplevd fysiske smerter, nedsatt bevegelighet og/eller muskelkraft, seksuelle problemer, søvnproblemer og følelsesmessige reaksjoner som nervøsitet, nedstemthet, bekymring og uro. Videre rapporterer over 60 prosent om at det er utfordrende å delta i fritidsaktiviteter eller samfunnsliv, og over halvparten har hatt problemer med enten å komme tilbake til jobb eller utdan-

ning eller utfordringer med å stå i jobb eller utdanning.

Over halvparten melder også om at økonomiske problemer i stor grad har vært en belastning.

Etterlyser informasjon

Nærmere 60 prosent svarer at de er helt eller delvis uenige i at de har fått tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell om mulige seneffekter som kunne oppstå som følge av behandlingen de fikk. Over 90 prosent er helt eller delvis enige i at det er en fordel å få vite mest mulig om seneffekter så tidlig som mulig.

Når de blir spurt om helsepersonell de har vært i kontakt med, har god kunnskap om seneffekter, svarer snaut halvparten at de er helt eller delvis enige, mens de resterende enten er uenige eller svarer at de ikke vet. Sekstiseks prosent er helt eller delvis enige i at det var anledning til å ta opp med helsepersonell de plagene og utfordringene de har hatt.

Til sammen viser dette at svært mange kreftpasienter har ulike og mangerte seneffekter, at de etterlyser mer informasjon og kunnskap om dette hos helsepersonell de møter, og ikke minst at de ønsker å få informasjon tidlig.

HVA GJØR KREFTFORENINGEN?

Kreftforeningen jobber bredt med seneffekter. Vi er opptatt av tilbud og tiltak knyttet til informasjon og veiledning, og vi er opptatt av å styrke forskningsinnsatsen. I 2018 har vi lyst ut 54 millioner kroner basert på innsamlede midler fra Krafttak mot kreft og Rosa Sløyfe, hvor begge disse

«Det er et ubetinget gode å bli satt i stand til å håndtere egne plager og utfordringer bedre.»

«Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp.»

aksjonene har hatt senefekter som tema.

I tillegg jobber vi også med tematikken politisk, slik at kartlegging og oppfølging av senefekter skal få sin rettmessige plass i nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling, i pakkeforløp, i den nasjonale kreftstrategien og i praktisk og klinisk behandling og oppfølging.

Kreftlinjen

Kreftforeningen tilbyr pasienter, pårørende, fagpersoner og publikum råd om kreft, behandling og rettigheter gjennom Kreftlinjen. Kreftlinjen er en tjeneste der spesialsykepleiere, sosionomer og jurister kan kontaktes via telefon, chat eller e-post, og har åpent alle hverdager.

På Kreftlinjen ser vi en liten økning de siste årene i antallet henvendelser som gjelder senefekter, og dette ser ut til å øke ytterligere i 2018. Mens den desidert største årsaken til henvendelser gjelder mistanke om kreft og symptomer, inntar spørsmål om kreftundersøkelser og senefekter henholdsvis andre- og tredjeplassen.

Kreftkoordinatorer

Også kreftkoordinatorer i kommunene får et økende antall henvendelser fra pasienter og pårørende om utfordringer med senefekter. Kreftforeningen har siden 2012 opprettet og delvis finansiert en rekke stillinger som kreftkoordinator i kommunene, og per i dag dekker disse om lag 80 prosent av befolkningen.

Når det gjelder oppfølging av personer med senefekter, kan følgende sitat illustrere de erfaringene som flere kreftkoordinatorer har: «Jeg vurderer at de pasienter og pårørende som tar kontakt, får god oppfølging, men vi når ikke alle. Pasienter som sliter med senskader og bivirkninger etter kreftbehandling, får nok ikke den oppfølgingen de trenger.»

Folkemøter

Kreftforeningen har de siste to årene arrangert en rekke folkemøter om kreft og senefekter i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for senefekter etter kreftbehandling. Møtene holdes i de største byene i landet, med fulle hus, kø for å komme inn og høyt engasjement. Etterspørselen etter mer kunnskap, flere folkemøter og ulike arenaer og kanaler for informasjon er svært stor.

Med disse møtene dekker vi helt klart et behov for informasjon og kunnskap, men tilbakemeldingene vi får fra kreftrammede og helsepersonell før, under og etter møtene, viser at behovet er mye større enn det vi har mulighet til å dekke. Det samme erfarer den nasjonale kompetansetjenesten, som også får et økende antall henvendelser om å holde foredrag og presentasjoner og å spre kunnskap.

Kreftfri, frisk?

Kreftforeningen skal høsten 2018 sette opp utstillingen Kreftfri, frisk? i Kreftforeningens Vitensenter. Gjennom film, lydklipp, illustrasjoner, tekst og oppgaver vil publikum

få mer kunnskap om og forståelse for hvordan det kan være å leve med senefekter etter kreft. Utstillingen vil bli supplert med flere folkemøter med utvalgte temaer som fatigue og arbeidsliv.

Folkemøter, temamøter, utstilling og annet informasjonsarbeid er delvis dekket gjennom prosjektmidler fra Extrastiftelsen. Målsettingen for prosjektet er at pasienter og pårørende, samt helsepersonell, arbeidsgivere og Nav, får mer informasjon og kunnskap om senefekter og senskader etter kreftsykdom, og hvordan disse kan håndteres og mestres for at livet kan leves på en best mulig måte.

AVSLUTNING

Vi mener at det har stor samfunnsmessig verdi at frivillige bruker- og interesseorganisasjoner utvikler og igangsetter tiltak i samarbeid med offentlige virksomheter og instanser.

Kreftforeningen jobber hver dag med å styrke og videreutvikle de tilbudene som gir økt mestring og livskvalitet for alle som lever med senefekter etter kreftsykdom. Vi tror at vi med tiltakene vi gjennomfører, bidrar til å dekke et behov hos målgruppen.

Det er et ubetinget gode å bli satt i stand til å håndtere egne plager og utfordringer bedre. Mer, bedre og lettere tilgjengelig informasjon er derfor viktig, både for mestring av sykdom i seg selv, men også for å forebygge andre sosiale og helsemessige utfordringer.



HELSEPERSONELL MANGLER KUNNSKAP *om seneffekter*

Unge kreftpasienter savner råd og veiledning fra helsepersonell om hva de kan forvente i tiden etter behandlingen.

Det diagnostiseres tre ganger så mange krefttilfeller i dag som for 50 år siden. Kreftbehandlingen blir stadig bedre, og antallet kreftoverlevende øker. Konsekvensen er at flere får seneffekter og lever med daglige utfordringer knyttet til disse.

For en yngre pasient kan det å få en kreftdiagnose innebære flere og mer sammensatte utfordringer enn for eldre, fordi yngre pasienter lever lenger og dermed er mer utsatt for seneffekter.

Bakgrunnen for at jeg ønsket å undersøke temaet, var at flere av mine pasienter ga uttrykk for et utilstrekkelig informasjonstilbud om tiden etter kreftbehandlingen. Videre har mediene i det siste satt søkelyset på kreftoverlevende og hvordan seneffekter påvirker deres liv etter kreftbehandlingen.

Min erfaring med yngre kreftpasienter behandlet med cellegift i kurativ hensikt er at de tenker at de er «friske» når cellegiftkuren er over, og at livet skal bli som før kreftbehandlingen. Samtidig har jeg ofte tenkt på hvordan det går med disse kreftpasientene i ettertid.

LIVET ETTER KREFTBEHANDLING

Stavanger Aftenblad publiserte tidligere i år en artikkel der de belyste kreftpasienters mangelfulle informasjon og oppfølging ved seneffekter etter kreftbehandling (1). Ifølge Kreftforeningen opplever unge kreftoverlevende mellom 19 og 39 år at de ikke får tilstrekkelig informasjon om seneffekter.

Kreftforeningen henviser til en spørreundersøkelse utført av forskere ved Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling. Dette er en studie som ikke er avsluttet, men foreløpige tall viser at 70–80 prosent har et udekket informasjonsbehov, og at 50 prosent selv hadde søkt på internett etter slik

«70–80 prosent har et udekket informasjonsbehov.»

informasjon. Videre påpeker Kreftforeningen at det er et stort behov for kunnskap blant helsepersonell, og de opplever stor etterspørsel etter kurs om seneffekter (2).

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utarbeidet nylig en ny nasjonal kreftstrategi for 2018–2022, Leve med kreft (3). HOD jobber for økt brukermedvirkning for kreftpasientene. Det kan gjøres ved at kreftpasientene får mer informasjon om sin egen situasjon, og det kan føre til at de mestrer sykdom og egen hverdag bedre. Det trengs med andre ord mer kunnskap på dette feltet hos sykepleierne.

METODE

Denne artikkelen er en litteraturstudie, basert på fem kvalitative forskningsartikler. Søkene ble gjennomført i fagdatabasene Cinahl, Medline, Pubmed og Svemed+ fra desember

FOR-
FATTER



ANNE LISE
BÆRHEIM
Kreftsyke-
pleier, Helse
Stavanger

NØKKEL-
ORD

- Cellegift
- Informasjon

HOVED-
BUDSKAP

Kreftoverlevende har et udekket informasjonsbehov. Når pasientene får kunnskap og informasjon om sin egen situasjon, kan det bidra til at de gjenviner kontroll og gjenoppretter en følelse av trygghet. Lærings- og mestringssentrene på sykehusene bør utvikle gruppetilbud til kreftpasientene og gi dem kunnskap til å mestre sin egen hverdag.

DOI-nummer:
10.4220/
Sykepleiens.
2018.72213

Foto: Erik M. Sundt

2017 til februar 2018. Søkeord som *cancer survivor*, *cancer*, *survivor* og *young adults* ble benyttet.

Opgavens overordnede hensikt var å øke kreftpasienters livskvalitet og samtidig øke kreftsykepleieres bevissthet om seneffekter. Funnene i studiene beskrev erfaringer og utfordringer kreftpasienter i alderen 15–40 år, som var ferdigbehandlet for sin kreftsykdom, hadde fra tiden etter behandling.

FØLER SEG UFORBEREDT

Konsekvensen av at kreftbehandling stadig blir bedre og antallet kreftoverlevende blir høyere, er at flere pasienter får seneffekter og lever med utfordringer i hverdagen (4, 5). Forskningen viser at unge voksne som har avsluttet kreftbehandling i spesialisthelsetjenesten, føler seg uforberedt på psykiske og fysiske utfordringer i tiden etter kreftbehandling.

Et sitat fra studien til Hauken, Larsen og Holsen (4) oppsummerer godt virkeligheten i dag og gir en god beskrivelse av hvordan informanten opplevde tiden etter avsluttet kreftbehandling på sykehuset:

Den dagen jeg forlot sykehuset, var slutten på deres ansvar. De hadde gjort hva som ble forventet av dem, og hatt suksess til en viss grad ... Jeg savnet at noen tok ansvar. Det jeg savnet mest, var nok informasjon om hva jeg kunne forvente meg, og hvordan jeg burde gjøre ting. (4, s. 20; min oversettelse.)

I alle de fem forskningsartiklene som ble analysert, fremheves det at pasientene har et økt behov for informasjon, og at deres hovedutfordringer var at de opplevde at helsepersonell manglet kunnskap både om deres behov i tiden etter kreftbehandling og om seneffekter av kreftbehandling.

SAVNER EMPATI

Videre i studien til Hauken og medarbeidere (4) ga informantene uttrykk for at det var lite oppmerksomhet rundt disse problemstillingene blant helsepersonell. I studien til Kent og medarbeidere (6) uttrykte kreftpasientene at de savnet empati i møte med helsepersonell når det gjaldt

seneffekter og hvordan disse innvirket på deres liv.

I studien til Hauken og medarbeidere (4) er følgende sitat fra en av informantene ganske dekkende:

Jeg hørte ingenting om [seneffekter] under behandlingen eller da jeg var ferdig med behandlingen. Jeg tror ikke de har kunnskaper om dette. (4, s. 20; min oversettelse.)

INDIVIDUELT TILPASSET

Videre i studien til Hauken og medarbeidere (4) kommer det frem at kreftpasientene opplever at helsepersonell dokumenterer det de gir uttrykk for, men at de ikke handler. Pasien-

«Kreftpasientene legger vekt på viktigheten av at informasjon blir gitt slik at de forstår den.»

tene savner råd og veiledning av helsepersonell om hva de kan forvente i tiden etter avsluttet kreftbehandling.

Det fremkom også i studiene til Olsson, Jarfeldt, Pergert og Enskar (7) og Kent og medarbeidere (6) at kreftpasientene ønsker mer individuelt tilpasset informasjon ut fra deres alder og situasjon. De legger vekt på viktigheten av at informasjon blir gitt slik at de forstår den.

Informantene gir videre uttrykk for at det er av stor betydning at helsepersonell har kunnskap til å forklare det de lurer på ut fra informasjon de finner via internett eller andre kilder.

I studien til Olsson og medarbeidere (7) gir kreftpasientene også uttrykk for at de ønsker skriftlig informasjon om seneffekter etter cellegiftbehandling allerede i behandlingsfasen på sykehuset. Studien til Thompson, Palmer og Dyson (8) finner også at pasientene har behov for mer informasjon om seneffekter

allerede under behandlingen på sykehuset.

GJENVINNE KONTROLL

Studien til Matheson og medarbeidere (8) konkluderer med at når pasientene får kunnskap og informasjon om sin egen situasjon, kan det bidra til at de gjenvinner egen kontroll og gjenoppretter en følelse av trygghet.

Flere studier viser at det å få snakke med og få informasjon av likemenn, som er på samme alder, er positivt for å mestre egen situasjon og bidrar til god mestring (4, 6, 7, 9). En av Hauken og medarbeidere (4) sine informanter beskriver dette godt:

Jeg ble kjent med en spesiell dame som har vært gjennom det samme som meg. Vi utvekslet mange erfaringer og snakket mye med hverandre, og vi hadde mye til felles. Ja, det er ganske stor forskjell å snakke med henne i forhold til andre som prøver å forstå min situasjon, som min mann, fordi hun forstår virkelig situasjonen. Jeg synes det er en stor forskjell. (4, s. 23; min oversettelse.)

OPPFYLLER IKKE INFORMASJONSRETTE

Det er påfallende at det er et gjennomgående fenomen i alle artiklene at yngre kreftoverlevende erfarer at de ikke får nok informasjon om seneffekter og om tiden etter avsluttet kreftbehandling (4, 6–9). Det kan se ut som at kreftsykepleiere i spesialisthelsetjenesten ikke oppfyller sitt ansvar for pasientenes informasjonsrett om risiko og bivirkninger som er nedfelt i pasientrettighetsloven (10).

Jeg undrer meg over hva som kan være årsaken til dette. Det kan handle om at kreftpasientene ikke klarer å oppfatte informasjonen, eller at denne typen informasjon rett og slett ikke blir gitt.

HODET FUNGERER IKKE

Reitan (11) sier at det å ha vært gjennom en lang og omfattende kreftbehandling er krevende og kan medføre at en blir sliten. Etter å ha vært i en situasjon som er preget av langvarig psykisk stress over tid, kan det

være vanskelig å være mottakelig for å motta informasjon (11).

Videre påpeker Dahl (12) at cellegiften kan medføre at hodet ikke fungerer som før behandling, noe som også kan være med på å gjøre at informasjon som blir gitt, ikke blir oppfattet. Samtidig finner alle studiene at kreftpasientene opplevde manglende kunnskap hos helsepersonell om deres behov vedrørende seneffekter og hvilke behov man har i tiden etter cellegiftbehandlingen (4, 6–9).

SAVNER RÅD OG VEILEDNING

Videre fremhever studien til Hauken og medarbeidere (4) at kreftpasientene opplevde at det var lite oppmerksomhet rundt seneffekter blant helsepersonell. I studien til Kent og medarbeidere (6) savnet kreftpasientene empati fra helsepersonell om hvordan seneffekter påvirket deres liv i etterkant av behandlingen.

Disse funnene stemmer overens med mine egne erfaringer fra helsesektoren, der en gjerne hører helsepersonell gi uttrykk for at kreftpasientene burde være glade for at de lever.

Likevel kan det diskuteres hvor mye informasjon som skal gis på et så pass tidlig tidspunkt. Seneffektene kan oppstå lenge etter avsluttet behandling, og det er viktig å få frem at ikke alle utvikler plager i etterkant av behandlingen (13).

Hauken og medarbeidere påpeker likevel at kreftpasientene savner råd og veiledning fra helsepersonell om hva de kan forvente i tiden etter behandlingen. Kreftpasientene har en opplevelse av at det de forteller, blir dokumentert, men at det ikke fører til noen tiltak (4).

Dette støttes av studien til Thompson og medarbeidere (8), hvor det i tillegg fremheves at pasientene har et ønske om å få informasjon om seneffekter allerede under behandlingen. De ønsker at informasjonen gis skriftlig (7).

UTFORDRING MED FLERE OPPLYSNINGER

Jeg tenker at det å få informasjon om

seneffekter tidlig i behandlingsforløpet kan passe for noen, men ikke for alle. Ifølge Reitan (11) kan det å få informasjon om forventede seneffekter medføre en ekstra belastning for en kreftpasient som allerede er i en psykisk stressende situasjon.

Om det blir en ekstra belastning eller ikke, avhenger av personens evne til å mestre livets ulike utfordringer, og det igjen kan påvirkes av mange ulike faktorer som alder, kjønn, personlige forutsetninger og interesser, tidligere erfaringer med stress, krise og sykdom, og ikke minst motstandskraft mot påkjenninger (11).

Min erfaring er at det ofte kan bli

«For at mennesker skal mestre utfordringer i livet, må de oppleve en sammenheng i det som skjer.»

mye informasjon for kreftpasientene gjennom behandlingsforløpet. For noen kan det bli en utfordring med enda flere opplysninger, mens for andre kan mer informasjon være med på å bidra til en bedre mestringsopplevelse.

Det fremkom også i studiene til Kent og medarbeidere (6) og Olsson og medarbeidere (7) at kreftpasientene ønsker mer tilpasset og individuell informasjon, og de understreker at det er viktig at informasjonen som gis, er forståelig. Kreftpasientene trenger informasjon av ulike grunner.

MENINGSSAMMENHENG

Studien til Matheson og medarbeidere (9) finner at når kreftpasientene får informasjon om sin egen situasjon, kan det være med på å hjelpe dem med å gjenopprette en følelse av trygghet og få kontroll.

Sosiologen Antonovsky sier at

for at mennesker skal mestre utfordringer i livet, må de oppleve en sammenheng i det som skjer. Ifølge Antonovsky må de stressfaktorene kreftpasientene opplever, settes i en meningssammenheng. Da kan de også lettere mestre sin egen situasjon (11).

Dette mener jeg kan være en forklaring på hvorfor kreftpasientene ønsker informasjon og kunnskap: De søker en opplevelse av sammenheng, som igjen vil gi dem en mestringfølelse. Ifølge Reitan (11) kan en annen forklaring være at de ønsker å oppleve at de kan påvirke sitt eget liv og dermed oppleve en større grad av mestring.

KUNNSKAPSMANGEL

Funn i de inkluderte artiklene viser at en årsak til at kreftpasientene ikke får nok informasjon, kan være kunnskapsmangel hos kreftsykepleierne (4, 6–9). Kreftsykepleieren har en viktig rehabiliterende funksjon for disse kreftpasientene, noe som blant annet innebærer at de underviser, reduserer stress og støtter opp om mestringressurser (14).

Det er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven at en av sykehusets fire viktigste oppgaver er opplæring av pasienter (15). Det å rehabiliterer kreftpasienten vil si at en hjelper dem til å leve et så normalt liv som mulig med den beste oppnåelige livskvaliteten ut fra situasjonen de er i (14). Kreftsykepleieren har da en viktig rolle i å imøtekomme kreftpasientenes behov.

Kreftpasientene gir altså selv uttrykk for et informasjonsbehov som er større enn det de blir møtt med. Flere studier viser at det å snakke med og treffe likemenn er positivt for å kunne mestre egen situasjon.

MESTRINGSENTRE

Ut fra dette tenker jeg at en mulighet er å benytte lærings- og mestringssentrene på sykehusene til å utvikle gruppetilbud til kreftpasientene for å gi dem kunnskap til å mestre egen hverdag på en god måte og treffe andre i samme situasjon (4, 6, 7, 9).

Som kreftsykepleier tenker jeg at pasienter som er med i et gruppetilbud, vil få informasjon, møte likemenn og kunne dele erfaringer. Dette er tiltak som vil være med på å dekke deres behov, de vil få anledning til å dele erfaringer, og det kan gi dem en positiv mestringsfølelse. Samtidig kan informasjonen som gis, være med på å motvirke utvikling av seneffekter ved at de blant annet får informasjon om viktigheten av å ha en helsefremmende livsstil (13).

Vågan og medarbeidere (16) påpeker viktigheten av at kreftsykepleiere har god pedagogisk kompetanse. Videre fremhever de seks viktige kompetanseområder for kreftsykepleiere for at de skal kunne gi pasientene et godt utbytte av lærings- og mestringsstilbudet.

Kompetansen som trengs for å kunne gi god informasjon er å være faglig oppdatert, ha kunnskap om kommunikasjon, mestring og pedagogikk, og kunne anvende den på riktig måte. Sist, men ikke minst er kreftsykepleierens personlige egenskaper, holdninger og verdier avgjørende for å kunne gi empatisk og tilpasset veiledning til pasientene (16).

En fordel med å gi kreftpasientene et tilpasset tilbud på lærings- og mestringssteder kan være at informasjonen blir gitt en stund etter at de er ferdig behandlet. Pasientene har da fått gjort seg noen erfaringer om livet etter kreftbehandling før de får undervisningen.

AVSLUTNING

Vi som kreftsykepleiere kan og bør gjøre noe med dette. Yngre kreftpasienter som er ferdigbehandlet, er en svært sårbar gruppe, fordi de er i en fase i livet der mange ting skjer i forbindelse med for eksempel skole, jobb og etablering av familie.

De yngre er mer utsatt for fysiske og psykiske seneffekter enn eldre på grunn av tøffere behandling og lengre levetid. Dette gir ulike fysiske og psykiske konsekvenser for unge kreftpasienter i ettertid.

Det er viktig at kreftsykepleiere

allerede tidlig i behandlingsforløpet informerer om hvordan kreftpasientene kan forebygge seneffekter ved for eksempel å være i fysisk aktivitet. De yngre pasientene har et stort informasjonsbehov som viser seg ikke å bli møtt, og de opplever kunnskapsmangel hos helsepersonell om seneffekter.

Litteraturstudien viser at det trengs mer og bedre oppfølging av kreftpasienter, og ikke minst mer kunnskaper hos kreftsykepleierne

«Cellegiften kan medføre at hodet ikke fungerer som før behandling.»

og andre sykepleiere som arbeider med kreftpasienter.

For å kunne ivareta denne pasientgruppen på en slik måte at de mestrer hverdagen bedre, trenger sykepleierne mer kunnskap om seneffekter og hvordan det påvirker de yngres liv. Videre trenger kreftsykepleiere god pedagogisk kompetanse for å kunne imøtekomme behovene til kreftpasientene og bedre deres mestringsopplevelse.

Det er grunnleggende at kreftsykepleiere har evnen til å vise omsorg og empati i møte med pasientene. Kreftsykepleiere har en veldig viktig funksjon og et juridisk informasjonsansvar i rehabiliteringen av kreftpasientene. ■

REFERANSER

1. Minge A. Kreftrfri – og merket for livet. Stavanger Aftenblad. 24. februar 2018:2–11.
2. Kreftforeningen. Mer kunnskap om livet etter kreft [internett]. Oslo: Kreftforeningen; 25.04.2017 [oppdatert 05.09.2018; sitert 26.09.2018]. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/forskning/forskningsprosjekter-vistotter/mer-kunnskap-om-livet-etter-kreft/>
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/?q> (26.09.2018).

4. Hauken M, Larsen TM, Holsen I. Meeting reality: young adult cancer survivors' experiences of reentering everyday life after cancer treatment. *Cancer Nursing*. 2013;36(5):E17–26. DOI: 10.1097/NCC.0b013e318278d4fc

5. Krefregisteret. Fakta om kreft. Oslo; Krefregisteret [oppdatert 23.05.2018; sitert 26.09.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.krefregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

6. Kent EE, Parry C, Montaya MJ, Sender LS, Morris RA, Anton-Cluver H. «You're too young for this»: adolescent and young adults' perspectives on cancer survivorship. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2012;30(2):260–79. DOI: 10.1080/07347332.2011.644396

7. Olsson M, Jarfelt M, Pergert P, Enskar K. Experiences of teenagers and young adults treated for cancer in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015;19(5):575–81. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.03.003

8. Thompson K, Palmer S, Dyson G. Adolescents & young adults: issues in transition from active therapy into follow-up care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009;13(3):207–12. DOI: 10.1016/j.ejon.2009.05.001

9. Matheson L, Boulton M, Lavender V, Collins G, Mitchell-Floyd T, Watson E. The experiences of young adults with Hodgkin Lymphoma transitioning to survivorship: a grounded theory study. *Oncology Nursing Forum*. 2016;43(5):E195–2014. DOI: 10.1188/16.ONFE195-E2014

10. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 06.04.2018).

11. Reitan AM. Krise og mestring. I: Reitan AM, Schjølberg TK, red. *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.

12. Dahl AA. *Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2016.

13. Fosså SD, Kiserud CE. Medisinske problemer hos kreftoverlevende. I: Loge JH, Dahl AA, Fosså SD, Kiserud CE, red. *Kreftoverlevende: ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2013. s. 44–58.

14. Reitan AM. *Kreftsykepleie*. I: Reitan AM, Schjølberg TK, red. *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 21–32.

15. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?qspesialisthelsetjenesteloven> (nedlastet 24.05.2017).

16. Vågan A, Eika K, Skirbekk H. Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. *Sykepleien Forskning*. 2017. Tilgjengelig fra: <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-59702.pdf?c=1497004573> (nedlastet 26.09.2018).

















Stilling ledig



Scan qr-kode for flere ledige stillinger på nett

Finne ledige stillinger på sykepleienjobb.no



 <p>NTNU Kunnskap for en bedre verden</p> <p>STIPENDIAT Sosial robot i helse-og omsorgstjenester</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 20.11.18 STED: ÅLESUND</p>	 <p>Drammen kommune</p> <p>SYKEPLEIER Hjemmetjenesten Marienlyst</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 12.11.2018 STED: DRAMMEN</p>	 <p>Stryn kommune</p> <p>SJUKEPLEIAR 3 x 100 % stillingar</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 22.11.18 STED: STRYN</p>	 <p>Oslo universitetssykehus</p> <p>LEDENDE SPESIALSYKEPLEIER Sterilavdelingen</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 19.11.18 STED: OSLO</p>
 <p>HELSE FØRDE</p> <p>AVDELINGSSJEF Kreftavdelinga</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 15.11.18 STED: FØRDE</p>	 <p>Ålesund kommune</p> <p>SYKEPLEIER Hjemmetjenester</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 04.11.18 STED: ÅLESUND</p>	 <p>Hobøl kommune</p> <p>SYKEPLEIER Hjemmesykepleien</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 11.11.18 STED: HOBØL</p>	 <p>SYKEHUSET TELEMARKE</p> <p>SYKEPLEIERE DPS øvre Telemark, døgn Seljord</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 11.11.18 STED: SELJORD</p>
 <p>Sarpsborg kommune</p> <p>SYKEPLEIERSTILLING Natt</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 11.11.18 STED: SARPSBORG</p>	 <p>SYKEHUSET ØSTFOLD</p> <p>FAGUTVIKLINGSRÅDGIVER Psykosebehandling 1</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 30.11.18 STED: GRÅLUM</p>	 <p>Hamar kommune</p> <p>SYKEPLEIER Hjemmebasert sone</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 10.11.18 STED: HAMAR</p>	 <p>VESTRE VIKEN</p> <p>SYKEPLEIER Kongsberg sykehus</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 12.11.18 STED: KONGSBERG</p>
 <p>AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS</p> <p>SPESIALSYKEPLEIERE/ SYKEPLEIERE Avdeling for nyfødte</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 04.11.18 STED: NORDBYHAGEN</p>	 <p>Rakkestad kommune</p> <p>HELGESTILLINGER Skautun rehabiliterings- og omsorgssenter</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 30.11.18 STED: RAKKESTAD</p>	 <p>FINNMARKSSYKEHUSET FINNMARKSUNIVERSITETSSYKEHUS</p> <p>SYKEPLEIERE Sengeenhet medisin med dialyse</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 04.11.2018 STED: HAMMERFEST</p>	 <p>UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE DANVINGGA UNIVERSITETSSYKEHUS</p> <p>SYKEPLEIER Gastrokirurgisk sengepost</p> <hr/> <p>SØKNADSFRIST: 07.11.18 STED: TROMSØ</p>



Tekst
INGRID
ORRE

Foto
HELGE
SKODVIN

KRONIKK

■ **INGRID ORRE**

Psykolog Ingrid Orre holdt på med en doktorgrad om kronisk tretthet etter kreftbehandling da hun selv fikk brystkreft med kronisk tretthet og nervesmerter som seneffekter.

Først etter fem år var hun tilbake i jobben som kommunepsykolog i Askøy ved Bergen.

MÅ FORTELLES:

Historiene om dårlig helse etter kreften må gjøres kjent, mener psykolog Ingrid Orre.

Det siste tabuet om kreft

Fremdeles føler folk skam ved å ikke føle seg i form når man har vært så heldig å overleve kreftsykdom. Mange tier om sine plager.

Alle som jobber med helse i Norge, kjenner godt til fenomenet senskader etter kreft ... eller? Og hvordan står det til med kunnskapen om senskader blant «folk flest»?

De siste årene har mange overlevende etter kreft vitnet i mediene om senskadene de lever med. Det har jeg også gjort. Det mest typiske ved disse historiene er at senskadene kom helt overraskende på dem. Senskader er et av de siste, store tabuer rundt kreft, og akkurat det er et folkehelseproblem.

Jeg spurte en gang min salige mormor om hvorfor hennes mor døde så tidlig. «Ja ...», nærmest hvisket hun, «hun døde av kreft – men det var det ingen som snakket om den gangen.» Tabuene rundt kreft var massive, og uvitenheten var stor på min oldemors tid. Den dag i dag er det mange som kjenner et kaldt gufs i seg når ordet kreft blir nevnt, og fremdeles

spekulerer hvermannsen ivrig rundt mulige årsaker når de hører om noen som har fått kreft.

FIKK BRYSTKREFT

Selv var jeg i ferd med å avslutte en doktorgrad om senskader etter kreft da jeg som 35-åring fikk bryst-

«Den dag i dag er det mange som kjenner et kaldt gufs i seg når ordet kreft blir nevnt.» ■

kreft i 2012. I mange år etterpå var jeg plaget med kronisk tretthet og intense smerter under føttene. Det skulle

ta hele fem år før jeg klarte å komme tilbake i fullt arbeid som kommunepsykolog på Askøy utenfor Bergen.

Kronisk tretthet er den vanligste senskaden etter kreft, og min forskning hadde handlet om hva som kjenner dem som blir rammet av kronisk tretthet etter behandling for nettopp brystkreft og testikkelkreft. I dag er jeg imidlertid mer opptatt av et ganske annet spørsmål: Hvordan kan det ha seg at noe som er så vanlig forekommende som senskader, og etter hvert så godt vitenskapelig dokumentert, er så lite kjent blant folk flest?

FØLER SKAM

Det siste året har jeg fått anledning til å møte svært mange overlevende etter kreft når jeg har holdt ulike foredrag om senskader på åpne møter i Kreftforeningen. Jeg har også undervist om senskader for sykepleiere i Bergen.



«Jeg har møtt mange overlevende etter kreft som forteller at de aldri har mottatt noen informasjon fra helsepersonell om potensielle senskader verken før, under eller etter kreftbehandlingen.» ■

Kreftsykdom og plagene som følger av kreftsykdom og kreftbehandling, synes i større grad enn for andre sykdommer og behandlinger å være forbundet med skam. Tidligere kreftpasienter jeg har snakket med, gir uttrykk for skam over å ha fått kreft i utgangspunktet, skam over å belemre andre med sine plager og bekymringer, eller skam knyttet til det å beklage seg over dårlig helse når man tross alt har vært så heldig å overleve kreft. Slik skam kan være til hinder for den allmenne informasjonsutvekslingen, på den måten at mange rett og slett velger å tie om sine plager. Medieoppslag der kreftfrie overlevende forteller om sitt liv med senskader, har i så måte en viktig funksjon som folkeopplysning.

Hver tredje overlever etter kreft sliter med senskader etter behandlingen. Senskader som forringer livskvalitet og funksjonsnivå. For dem som er så uheldige å bli rammet, betyr det mye at folkene rundt dem vet noe om senskader. For en nydiagnostisert kreftpasient vil mest mulig kunnskap om selve sykdommen og behandlingen, inkludert sannsynlige og potensielle bivirkninger og senskader, kunne gi ham eller henne en opplevelse av proaktiv sykdomsmestring og økt følelse av kontroll. Da vil forventningen til hva som skal skje, bli mest mulig realistisk, ikke bare for pasienten, men også for nære pårørende, venner, arbeidsgivere, skole og hjelpeinstanser.

IKKE «FRISK SOM EN FISK»

Jeg har møtt mange overlevende etter kreft som forteller at de aldri

har mottatt noen informasjon fra helsepersonell om potensielle senskader, verken før, under eller etter kreftbehandlingen.

Flere kreftoverlevende har fortalt meg at de fra behandlende kreftlege ble forespeilet at de på grunn av sin unge alder eller gode fysiske helse forut for kreften kunne regne med å bli «frisk som en fisk» på kort tid, eller at «nå slipper du jo unna med bare seks kurer med cellegift, så du vil nok komme deg ganske kjapt igjen».

Det finnes lite empirisk støtte for slike utsagn, verken i de gruppene av kreftoverlevende som jeg har forsket på, eller i majoriteten av internasjonale studier på kreftoverlevende. Vi vet simpelthen ikke hvorfor enkeltes plager fortsetter i lang tid etter endt kreftbehandling, og hvorfor en pasient reagerer mer intenst enn en annen på akkurat samme behandling.

Før kreftbehandlingen er det altså helt umulig å predikere hvorvidt en pasient vil bli rammet av senskader, eller hvor lang tid rekonvalesensen vil ta.

FOR MYE INFORMASJON

Det som er helt sikkert, er at en pasient som er i krise, som nettopp har fått vite at han har fått kreft og skal i gang med en tøff behandling, og som lurer på om og når livet noen gang vil vende tilbake til det normale, vil sluke slike forsøk på å «sukre pillen».

En kreftlege jeg snakket med, spekulerte i om det kan være frykt for at det skal gå «troll i ord», som gjør at mange kreftleger gjerne unnlater å ta opp potensielle senskader

med pasientene sine før behandling iverksettes. Dette skyldes i så fall sannsynligvis ikke at de tenker at ord er magiske. Kanskje tenker de i så fall heller at pasienten kan tenkes å begynne å lete etter symptomer som ikke egentlig er der, dersom de blir advart om mulige senskader på forhånd.

En kreftlege som ble intervjuet om senskader i Bergens Tidende i fjor høst, var enig i at kreftlegene kunne ha informert mer om senskader. Han forklarte: «Når pasienten skal i gang med behandling, er det samtidig så mye å ta stilling til ... Da er fokus på å bli kvitt kreften. På etterkontrollene våre er seinskader et hovedtema.»

Kreftlegen beskriver altså at den generelle praksisen er å ikke informere pasientene om potensielle skader av behandlingen, fordi en vurderer at pasienten ikke riktig er i stand til å motta denne informasjonen før behandling. At senskader er et hovedtema på etterkontrollene, står i kontrast til hva de fleste overlevende jeg har snakket med, forteller. De forteller at etterkontrollene på sykehuset innebærer MR, CT, blodprøver, ultralyd, veiing etc., men at ingen har spurt dem om hvordan de har det.

FOR LITE ERFARING?

Kan det være at norske behandlende kreftleger unnlater å bringe temaet senskader på bane fordi de kanskje har lite klinisk erfaring med oppfølging av senskader?

Systemet med pakkeforløp for kreft er organisert slik at kreftpasientene ofte møter mange ulike leger underveis i sin behandling og ved

eventuelle etterkontroller ved sykehuset. Da kan det være en utfordring å få til en systematisk kartlegging og oppfølging av senskader, og oppgaven faller derfor i stor grad på fastlegene. I Nasjonal kreftstrategi 2018–2022, *Leve med kreft*, ligger det imidlertid føringer på at systemer for forebygging, utredning og behandling av senskader skal inkluderes i pakkeforløpene på ulike nivåer av helsetjenesten. Det planlegges blant annet regionale kompetansesentre som kan gi råd til fastleger om oppfølging og behandling i primærhelsetjenesten. Dessuten: Helsedirektoratets rapport «Sen-effekter etter kreftbehandling» fra 2017 beskriver ulike senskader med en kortfattet behandlingsveileder, og er et nyttig verktøy for alle helsepersonell som jobber med kreft og rehabilitering etter kreft.

Det finnes altså kyndig hjelp og virksom behandling for de fleste senskadene, og nettopp derfor er det så viktig at pasientene er godt opplyst. Å unnlate å opplyse en kreftpasient om mulige senskader, enten det er fordi man ikke ønsker å legge sten til byrden, eller at man frykter det skal gå «troll i ord», er å gjøre pasienten en bjørnetjeneste.

Pasienter i krise skal ikke umyndiggjøres. De har et stort informasjonsbehov, og dersom pasienten selv virker uimottakelig, er det som oftest mulig å informere en pårørende. Og alle kan ta imot en brosjyre.

SKYLDER PÅ ØKT ALDER

Det er i hovedsak fastlegenes ansvar å følge opp pasientenes allmennhelse, og som skal følge opp kreftpasientene etter at de er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten.

Jeg har blitt fortalt om svært variabel kunnskap og oppmerksomhet blant fastlegene når det gjelder å sette helseplager i sammenheng med tidligere kreftsykdom. Flere tidligere kreftpasienter har fortalt meg om fastleger som for eksempel sier: «Men du kan da ikke regne med å være like sprek som før, du som har hatt kreft» eller «Nå må du

huske på at du også har blitt to år eldre siden du var syk, det er jo ikke meningen at du skal orke like mye!» eller «Litt smerter må man regne med i din alder».

Det er kanskje ikke så merkelig at mange fastleger har slike oppfatninger. Også kreftlegen i det ovennevnte intervjuet syntes for eksempel det er vanskelig å skille kreftrelatert tretthet fra tretthet som skyldes normal aldring. Han sier: «Noen vil aldri komme tilbake til det energinivået de hadde før kreften, men hva som skyldes kreften, og hva som skyldes normal aldring, kan være vanskelig å si.»

Dette synet er imidlertid problematisk. Jeg har forsket på kronisk tretthet, som er den vanligste senskaden, etter behandling for brystkreft og testikkelkreft. I en stor gruppe overlevende etter testikkelkreft fant vi at ung alder var en risikofaktor for kronisk tretthet, mens det blant overlevende etter brystkreft ikke var noen sammenheng mellom tretthetsymptomer og alder, verken ved diagnose eller oppfølging.

Det er ulikt hvordan mennesker takler det å bli eldre, og mange kreftpasienter tilhører naturlig nok livsfasen «eldre». Normal aldring skjer gradvis og er noe de fleste av oss rekker å avfinne oss med.

Forandringene som skjer med kroppen under kreftbehandling, oppleves derimot av de fleste som brå og voldsomme, av og til slik at man ikke kjenner seg selv igjen. Hvis dette ikke går over med tiden, eller plutselig oppstår lenge etter at behandlingen er over, er det tungt å bli møtt med at dette er noe man bare må finne seg i å leve med – uansett alder. For det må man jo altså nødvendigvis ikke.

Fastlegene skal riktignok bidra med å justere pasientenes forventninger, men dette kan ikke være det hele. De må også være oppdatert på forebygging og behandling av senskader. Det gjelder så mange av oss!

PSYKOLOGISK STRESS

Vi psykologer vet en del om hvordan

justerte og realistiske forventninger og krav er knyttet til økt mestring av sykdom og smerte, og om hvordan god informasjon om egen tilstand og mulige prognostiske utfall er viktig for en opplevelse av økt kontroll.

Når en pasient opplever at hun har en viss grad av kontroll, det vil si at det spiller en rolle hvordan hun forholder seg til det som skjer, kan hun ta gode beslutninger og forholde seg aktivt til etterlevelse av medisinske anbefalinger eller oppsøke hjelp når hun trenger det. Psykologisk stress oppstår når vi opplever at våre egne eller andres krav og forventninger overstiger egen kapasitet. Dersom vi kjenner på slikt stress over tid, kan andre belastninger og helseproblemer oppstå.

Når en kreftpasient og alle rundt ham tar det for gitt at han kort tid etter endt kreftbehandling skal bli like frisk som før, og det ikke skjer, vil psykologisk stress kunne oppstå. Og vanskene vil potensielt forverre seg. Det tydeligste funnet i de gruppene av kreftoverlevende som jeg har forsket på, var at kronisk tretthet var forbundet med en rekke andre helseplager, for eksempel depresjon, søvnvansker, smerter og angst.

Når en pasient skal behandles for kreft, er det derfor svært viktig at han, og helst hans nærmeste pårørende, får god kunnskap og informasjon om hva som kommer til å skje, og hva som potensielt kan skje i fremtiden. Ikke minst om mulighetene for å oppsøke kyndig hjelp i oppfølgingen.

For dem som rammes av senskader etter kreftbehandling, og som opplever reduksjon i livskvalitet og funksjon, er det viktig at folk flest vet hva senskader er. Vi trenger avskamming. Vi trenger folkeopplysning om senskader. Og vi trenger en kreftomsorg som tar inn over seg at behandlingen ikke er over når pasienten sjekker ut fra kreftavdelingen.

HVA BØR PASIENTEN FÅ VITE OM SEN-EFFEKTER?

Mange kreftoverlevende synes de har fått for lite informasjon om seneffekter av behandling.

Vi har spurt tre kreftsykepleiere om hva de mener pasienter bør få vite, og når.

TEKST INGVALD BERGSAGEL



SIGRID SKARHOLT

Kreftkoordinator i Skien kommune og leder av lokallaget for NSF's faggruppe Forum for kreftsykepleie. Vinner av Sykepleierprisen 2017 for Telemark.

Å gi informasjon om seneffekter er en vanskelig balansegang uten noe fasit-svar. Det handler om at vi må ha en systematikk for å gi pasienter nok kunnskap til at de kan ta reelle valg underveis.

Tid for samtale

I forkant av behandling mener jeg det må settes av nok tid til samtale, der man kan forklare pasienten hva man ønsker å oppnå, og hva som er risikoen.

Samtidig er det tilfeller der vi må være litt forsiktige med hva vi trekker frem som mulige problemer i starten. Den senere tiden har det vært så mye oppmerksomhet rundt seneffekter at enkelte kan bli unødig skremt og vegre seg for å gå inn i livreddende kreftbehandling. I slike situasjoner kan jeg være mer direkte i diskusjon med pasienten.

Informasjon i bøtter og spann

Pasientene må uansett klare å ta til seg informasjonen. Det er ikke alt man klarer å få med seg i en krisesituasjon. Jeg møter folk som har blitt informert i bøtter og spann med brosjyrer om fatigue, ernæring, rettigheter, seksualitet og så videre. Bli det for mye, går det rett i returpapiret.

I pakkeforløpene for kreft burde det vært lagt inn kontrollpunkter som avklarer om pasienter er informert og har forstått konsekvenser av behandling.

Gevinst kontra risiko

Nylig hadde jeg en hjernekreftpasient som ble veldig, veldig syk etter behandling. Hans pårørende følte at han hadde blitt sugd inn i et behandlingsløp uten at det var rom til å diskutere konsekvensene. Hadde de visst hva de nå vet, tror de at sykdommen heller hadde fått gå sin gang.

I min jobb snakker jeg derimot oftest med pasientene når behandlingen nærmer seg slutten. Da har jeg nærmest rutine på å si at «det er ikke over nå».

Noen ganger er jeg likevel med i tidlige samtaler med pasient og onkolog om gevinst kontra risiko med et behandlingsløp. Dette er da gjerne pasienter som er svært reflekterte og bevisste på sin situasjon. De vil vite konsekvensene, og kan hende de ikke ønsker å bruke sine siste yrkesaktive år på en krevende cellegiftkur med påfølgende fatigue og andre sen-effekter.

Et skikkelig mageplask

Avslutningen av en kreftbehandling kan for mange oppleves som et skikkelig mageplask. Du tror du er ferdig. Du tror at nå kommer livet tilbake for fullt. Så kommer fatigue og andre ting rullende.

Seneffekter knyttet til seksualitet er dessuten noe vi ennå ikke er gode nok til å snakke systematisk om. Noen pasienter er riktignok flinke til å sette dagsordenen selv, særlig de som kommer til samtaler sammen med partner.

Nedturen

Mange kan få en nedtur og bli psykisk nedbrutt etter behandling. Det er noe jeg forsøker å forberede dem på. Ofte kan kontrolløpet i etterkant bli en belastning på grunn av frykten for tilbakefall.

Jeg er opptatt av å få pasientene raskt inn i et rehabiliteringsløp i samarbeid med for eksempel fysioterapeut. Dette kan gjøre det lettere å snakke om seneffekter, siden vi vet det er en del ting som hjelper, som å være i aktivitet og å følge et treningsopplegg.

Seneffekter er gjerne prisen du betaler for å leve videre, og risikoen må ikke overdrives. ■



TORE BORG

Kreftsykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning ved Radiumhospitalet. Årets sykepleier i kreftomsorgen 2017.

Vi informerer helt klart altfor lite om seneffekter i dag. Jeg tror alle kreftsykepleiere vil kunne si seg enige i det.

På mitt felt, som er seksuell helse, oppgir de aller fleste pasienter at de ønsker å vite konsekvensene ved en behandling. En amerikansk undersøkelse viste derimot at kun én av fem ble informert.

Spørsmålet er hva som skal fortelles når. Dette er et fryktelig komplisert spørsmål.

Mange av dem som kommer til meg, har fått informasjon de ikke har klart å ta inn over seg. Det er noe med tilstanden man er i som kreftpasient.

Det å vite hva man bør fortelle pasienten der og da, og hva man bør vente med eller utelate, krever erfaring og et klinisk blikk. Hvis noen vil påstå at sykepleie er en kunst, så er det dette som er kunsten: å time informasjon.

Byrden av informasjon

Det viktigste for de fleste er jo å overleve. Å bli frisk av selve kreften. Den totale byrden av informasjon kan bli stor, og hovedvekten legges gjerne på det diagnostiske og prognostiske, ikke på det som er knyttet til livskvalitet etter behandling.

De fleste leger presenterer nok et best case- eller enn et worst case-scenario om seneffekter. Dermed erfarer mange pasienter at det ble verre enn forventet.

På strålepoliklinikken har jeg derimot opplevd pasienter si: «Dere fortalte om alle bivirkningene jeg kunne få, og så fikk jeg ingen av dem. Da hadde det vært bedre ikke å vite.»

Sykepleieres ansvar

Til sjuende og sist er det legen som skal igangsette kreft-

► behandlingen, som er ansvarlig for at pasienten har den informasjonen hun eller han har krav på. Hvem som gir informasjonen, varierer derimot, og her er det flytende grenser. Jeg mener sykepleiere har et stort medansvar for å informere. Hele utdanningen vår er jo gjennomsyret av kommunikasjon, mens legene har noen kurs. Vi må bruke denne kompetansen til noe.

Sykepleiere skryter dessuten ofte av at det er vi som er sammen med pasientene hele tiden, og er deres tale- rører. Da er det viktig at vi spør hva legen har fortalt dem, hva de husker, hvordan de ser på livet sitt, og så videre. Ofte kan det handle om å la folk forstå at de kan spørre om ting.

Seksualitet og sånn

Alle som har kreft i det urologiske og genitale området, skal få tilbud om å snakke med en sexolog som del av pakkeforløpet.

Mange leger informerer gjerne godt om det fysiologiske knyttet til seksualitet, men lite om opplevelsen av å ikke bli kåt lenger, det å kjenne seg som en mann eller kvinne, forand- ringer i selvbildet og så videre. Jeg mener det er viktig å også gi rom for disse aspektene.

Store variasjoner

Det finnes seneffekter kanskje 10 prosent vil oppleve. Skal man da informere om det til alle? Hvor går grensen?

Statistisk sett vil 30 prosent av alle som er operert for prostatakreft, tisse på seg når de får orgasme. Dette tror jeg få leger informerer om før opera- sjon, men er det riktig for oss å fortelle om det i etterkant?

Jeg opplever at det er store varia- sjoner i ulike fagmiljøer i om hvor mye man snakker om seksuell helse etter kreft. I de senere årene har for eksem- pel gastrokirurger blitt mye mer opp- merksomme på dette, og mange flere personer med tarmkreft har begynt å komme til meg.

Om du mener seksualitet har med helse å gjøre, så har sykepleiere en rolle. Seneffekter knyttet til seksuell helse er så store at det er noe alle må forholde seg til.

Jobber du med kreft uten å snakke med pasientene om seksualitet, så gjør du ikke jobben din. ■



MONA GRYTTE

Kreftsykepleier ved Oslo universitets- sykehus og leder av NSF's faggruppe Forum for kreftsykepleie

I dag lever folk mye lenger med kreft og etter at de er ferdig kreft- behandlet, og dermed blir det også flere som lever mange år med et- tervirkninger eller seneffekter av behandlingen.

Selv om vi vet hvilke pasient- grupper som har økt risiko for visse seneffekter, er det veldig vanske- lig å forutse nøyaktig hvem som vil få hva. Da blir det et dilemma hvor mye man skal informere.

Et dilemma

Jeg mener det viktigste er å møte pasientene der vedkommende er. Vi må finne ut hvor mye de ønsker å vite og tåler å vite.

Alle har krav på informasjon, men dersom du blir informert om alle bivirkninger og seneffekter, kan du gå og vente på noe som kan- skje ikke vil oppstå. Det handler om å informere uten å ta fra pasienten håpet. Det å la folk gå og uroe seg for hva som kan skje, er ikke nødven- digvis en god løsning. Om sjansen er stor for at de får seneffekter, bør de selvsagt vite om det, men hvor stor må da sjansen være? Dette er et dilemma når man informerer.

Viktig å repetere

Noen tåler å ta imot mye på en gang. Andre trenger informa- sjonen stykkevis og delt, for å klare å ta den til seg. Det er som en skoleklasse. Noen tren- ger mer oppfølging, men alle skal lære det de trenger å lære.

Et ytterpunkt er å fortelle alle pasienter i forkant av behandling om alle mulige problemer som kan oppstå, uansett hvor små sjansene er. Men ingen makter å ta inn all informasjon på en gang. Et eksempel er ei som sa at hun «spurte om et glass vann, men fikk hele havet».

Enkelte kan si at «det har ingen fortalt meg», selv om informasjon beviselig er gitt. Det viser at det er viktig å re- petere, og at informasjon må porsjoneres ut etter pasien- tens behov og kapasitet.

Inviterer pårørende

Ofte starter jeg samtaler med å spørre pasienten hva han el- ler hun vet om situasjonen sin.

Her hos oss inviterer vi dessuten alltid pasienter til å ha med pårørende på infor- masjonssamtaler. Det gir dem flere sett med ører, og pårø- rende kan komme på spørs- mål om ting pasienten ikke har tenkt på selv. Når du har fått kreft, er du veldig fokusert på å bli frisk. Mange kan være i en sjokkfase, og da er det ikke så lett å ta imot all informa- sjon.

Det er forbedringspotensi- al i alle ledd og behov for opp- datert kunnskap – både hos oss på sykehus, men kanskje enda viktigere hos fastleger og hos sykepleiere i kommune- helsetjenesten. Det er gjerne hos dem pasienten er når pro- blemene melder seg etter be- handling, og det er viktig at de har nok kompetanse.

Jeg synes også det er på tide å få mer kunnskap om seneff- ekter av kreftbehandling inn i bachelorutdanningen for sy- kepleiere. ■

HVA NÅ?

- De som har overlevd kreft, er våre nye kronikere. Jo flinkere vi blir til å kurere kreft, jo flere blir det av dem – heldigvis.
- Men hvordan kan fremtidens kreftomsorg hjelpe denne gruppen bedre?
Kan medisinene bli mer treffsikre? Bør vi styrke omsorgen i kommunene?

Nytt pakkeforløp
for tiden etter
kreftbehandlingen

SIDE

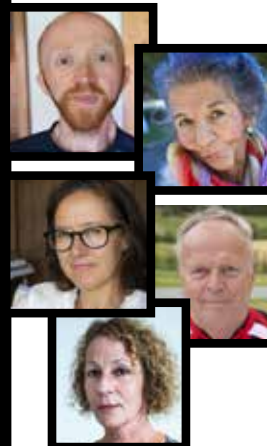
138

Over-
behandles
kreft?



«Jeg skulle ønske ...»

De fem portret-
terte (se tidligere
i bladet) sier hva
de skulle ønske
de hadde fått av
informasjon.



**Unnskyld,
men har du et
par minutter?**

Håvard Aagesen
om alt det
uforutsette etter
behandlingen

SIDE

144

SIDE

143



SIDE

140

NYTT PAKKEFORLØP FOR TIDEN ETTER KREFTBEHANDLINGEN

Arbeidet med et nytt pakkeforløp for å følge opp kreftpasienter er i gang.

TEKST KARI ANNE DOLONEN

Våren 2018 fikk Helsedirektoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å lage et pakkeforløp for kreftpasienter etter at de er ferdig med behandlingen.

– Målet er at kreftpasientene skal følges opp bedre hjemme i kommunene, sier statssekretær Anne Grethe Erlandsen i Helse- og omsorgsdepartementet.

Ifølge Erlandsen er tanken at Helsedirektoratet sammen med fagfolk, pasientorganisasjoner, fagorganisasjoner, pårørende og pasienter skal lage et pakkeforløp som kan fungere ute i kommunene. I september holdt Helsedirektoratet rådslagning for å informere alle samarbeidspartnerne om arbeidet med pakkeforløpet, og det var åpent for å komme med innspill.

– Det er viktig å få innspill om

hvilke erfaringer pasienter, fagfolk, pårørende, organisasjoner og etterlatte har, slik at det kan bringes videre.

«Kommunene skal sørge for at kreftpasienter tas godt imot.»

ANNE GRETHE ERLANDSEN,
STATSSEKRETÆR



Hvordan det videre arbeidet med pakkeforløpet blir, er det ifølge Erlandsen direktoratet som må svare på.

– **IKKE SITT PÅ GJERDET**

Det nye pakkeforløpet skal være

implementert i alle kommuner i løpet av tre år.

– Når skal Helsedirektoratet være ferdig med oppdraget, slik at kommunene kan begynne implementeringen?

– Det er ingen grunn til at kommunene skal sitte på gjerdet og vente på pakkeforløpet fra Helsedirektoratet. Kommunene skal sørge for at kreftpasienter tas godt imot. Vi har god dialog med Kreftforeningen, som forteller oss at flere kommuner allerede har opplegg for å sikre at kreftpasientene følges opp på en god måte av kreftkoordinatorer i kommunehelsetjenesten, sier Erlandsen.

PUSLESPILL

Pakkeforløpet «Kreftpasienter hjem» skal ha en plan for hvordan pasientene skal følges opp når det gjelder fysisk helse og psykososiale forhold,

FAKTA

Helsedirektoratets oppdrag for pakkeforløpet «Kreftpasienter hjem»

Helsedirektoratet bes om i første omgang å prioritere oppdraget med pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Departementet forutsetter at dette oppdraget kan slutføres slik at pakkeforløpet kan implementeres innenfor en treårsperiode. Pakkeforløpet må omfatte tilbud om psykososial oppfølging for pasienter, pårørende og etterlatte.

Kilde: Helsedepartementets oppdragsdokument

«I løpet av tre år skal alle kommuner ha implementert det nye pakkeforløpet.»

ANNE GRETHE ERLANDSEN,
STATSSEKRETÆR

og hvordan pårørende og etterlatte skal følges opp.

– Mange som har overlevd kreftbehandling, har i tillegg andre diagnoser. Det kan være hjertesykdom, slag eller andre tilstander som trenger oppfølging. Alt dette skal sys sammen i et pakkeforløp som sørger for at pasienten føler seg ivaretatt. Det er et puslespill, sier Erlandsen.

På sykehus har de ifølge statssekretæren hatt stor suksess med å ansette egne koordinatorene i pakkeforløpene.

– Det er mulig at det er veien å gå også i pakkeforløpet «Kreftpasienter hjem», sier hun.

HAR GODE FAGFOLK

– Finnes det nok fagfolk ute i kommunene til at dette er gjennomførbart?

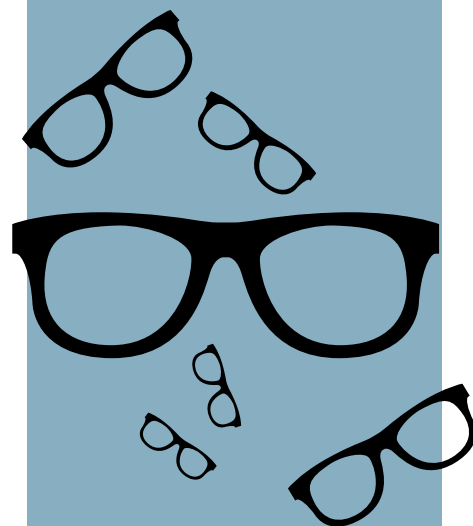
– Ja. Kommunehelsetjenesten

har gode fagfolk. Fra 2020 skal alle kommuner i tillegg ha psykologkompetanse, som også kan brukes i dette arbeidet. Og vi vet at dersom alle sykepleiere hadde kunnet og villet jobbe full stilling, så hadde vi ikke hatt sykepleiermangel, sier Erlandsen.

– Er du sikker på at alle kommuner klarer dette?

– Jeg kjenner kommunene godt, og jeg har ennå ikke hørt at noen av dem har brukt sykepleiermangel som en unnskyldning for at dette ikke er en god idé. Tvert om. Dersom vi ikke innfører et pakkeforløp som ivaretar kreftpasientene hjemme, vil det resultere i større helseproblemer og belaste helse-tjenesten enda mer, sier hun.

ANNONSE



Hva ser du etter?
Sjekk

sykepleien.no

FAKTA

Todelt brystkreftstudie i Norge

I høst starter Hege Russnes og kolleger opp med fase tre av EMIT-studiene, hvor gentesten Prosigna skal inkluderes i diagnostikken for å finne de tidlige brystkreftfellene som mest sannsynlig ikke trenger cellegift eller hormonterapi etter kirurgisk behandling. Helseøkonomiske analyser, endring i bruk av cellegiftbehandling, livskvalitetsmålinger og overlevelsesanalyser vil også gjøres. Studien har to deler: Den ene skal følge pasienter med hormonreseptorpositive svulster uten spredning av sykdommen. Disse får utført gentesten på svulstvevet i tillegg til dagens rutineundersøkelser. Den andre er en randomisert studie som vil se om testen alene kan si noe om hvem som kan unngå cellegift, av dem som har spredning til lymfeknutene.

– Det vil få behandlingsekvens fra dag én for deltakerne. Vi skal rekruttere mer enn 2000 til den ene delen og 800 til den andre fra 15 studiesteder i Norge. Resultatene vil ikke være klare før om flere år, men studiene har også som mål å få etablert instrument og kompetanse i alle helseregionene.

– Jeg forventer at man allerede i løpet av det første året har fått dette godt på plass, sier Russnes.

■ BRYSTKREFT:

Slik ser en vevsprøve fra en brystkreftsvulst ut.



OVERBEHANDLES KREFTPASIENTER?

Gentester har gjort at aggressiv kreftbehandling kan minimeres. Men kreftforsker Hege Russnes mener Norge bruker for lang tid på å ta diagnostikken i bruk i en mer persontilpasset behandling.

TEKST OG FOTO EIVOR HOFSTAD

På 90-tallet skjøt vi en del spurv med kanoner i kreftbehandlingen, med det resultatet at pasienten fikk store seneffekter. I noen tilfeller førte det til sekundærkreft, sier Else Støring.

Hun jobbet som kreftsykepleier fra

«På 90-tallet skjøt vi en del spurv med kanoner i kreftbehandlingen.»

ELSE STØRING,
KREFTSYKEPLEIER



80-tallet til 2005. Siden da har hun vært spesialrådgiver i Kreftforeningen. Kreftsykepleier var hun ved både St. Olavs hospital og Radiumhospitalet.

– Jeg har ikke opplevd, og opplever heller ikke i dag, at noen bevisst driver overbehandling av kreftpasienter. Men på 90-tallet visste vi ikke bedre. Det ga gode resultater på overlevelse,

men vi var ikke klar over alle seneffektene, sier hun.

– SKYLDES IKKE OVERBEHANDLING

På Røros tilbyr LHL-klinikkene rehabilitering blant annet av kreftpasienter. Frode Skanke, som er avdelingsoverlege der, har merket at stadig flere sliter med senskader av kreftbehandling, men han tror ikke at det skyldes overbehandling.

– Det har blitt mer oppmerksomhet om dette. Historiene begynner å bli fortalt. Kanskje var det slik før at hvis du var vellykket behandlet for kreft, skulle du stilltiende akseptere konsekvensene av behandling og være glad og fornøyd. Slik er det ikke lenger.

Skanke har ikke møtt pasienter med seneffekter hvor man definitivt kan si at de har vært overbehandlet.

– Nasjonale handlingsprogrammer har heldigvis regulert det slik at behandling skal være standardisert og basert på protokoller og forskning. Så vil ny forskning selvsagt igjen endre ting, slik at man retrospektivt kan si at noen var overbehandlet. På den

annen side: Hvem tør å ta sjansen på å underbehandle?

MULTIGENTESTER FOR STUDIER

– Over de siste tiårene har brystkreftpasienter i økende grad fått behandling med cellegift, sier Hege Russnes, forsker og patolog ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Og akkurat det er et paradoks, fordi det er også nå verden har teknologien som, på et tidlig stadium, kan hjelpe til å finne de pasientene som mest sannsynlig ikke trenger aggressiv kreftbehandling. For brystkreftpasienter vil det si cellegift og eventuelt hormontterapi etter kirurgi.

Molekylære tester, hvor man undersøker endringer i svært mange gener i svulstvevet (gentesting), muliggjør en mer persontilpasset behandling og kan bidra til å unngå overbehandling. Men ifølge Russnes blir teknologien først og fremst brukt i kliniske studier.

– Labstrukturen, infrastrukturen og finansieringen i Norge er ikke lagt opp til å bruke slike avanserte molekulære tester. Dermed blir det opp til lokale ildsjeler om man får til studier,

og om pasientene får mulighet til å bli med og få nyttiggjort seg av de endrede behandlingsmulighetene moderne tester tilbyr, sier hun.

TIDKREVENDE UNDERSØKELSER

Russnes viser vei gjennom korridorene på patologisk avdeling i andre etasje i laboratoriebygget på Ullevål. Veggene er dekket av hvite skuffe-

«På den annen side: Hvem tør å ta sjansen på å underbehandle?»

FRODE SKANKE,
AVDELINGSOVERLEGE



seksjoner. De inneholder de fysiske vevsprøvene fra tusenvis av pasienter fra de siste årene. Flesteparten av prøvene er tatt for å bekrefte eller avkrefte mistanke om kreft.

Inne på kontoret står mikroskopet ved siden av pc-en. Russnes drar frem en rosa vevsprøve som er klemt mellom to glasskiver. Under mikroskopet finner hun rikelig med celler i svulstvevet som er farget brune. Det tyder på at eieren av vevsprøven har en svulst som uttrykker proteinet Ki-67. Ifølge handlingsprogrammet for brystkreft har vedkommende da økt risiko for tilbakefall av sykdommen og bør få cellegift etter kirurgi.

Slike morfologiske undersøkelser av celler, i tillegg til vurdering av svulstvevets arkitektur og sammensetning, tar tid og krever lang erfaring. Dessuten har resultatet en viss usikkerhet heftet ved seg for noen pasienter.

– For noen undergrupper av pasienter klarer vi ikke å reproducere hverandres funn optimalt ved denne metoden, sier Russnes.

50 GENER, IKKE ETT PROTEIN

Men i de senere årene har det skjedd en stille teknologisk revolusjon.

Molekylærbiologi kombinert med bioinformatikk har gitt behandlere nye diagnostiske verktøy. Et slikt verktøy er for eksempel gentester, der laboratorieanalyser kan oppdage endringer i kreftcellene som ikke er synlige i mikroskopet (for eksempel genforandringer). Ved avansert databehandling kan man få ut et tall som ofte betegnes som en score.

For brystkreftpasienter vil en analyse av 50 gener kunne gi informasjon om hvilken svulsttype pasienten har, og hvor «aktivt» cellene deler seg.

– Dermed har vi plutselig 50 gener å forholde oss til, i stedet for bare ett protein. Tallet sier noe om hvor stor risiko vedkommende har for å få tilbakefall av brystkreften, og vil være et nytt verktøy når legen og pasienten sammen skal bestemme videre behandling, sier Russnes.

– Så testen vil ikke si klart enten ja eller nei til cellegift etter kirurgi?

– Nei, det blir viktig å ta med helhetsbildet rundt pasientens liv og sykdom før man bestemmer seg. Men testen vil gi en bedre pekepinn på om det kan ha stor eller liten betydning for pasienten å utsette seg for seks måneders cellegift eller ikke.

KAN UNNGÅ CELLEGIFT

I 2016 fikk 3371 kvinner og 31 menn brystkreft. Nesten 70 prosent av dem har en undergruppe av brystkreft som er såkalt hormonreseptorpositiv.

I sommer kom en amerikansk studie som viste at bruk av gentest kan gjøre at rundt sju av ti kvinner med slik hormonfølsom brystkreft uten spredning kan unngå cellegift etter kirurgi.

Overlege Hans Erik Eikesdal ved kreftavdelingen på Haukeland universitetssykehus uttalte til VG at «det er for mange pasienter i Norge som overbehandles, med alle de bivirkningene det fører med seg. Resultatene fra denne studien må vi ta med oss hjem. Den vil kanskje føre til endret praksis».

– De behandler kreft mer aggressivt i USA enn i Norge, sannsynligvis

på grunn av frykten for søksmål. Vi regner derfor ikke med like stor effekt i Norge. I en forstudie vi har utført med en gentest, ser vi at rundt 30–50 prosent av dem som med dagens retningslinjer ville fått cellegift, sannsynligvis kan unngå det hvis vi innfører metoden, sier Russnes.

En dansk studie fra i fjor har også vist noe av det samme, og testen er nå innført i Danmark som del av rutinediagnostikk for en undergruppe av brystkreftpasientene.

– NORGE LIGGER ETTER

Hege Russnes mener Norge ligger mange år etter våre naboland med å persontilpasse kreftbehandlingen.

– Hva er det for eksempel Sverige gjør annerledes?

– De er kommet lenger med finansieringen og har øremerket satsing på infrastruktur for molekylære analyser. Hensikten er nok å implementere persontilpasset me-

«Over de siste tiårene har brystkreftpasienter i økende grad fått behandling med cellegift.»

HEGE RUSSNES,
FORSKER OG PATOLOG



disin på nasjonalt nivå. De har også store private stiftelser som bidrar med betydelig finansiering.

– Apropos finansiering: Hvor mye dyrere blir det med denne gentesten?

– En test koster i underkant av 20 000 kroner. Med arbeidskraften som trengs for å gjøre analysene, blir summen cirka 24 000 kroner for en test. Men så kan man trekke fra for det man sparer på samfunnsmessige omkostninger som mindre sykmeldinger og uføretrygd.

HVA SKULLE VÆRT ANNERLEDES?

Da de fem kreftoverleverne ble intervjuet av Sykepleien, ble de spurt om hva de skulle ønsket annerledes ved behandlingen og oppfølgingen de har vært gjennom etter kreften. I filmen (skann QR-koden) ser du hva de svarte. Her er et utdrag av svarene:



Skann QR-koden med telefonen, for eksempel med appen i-nigma, og se filmen.



KENNETH AAS, 30 ÅR
Fikk lymfekreft og beinkreft som barn. Han har en rekke senskader etter behandlingen, og andre helseskader.

Jeg skulle ønske at noen hadde kunnet fortelle oss pasienter, både når vi er syke og etterpå, hva slags muligheter og rettigheter vi har. For det er klart, at med et bein mindre blir livet annerledes, men det stopper jo ikke opp.



PERNILLE NÆSHEIM, 49 ÅR
Fikk livmorkreft i 2012 og fikk lymfødemed og fatigued etter cellegiftbehandling.

Jeg skulle ønske at jeg fikk vite noe om hva jeg kanskje kunne forvente av smerter og ubehag etter det jeg hadde vært igjennom, og ikke minst skulle jeg ønske jeg fikk vite noe om et mulig tidsperspektiv. Det tror jeg hadde spart meg for mye skyldfølelse og stress for at jeg ikke kom raskt nok tilbake i livet mitt.



LEIF HAUGEN, 68 ÅR
Fikk kreft i endetarmen i 2014 og 2017, og måtte ha kolostomi og urostomi, og har flere senskader etter behandlingen.

Jeg skulle ønske at kost og ernæring ikke hadde vært et glemt kapittel under mine sykehusopphold. Jeg har savnet samtaler rundt kostens betydning i forbindelse med kreft og restitusjon.



BIRGITTE THORUP STÅLSETT, 54 ÅR
Fikk brystkreft i 2008 og sliter nå med fatigue.

Jeg skulle ønske at jeg hadde visst mer om det å være kreftoverlever. Kanskje fått mer informasjon underveis om hvilke utfordringer det kan gi. Jeg trodde at man kommer inn, får fjernet kreften, blir behandlet, og så er det tilbake til et normalt liv: full jobb, full aktivitet.



TURI TINGELHOLM, 61 ÅR
Fikk kreft i tungen i 2008. Strålebehandling har gitt mange komplikasjoner.

Jeg skulle ønske at jeg da jeg ble dårlig hadde fått kontakt med en likeperson, for jeg følte meg så alene og redd. Det har jeg også hørt andre si at de savna da de var syke og nede for telling. Det er veldig viktig å møte andre som er stråla over snippen.



Tekst
HÅVARD
AAGESEN

Foto
LARS PETTER
PETTERSEN

KRONIKK

■ HÅVARD AAGESEN

Aagesen ble behandlet for kreft i halsen i 2009. Han ble forespeilet noen ukers sykemelding, men erfarte at helsen aldri ble den samme igjen.

I 2017 utga han boken *Ingenmannsland – for oss som ikke døde, som ikke lenger er syke, men som ikke heller blir friske* (Forlaget press, 2017). Boken har vært med på å sette temaet seneffekter av kreftbehandling på dagsordenen.

Unnskyld, men har du et par minutter?

Jeg hadde blitt så utrolig takknemlig hvis noen med kunnskap, erfaring og tid inviterte til en liten prat om hvordan det er å være meg.

Noen samtaler kommer jeg aldri til å glemme. De har brent seg fast i minnet og vil bli der for alltid.

Den lange meldingen fra hun som ikke lenger klarte omgangskretsens giftige ord om latskap og unnasluntning, og som derfor hadde trukket seg tilbake til smertefull ensomhet. Telefonen fra han som bittært savnet livet som elsker og ektefelle, og fra hun som fortvilet prøvde å kløre seg fast i arbeidslivet. Den forferdelig vonde, men varme samtalen med moren som lot meg bli kjent med den aktive og livsglade sønnen som nå var borte, fordi han ikke hadde krefter til å forbli i livet.

JEG DELTE MIN HISTORIE

Siden min bok *Ingenmannsland* kom

ut, har jeg hatt utallige slike samtaler. Jeg delte min historie, og andre tar kontakt for å dele sin. I alt som er forskjellig, har vi alltid noen fel-

«Jeg vil at du skal vite at det jeg fortsatt savner mest, er din oppmerksomhet.» ■

les møtepunkter. Vi blir alltid enige om at kreft er noe faenskap vi hadde gjort hva som helst for å unngå. Noe

mer har ingen av oss å si om det. Og så håper vi at medisinske framskritt skal spare framtidige pasienter for noen av de vonde senskadene vi sliter med. Ingen ting vil være bedre enn det. Men nesten alle samtaler dreier på et eller annet tidspunkt tilbake til det samme temaet: tausheten som gjorde denne tilværelsen så utrygg, kunnskapshullene som gjør den så vanskelig å mestre, og det rungende fraværet av kompetent støtte og hjelp.

ØNSKER ÆRLIGHET

Jeg blir ofte spurt om hva jeg hadde ønsket annerledes den gangen jeg fikk diagnosen. Og jeg svarer alltid det samme: Jeg skulle ønske at noen snakket rett fra levra og ærlig forberedte meg på at livet mitt kanskje

ville bli forandret. Jeg hadde ikke noe behov for en liste over potensiell elendighet, men jeg skulle inderlig ønske noen hadde fått meg til å forstå at sykdommen og behandlingen kanskje ville sette spor for alltid. Og så håper jeg virkelig de ville avsluttet samtalen med å fortelle at dette var noe vi skulle finne ut av sammen, når bare behandlingen var avsluttet.

For brutalt, sier du? Vi kan vel ikke utsette mennesker som nettopp har fått en kreftdiagnose, for enda flere dårlige nyheter, spør folk jeg møter i helsevesenet. Enkelte lurer til og med på om det kanskje vil få pasienter til å vegre seg mot behandlingen. Min personlige favoritt er de som bekymrer seg for at det vil gi et ras av erstatningssaker. Mulig det. Jeg kan ikke skrive ut noen garanti mot vanskelige pasienter med dårlig dømmekraft. Men jeg tror ganske mange vil svare som meg: Behandlingen styrer dere. Men jeg trenger et realistisk fundament for veien videre i livet. Og du behøver ikke tenke et sekund på å beskytte meg mot sannheten, for i konkurranse med dødsangst er i grunnen ingenting skremmende.

HVA SKJER MED MEG?

Før tenkte jeg på dette som min sære og personlige opplevelse. Men jeg hører den samme fortellingen om og om igjen. Pasienter går uforberedt ut av en behandlingssituasjon der de har fått fantastisk hjelp, omsorg og støtte. Så står de ustøtt på egne ben med håp og forventninger om å være på vei tilbake til «det normale».

Det første som slår inn, er utryktheten og frykten, for vi skjønner ikke hva som skjer med hodet og kroppen. Foreløpig er det kanskje ikke så farlig. Men så kommer skyldfølelsen og skammen gradvis snikende. Siden vi aldri hørte – eller allerede har glemt – de få ordene om senskader, blir plagene et uttrykk for vår egen utilstrekkelighet. Det er jeg som ikke er flink nok, som ikke vil nok, og som ikke prøver hardt nok. Det som ikke er

normalisert, er mot normalt. Til slutt kommer ensomheten og følelsen av å være forlatt.

Hvordan skal jeg kunne forklare, hvor kan jeg få råd, hvor finner jeg ressursene, støtteapparatet og verktøykassa som kan hjelpe meg

«Pasienter går uforberedt ut av en behandlingssituasjon der de har fått fantastisk hjelp, omsorg og støtte.»

med å mestre denne tilværelsen? Fastlegen er ubekvem, sykehusspesialisten gransker cellene, og psykologen spør om barndommen og forholdet til mor. Vi står i dette alene, og for mange er det en opplevelse som påfører mye mer skade og smerte enn litt tidlig informasjon om de mulige konsekvensene av behandlingen noen gang kunne gjort.

MITT BRYSSOMME SPØRSMÅL

Min lengsel etter de gode og ærlige samtaler tar dessverre aldri slutt. Jeg vet det er min feil, men det er et lite spørsmål som jeg fortsatt ikke får meg til å stille. Tror faktisk ikke jeg har forlatt en legetime eller et sykehusbesøk de siste ni årene uten å angre, men jeg finner aldri den rette anledningen til å spørre. Kanskje fordi jeg aldri er helt sikker på når det passer, eller hvem jeg skal spørre. Og så skjønner jeg hvor forferdelig travelt dere har det. Jeg ser hvordan dere løper fra den ene pasienten til den andre, så jeg tenker alltid at spørsmålet mitt er for lite til å overbelaste en utmattende arbeidsdag. Dessuten vet jeg jo godt at noen trenger dere mer enn det

jeg gjør. Hvilken rett har jeg til å stjele tiden din fra noen som trener den mer – her og nå?

Så jeg biter det i meg. Men jeg tenkte at jeg kanskje kunne stille det nå, så derfor:

Unnskyld, men har du et par minutter? Jeg har ingen organer som skal undersøkes. Du behøver ikke stille noen diagnose eller henvise meg til videre behandling. Legen har nettopp sjekket alt og forsikret meg om at jeg er frisk. Men kan vi veksle noen ord likevel? Jeg skulle så gjerne snakket litt om hvordan jeg har det. Det er mange som bryr seg om meg, men jeg har et utrolig behov for fryktløs, vennlig og omsorgsfull kunnskap. Og jeg tenker at ingen har mer av det enn deg.

KAN NOEN SE MEG?

Jeg har ikke behov for noen samtale om hvordan jeg kan bli frisk, for det blir jeg aldri. Men livskvalitet er ikke bare for dem med god helse. Mange opplever det kanskje slik, men det gjør ikke jeg. Jeg lever et rikt, meningsfullt og morsomt liv til tross for at helsa er helt begredelig. Men det koster absolutt alle kreftene jeg har. Jeg går meg vill, og jeg går på trynet, og jeg sliter meg ut. Om igjen og om igjen.

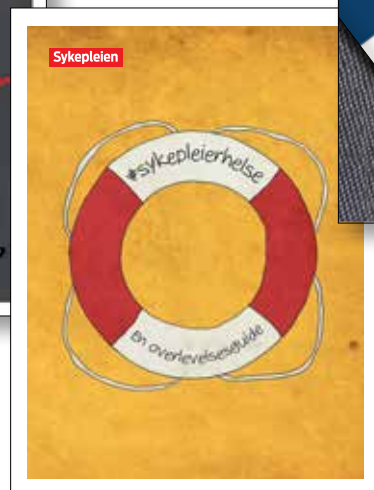
Jeg hadde blitt så utrolig takknemlig hvis noen med kunnskap, erfaring og tid inviterte til en liten prat om hvordan det er å være meg. Jeg vet ikke helt hva jeg vil oppnå, kanskje bare noen gode råd eller strenge formaninger.

Jeg hadde ikke vett til å si det da jeg gikk inn dørene på Radiumhospitalet våren 2009. Jeg fikk meg ikke til å si det da jeg gikk inn på Rikshospitalet høsten 2018. Men jeg vil at du skal vite at det jeg fortsatt savner mest, er din oppmerksomhet. At noen ser meg – ikke som en kropp med ødelagte deler – men som en hel person med noen behov som ikke blir møtt. Noen som vet at helse er mer enn fraværet av sykdom. Kanskje jeg kan manne meg opp til å spørre deg?

#sykepleien

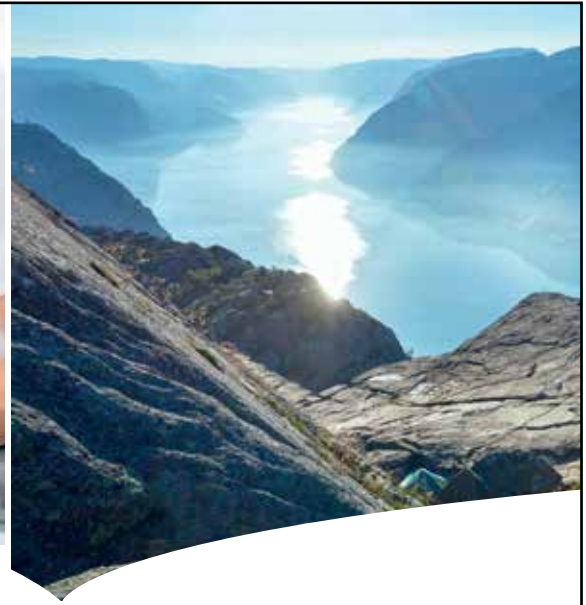
Sykepleien gir ut bokasiner, spesialutgaver om ett tema.
De kan bestilles her: webshop.nsf.no

Til nå har disse kommet ut:



Pris medlemmer kr 129 + porto,
pris ikke-medlemmer kr 149 + porto

Sykepleien



Sykepleier eller spesialsykepleier til spennende jobb

Denne høsten har vi flere ledige oppdrag enn noen gang fra Tromsø i Nord til Oslo i Sør. Du kan oppleve vakker natur eller storbyliv.

Vi har spesielt stort behov for intensivsykepleiere, nyfødteintensivsykepleiere og barnesykepleiere. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge.

Nå har du virkelig sjansen til å reise å oppleve nye avdelinger og nye eksotiske steder.

Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse. Vi dekker din reise og bolig.

www.dedicare.no/nurse

+47 74 80 40 72 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE