

Håndbok i lindrende behandling



*"Aldri skade,
av og til helbrede,
ofte lindre,
alltid trøste!"*

Hippokrates

Lindring i nord

Kompetansesenter for lindrende behandling / Váidudandivššu gealboguovddáš



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVISSU



Håndbok i lindrende behandling

Del 1. Innhold

Lindrende behandling – når livskvalitet er fremste behandlingsmål	5
Kartlegging og vurdering av symptomer	7
Smerte	8
Smertetrapp.....	8
Adjuvante midler og problemsmerte.....	12
Retningslinjer for konvertering mellom opioider.....	12
Konverteringstabell for opioider	14
Bruk av smertepumpe	14
Flytskjema smertebehandling	14
Kvalme, brekninger og oppkast	16
Medikamentell behandling av kvalme	17
Flytskjema kvalmebehandling	18
Obstipasjon og diaré	19
Mekanisk obstruksjon i GI-traktus	21
Ileuspumpe.....	21
Munnproblemer	23
Ernæring og væsketerapi	25
Dyspné	27
Pleuravæske	29
Hemoptyse	31
Hoste og hikke	32
Depresjon og angst	33
Delir/forvirring	34
Kramper	35
Ascites	36
Ikterus	37
Fistler	38
Urinveisobstruksjon	39

Nyresvikt	40
Kløe	40
Kreftsår og ulcererende tumorer	42
Lymfødem	43
Anemi og blødning	44
Trombocytopeni	45
Trombose - profylakse og behandling	46
Hyperkalsemi	47
Palliasjon hos den eldre pasient	48
Palliativ strålebehandling	49
Terminalfasen – de siste 48 timene	50
Nyttige medikamenter	52
Sedasjon i terminal fase	53
«Den vanskelige samtalen»	54
Litteraturliste	57
Nyttige Internett-adresser	58
Trygde- og støtteordninger	59
Trygdeytelser	59
Ved dødsfall	60
Helseforetakene	61
Annen økonomisk støtte	61
Medisinutgifter ved avansert kreft	62

Del 2. Innhold

1. Innledende ord	67
Miste	67
Sorg.....	67
2. Kommunikasjon som en del av lindrende behandling	68
Å våge å snakke om vanskelige ting	68
Å gå inn i samtalen	68
Den nådeløse ærlighet? Om åpenhet, håp og hjelpeløshet.....	70
3. Åndelige/eksistensielle behov	72
Fortellingen om livet.....	72
Flere slags former for skyldfølelse	72
Symboler og ritualer	73
Religioner og livssyn.....	73
Prestens temaer.....	74
Kirkens ritualer	74
4. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten	75
Om forberedelse til utskrivning fra sykehuset.....	75
Om ansvarsfordelingen.....	76
Helsepersonells rolle ved dødsfall i hjemmet.....	76
5. Alternativ medisin og pasientens selvbestemmelsesrett	78
6. Ressurser i helseregion nord	79
Litteraturliste del 2	80

Lindrende behandling

- Når livskvalitet er fremste behandlingsmål

Kompetansesenteret "Lindring i Nord" (LIN) gir med dette ut en oppdatert og utvidet utgave av *Håndbok i lindrende behandling*. Første del av håndboken er medisinskfaglig og omhandler symptomer og behandlingen av disse. Fortsettelsen orienterer om sorg og sorgprosesser knyttet til alvorlig sykdom og død. Deretter følger en veiledning i kommunikasjon og åndelig/eksistensiell omsorg, og siste del tar opp samarbeidet mellom sykehuset og den lokale helsetjenesten.

Håndbokens forskjellige deler kan leses uavhengig av hverandre, og vårt håp er at boken som helhet skal gi en oversiktlig og kortfattet veiledning om de viktigste sider ved den lindrende behandling.

Lindrende (palliativ) behandling innebærer kartlegging og lindring av symptomer og plager som nedsetter eller ødelegger en pasients livskvalitet, samtidig som man verken har livsforlengelse eller helbredelse som siktemål. Denne manualen omhandler først og fremst lindrende behandling ved avansert kreftsykdom, selv om arbeidsform, tankegang og teknikker også kan appliseres på andre kroniske, uhelbredelige eller dødelige sykdommer.

Lindrende behandling representerer en stor utfordring. Mens kurativ medisin ofte er standardisert og rimelig utvetydig, vil lindrende behandling kreve stor grad av individualisering. De enkelte symptomer løper i hverandre i uklare årsaks- og virkningsforhold, iverksatt behandling vil i seg selv kunne endre symptombildet og bidra med nye plager (bivirkninger) og det hele modifiseres, forsterkes og forvrenses av psykiske, sosiale, familiære, økonomiske og eksistensielle faktorer hos

pasienten og de pårørende. For full forståelse av de prosesser som en alvorlig syk pasient gjennomlever, kreves ofte et tverrfaglig samarbeid slik at alle sider ved en pasients livssituasjon blir belyst.

Vellykket lindrende behandling krever:

- Kunnskap om de tilgjengelige redskaper (medikamenter, teknikker)
- Tilgang til redskapene
- Vilje og evne til å ta redskapene i bruk
- Innsikt i og korrekt fortolkning av pasientens totale symptombylle
- Evne og vilje til oppfølging og justering av behandlingen etter hvert som symptombyllet endrer seg og sykdommen progredierer

Mens moderne kurativ behandling (kirurgisk, farmakologisk eller radioterapeutisk) innebærer en aggressiv tilnærming til problemene og klare målsetninger for virksomheten (helbredelse, livsforlengelse), er holdningen til lindrende behandling tradisjonelt sett atskillig mer defensiv og uklar. Det er imidlertid ingen grunn til at lindrende behandling skal ligge noe tilbake for kurativ medisin når det gjelder resultatorientering, offensiv tilnærming og klare definisjoner av mål. Selv om full symptomfrihet neppe kan garanteres i noe tilfelle, må det kunne garanteres at vår innsats for å oppnå symptomkontroll og akseptabel livskvalitet bedømt av pasienten selv er en kontinuerlig prosess som helsevesenet faktisk er villig til å ta ansvaret for.

De senere årene har "Norsk forening for palliativ medisin" gitt ut retningslinjer for symptomlindring. Legeforeningen jobber med en revisjon av "Retningslinjer for smertebehandling i

Norge” som første gang kom i 2003, og i 2008 kom ”Nasjonale retningslinjer for palliasjon” – alle gode dokumenter. Likevel velger vi å utgi håndboken da denne for mange av oss er et praktisk hjelpemiddel i hverdagen. Igjen har vi valgt å ikke skrive referanser til hvert kapittel, men hovedkildene våre i utarbeidelsen av første kapittel er anført på side 57.

Vi takker for god hjelp fra kolleger ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), gode kolleger fra resten av Norge og spesielt takk til prof. Janet Hardy og medarbeidere fra Mater Hospital, Brisbane.

Innholdet i denne permen er tilgjengelig via LINs hjemmeside: <http://www.unn.no/lin>. Håndboken distribueres vederlagsfritt til relevant helsepersonell i Helseregion Nord, og fås ved å kontakte ”Lindring i Nord”, Kreftavdelingen, UNN. Boken er også tilgjengelig for andre interesserte mot betaling. Vi oppfordrer til aktiv bruk av boken, i praktisk arbeid og undervisning. Kopiering er tillatt, men vi anmoder da om at ”Lindring i Nord” oppgis som referanse.

Tromsø, januar 2012

Tone Nordøy
Onkolog
Kreftavdelingen, UNN

Rune Svensen
Gastrokirurg
Haukeland Universitetssykehus

Magnar J Johansen
Lege
Kreftavdelingen, UNN

Marjolijn Buitink
Kreftsykepleier
Tidl. LIN, Vefsn

Bente Ervik
Kreftsykepleier
LIN, UNN

Ulf Aasebø
Lungelege
Lungeavdelingen, UNN

Kathrine Magnussen
Kreftsykepleier
LIN, UNN

Jens Boge
Teolog
Tidl. sykehusprest, UNN

Kartlegging og vurdering av symptomer

Edmonton Symptom Assessment System er et nyttig kartleggingsverktøy for symptomregistrering innen fagfeltet palliasjon. Det er utviklet ved Edmonton General Hospital, Edmonton, Canada 1991. Skjemaet er oversatt til norsk og justert ved Seksjon lindrende behandling (SLB), St. Olavs Hospital.

Pasienten fyller selv ut skjemaet. Det er nyttig både som utgangspunkt for kartlegging av pasientens plager og som oppfølging av den behandlingen som blir iverksatt. ESAS skjemaet vil erstattes av en revidert utgave som heter ESAS-r i løpet av 2012. Se nettside for aktuelt ESAS-skjema, smertejournal og oppfølgingskjema www.unn.no/lin.

Kompetansesenter for lindrende behandling
Kreftavdelingen, Universitetssykehuset Nord Norge HF

Hvordan har du det i dag?

Dato: _____ Kl.sl.: _____

Barkode _____

Smerte – i ro |-----|
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Smerte – ved bevegelse |-----|
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Slapphet |-----|
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Kvalme |-----|
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Forstoppelse |-----|
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Tungpust |-----|
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Munntørret |-----|
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Matlyst |-----|
Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Angst /uro |-----|
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Trist/deprimert |-----|
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?

Bra 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Utfylt av: _____

Bygger på ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), revidert ved Seksjon lindrende behandling (TPAT), St Olavs hospital Trondheim

Smerte

Smertebehandling er selve hjørnesteinen i lindrende behandling. Smerte er det symptom både pasient og pårørende frykter mest, og for ca. 70 % av alle pasienter med avansert kreft er smerte et problem. Ubehandlet smerte gir mange sekundær-problemer (kvalme, angst, depresjon, anoreksi, søvnproblemer, kakeksi osv) og lykkes man ikke med smerte-behandlingen, vil de fleste problemer forbli uløst. Omvendt gjelder at dersom smertebehandlingen er vellykket, vil mange andre problemer selv finne sin naturlige løsning. Vær oppmerksom på at pasienter ofte unnlater å rapportere smerte. Det må derfor stilles målrettede spørsmål, og spørsmålene må ofte gjentas. Bruk av smertekart og ESAS anbefales.

Vellykket smertebehandling krever systematisk, tverrfaglig tilnærming både for diagnostikk og behandling. Det anbefales å tilstrebe kausal behandling etter forutgående utredning. Dernest anbefales bruk av standardisert "smertetrapp" (se flytskjema) med oppmerksomheten rettet mot "problemsmerte" og flittig bruk av adjuvante medikamenter og teknikker (anestesiologi, neurokirurgi, ortopedi, kirurgi, intervensjonsradiologi).

Strålebehandling skal alltid vurderes ved smertefulle skjelettmetastaser!

Smertetrapp

Trinn 3: Invasive teknikker (lokale og regionale blokader)

Trinn 2: Ev. trinn 1 + opioider (peroralt, parenteralt)

- Morfin (Morfin – Dolcontin)
- Ketobemidon (Ketorax)
- Oxykodon (OxyContin – OxyNorm)
- Fentanyl (Leptanal, Instanyl, Abstral, Durogesic)
- Hydromorfon (Palladon)
- Metadon

*)

Trinn 1: Perifert virkende (peroralt, parenteralt)

- Paracetamol/ Perfalgan
- NSAID

Adjuvante "koanalgetika"

- Antidepressiva
- Antikonvulsiva
- Steroider

.. OG IKKE GLEM laksantia!!!

*) Paralgin Forte, Tramadol, Norspan ("svake opioider") kan benyttes som intermediert trinn, men har maksimaldose og må ved utilstrekkelig effekt erstattes av sterke opioider.

Første trinn: Paracetamol tabl. eller Perfalgan 0,5-1 g x 4 eller NSAID.

Paralgin Forte, Tramadol eller Norspan ("svake opioider") kan benyttes som et intermediært trinn, men har maksimaldose og må ved utilstrekkelig effekt erstattes av sterke opioider.

Andre trinn: Depotopioid + ev. paracetamol eller NSAID.

Startdosen av depotopioid, bestemmes ut fra pasientens alder og vekt, og ev. pågående bruk

av svake opioider.

- Dolcontin tabl. 10-30 mg x 2.

Juster 30-50 % daglig til effekt ved døgndose under 80 mg. Ved høyere doser anbefales forsiktigere opptrapping, f.eks. 10-20 %.

Husk å legge til behovsmedikasjon ("rescue-morfin") i det totale døgnsregnskapet.

- OxyContin tabl. 10 mg x 2

Justeres som i eksempel over.

- Palladon depot 4 mg x 2

Justeres som i eksempel over.

Eksempel: Pasienten står på Dolcontin 30 mg x 2 og har brukt morfin 4 x 10 mg som behovsmedisin. Neste dags dosering blir da:

	Dolcontinforbruk:	30 mg x 2 = 60 mg
	Morfinforbruk:	40 mg
	Døgnforbruk:	100 mg
Dersom pasienten er godt smertelindret:	Ny Dolcontindose	50 mg x 2
Dersom pasienten ikke er godt smertelindret:	Legges til 20%:	20 mg
	Ny Dolcontindose:	60 mg x 2
NB! Ny dosering morfin ved behov:	120 mg /6 = 20 mg	

Ved behov for annen administrasjonsmåte:

- Fentanyl (Durogesic eller Fentanyl) depotplaster, startdose: 12 µg/h tilsvarer et morfinbehov på 20-30 mg/24t. Dette kan være en bra startdose for eldre pasienter.

Hos yngre, relativt spreke pasienter med behov for > 40 mg morfin eller 6-8 Paralgin Forte i døgnet, starter man direkte på 25-mikrogramsplasteret. Smerteplaster egner seg best for pasienter med en relativt stabil smertesituasjon da plasteret skiftes hvert 3. døgn. Det er i tillegg ideelt hos pasienter som ikke kan eller ønsker å ta medikamenter peroralt.

- Subkutan/intravenøs smerte-pumpe, se side 15.
- Morfin 30-50 % av peroral døgndose infunderes per døgn.
- Ev. tilsett haloperidol (Haldol) 1-5 mg/24 t (mot kvalme).
- Andre medikamenter som kan tilsettes pumpe, se side 15.

Behovsmedikasjon ("rescue-dose") ved gjennombruddssmerter:

- Morfin tabl./mikstur, Ketorax, OxyNorm, Palladon tabl./mikstur.

1/6-1/10 av døgndose. Vær oppmerksom på at smertelindrende effekt kan komme opptil 30-60 min etter administrering peroralt. Ved behov for akutt smertelindring må intravenøs eller subkutan adm vurderes.

Se tabell side 13.

- Fentanyl gis ved behov som nesenspray (Instanyl) eller sublingvaltablett (Abstral). Se Felleskatalogen for dosering.

Forebygg forstoppelse

Alle pasienter som behandles med opioider i mer enn noen dager skal ha:

- Info om at forstoppelse er vanlig
- Kostråd: fiberholdig mat, rikelig væskeinntak
- Profylakse med laksantia
- Vurder kombinasjonen oksykodon+nalokson (Targiniq)

Huskeregul vedr. dosering for eldre pasienter som skal starte med opioider: "Start low, go slow!"

Ekvianalgetiske doser i forhold til peroral morfin

Medikament	Ekvianalgetiske doser	Virkningstid
Kodein	60 mg tilsvarer 7-10 mg morfin po	3-5 timer
Tramadol	50 mg tilsvarer 10 mg morfin po	2-4 timer
Oksykodon	5 mg tilsvarer 10 mg morfin po	3-4 timer
Hydromorfon	1,3 mg tilsvarer 10 mg morfin po	4-5 timer
Fentanyl (transdermalt)	25 µg/t = 50-100 mg morfin/24t	72 timer
Buprenorfin (transdermalt)	10 µg/t = 20 mg morfin po/24 t	1 uke

Adjuvante midler og problemsmerte

Steroider

- Kortikosteroider er nyttig ved f.eks. beinsmerter, neuropatisk smerte, kapselspreng og trykksymptomer fra hjerne og medulla.
- Vær oppmerksom på bivirkninger ved langtidsbruk av kortikosteroider. Seponer ved manglende effekt, trapp ellers ned til laveste effektive dose.
- Vurder gastroprofylakse med protonpumpehemmer hos pasienter med gastroøsofageal reflukssykdom, tidligere ulcus, eller de som utvikler dyspepsi.
- Eldre kan bli forvirret av høydose steroider.
- Sjekk ev. hyperglykemi ved vedvarende høy dosering.
- Kombiner ikke NSAID/ ibuprofen og steroider pga økt risiko for ulcus.

Omregningstabell kortikosteroider

Substans	Glukokortikoid (og antiinflammatorisk) effekt	Ekvivalent dose i mg		Biologisk virkningstid (varighet i timer)
Hydrokortison	1	20	80	8-12
Prednisolon	4	5	20	15-48
Metylprednisolon	5	4	16	15-48
Deksametason	25-30	0.75	3	36-72

Biotilgjengeligheten er anslagsvis 20-40 % lavere for deksametason enn for prednisolon og metylprednisolon (Medrol), noe man bør ta høyde for ved peroral dosering.

NB! Pga. lang halveringstid kan de fleste kortikosteroidene doseres x 1, spesielt deksametason. Unntak er i øhj.situasjoner som for eksempel ved økt intrakranielt trykk eller medullakompresjon, hvor man har klinisk tradisjon for å starte med dosering 4 ganger i døgnet (Medrol 16 mg x 4). Så snart tilstanden er stabil, bør dette doseres sjeldnere.

Neuropatisk smerte:

Opioider er førstevalg hos kreftpasienter, suppler ev. med:

- Gabapentin (Neurontin), start med 300 mg om kvelden. Øk gradvis til 300 mg x 3, og etter hvert til 600–1200 (maks) x 3. Minst 3 dager mellom hver doseøkning. Obs. nyrefunksjon!
- Pregabalin (Lyrica) tabl. 75 mg x 1–2, gradvis opptrapping hvert 3. til 7. døgn inntil 300 mg x 2. Til eldre og de med bivirkninger startes forsiktigere med 25 mg om kvelden. Obs. nyrefunksjon!
- Amitriptylin (Sarotex) tabl. 10–25–50 mg om kvelden. Ev. x 3. Ev. Sarotex Retard 25–75 mg om kvelden med gradvis opptrapping av dosen. Meget forsiktig til eldre pasienter!
- Nortriptylin (Noritren), færre antikolinerge bivirkninger enn amitriptylin. Start lavt. 5–10 mg om kvelden, og øk gradvis til 50 mg om kvelden.
- SNRI-prep. Venlafaxin (Efexor) og duloksetin (Cymbalta) har vist å ha effekt ved smertefull polynevropati og har mindre bivirkninger. Forsøkes hvor man ikke kommer i mål med TCA eller antiepileptika, eller der disse medikamentene gir for mange bivirkninger.
- Tramadol (Nobligan, Tramadol) er både et svakt opioid og en serotonin- og noradrenalin-reopptakshemmer. Kan ha effekt ved neurogen smerte.
- Capsaicin (Zostrix) krem eller Lidoderm (lidokain plaster, regfritak) kan vurderes ved et lokalt smerteproblem (berøringsallodyni).
- Kortikosteroider brukes ved økt intrakranielt trykk eller medulla- og/eller rotkompresjon. Metylprednisolon (Medrol) 16 mg x 4 eller deksametason (Fortecortin) 4 mg x 4 ved økt intrakranielt trykk eller medullakompresjon. Gradvis nedtrapping av dose etter at behandling har kommet i gang.

Skjelettsmerter:

Overvei alltid strålebehandling eller kirurgi.

- Paracetamol eller NSAID.
- Kortikosteroider (metylprednisolon, deksametason eller prednisolon). Start med f.eks. Prednisolon 40–60 mg x 1

og trapp ned til vedlikeholdsdose.

- Bisfosfonat bør vurderes hos pasienter med skjelettmetastaser og lenger forventet levetid. Zoledronat (Zometa) eller pamidronat-infusjon hver 4. uke eller sjeldnere kan vurderes. Ibandronat-tabletter (Bondronat) er et alternativ ved brystkreft og skjelettmetastaser. Denosumab (Xgeva) kan erstatte bisfosfonat. Gis subkutan hver 4. uke.
- NB! Unngå å kombinere NSAID og kortikosteroider på grunn av bivirkninger (ulcus).

Viscerale smerter:

Overvei kirurgi, ev. cøliakus-blokade ved pankreascancer.

- Metylprednisolon (Medrol) 32 mg x 1 eller prednisolon 20–40 mg x 1 ved kapselspreng.

Kolikksmerter:

Overvei alltid mulighet for kirurgi. Se side 21.

- Subkutan smertepumpe, ev. ileuspumpe.

Ved manglende effekt eller uttalte bivirkninger:

Vurder: Opioid-skift eller annen administrasjonsform, f.eks. fra po til sc/ iv smertepumpe. Oksykodon, ketobemidon, metadon, fentanyl, hydromorfon og alfentanil er andre opioider. Ketamin-, lidokain- og klonidin-infusjon kan forsøkes. Brukes i samråd med anestesilege. Metadon er et meget godt analgetikum og har antagelig andre smertestillende effekter (NMDA-reseptorantagonist) utover det å være et opioid, men er vanskeligere å styre pga. større forskjeller i halveringstid mellom individer. Bør brukes i samråd med spesialist. Metadon er mye benyttet i LAR – legemiddelasistert rehabilitering. Pasienter som trenger analgetika og som allerede bruker metadon, kan med fordel benytte dette også i smertebehandling.

Vurder invasive teknikker som: epidural- eller spinalkateter. Nerveblokader, for eksempel cøliakusblokade ved pankreascancer. Kordotomi o.a. neurokirurgiske teknikker.

NB! Kontakt smerteklinikk eller kreftavdeling. IKKJE GJE OPP!!!

Retningslinjer for konvertering mellom opioider

Generelt: Ved høye doser må lavere dose (50 %) vurderes ved bytte av opioid eller adm. form (se tabell for rødt område).

Fra morfin depot po til subkutan smertepumpe med opioid (morfin/oksykodon/hydromorfon): Start pumpen straks avgjørelsen om å skifte er tatt. Se tabell for veiledende dose. Velg lavere dose de første timene dersom pasienten er smertefri ved oppstart. Makseffekt av depotopioid po vedvarer inntil 12 timer. Ved smerter kan man gå rett på full dose. Bruk ekstrastøt ved behov av nytt medikament. Juster døgndosen i pumpen etter ca 12-24 timer, basert på forbruk.

Fra subkutan smertepumpe til depotopioid po: Ta første tabl. depotopioid (døgndose/2) jf tabell. Stopp pumpen etter 1 time. Depotopioid po når maks analgetisk effekt innen 2-6 timer. Gi ekstradoser opioid ved behov (sc eller po). Juster depotopioid po dosen etter ca 24 timer, basert på forbruk av hurtigvirkende opioid.

Fra subkutan smertepumpe med opioid til fentanylplaster: Sett på plaster etter tabell. La pumpen gå på full dose i 4 timer. Reduser så til 50 %. Stopp pumpen etter 12 timer. Heretter gis bare ekstrastøt inntil pumpen fjernes etter 24 timer.

Fra depotopioid po til fentanylplaster: Sett på plaster når siste tabl. tas. Dekk med hurtigvirkende opioid etter behov. Juster ev. plasterstyrken ved plaster nr 2 (3. døgn).

Fra fentanylplaster til depotopioid: Fjern plaster. Ta første depotopiodtabl. etter 6 timer. Ofte hensiktsmessig å fjerne plaster 6 timer før kveldsdose depotopioid. Hurtigvirkende ved behov. Juster dosen etter 1-2 døgn.

Fra fentanylplaster til subkutan smertepumpe med opioid: Finn fentanyldose fra tabell og omgjør til sc dose med valgt opioid. Start med 50 % dose av dette. Sett på pumpen straks avgjørelsen om skifte er tatt. Fjern plaster. Juster opp dosen i pumpen gradvis videre. Gi ekstradoser ved behov.

Fra subkutan smertepumpe til intravenøst drypp. I prinsippet forhold: 1:1, men det bør vurderes å dosere iv noe mer forsiktig, f.eks. 3:2 pga potensielt raskere anslag.

Veiledende tiltak ved overdosering av opioider hos palliative pasienter

Vurder våkenhetsgrad, luftvei og respirasjonsfrekvens pr min (RR). Ved RR>10:ingen tiltak; ved RR 8-10: hyppig observasjon evt pulsoksymeter, vurder reduksjon av dose; RR<8: stopp infusjon, 1 ampulle nalokson 0.4 mg blandes med 9 ml NaCl (=10 ml). Gi 0.5 ml av denne blandingen (0.02 mg nalokson) iv hvert 2. minutt til tilfredsstillende respirasjon. Start opp opioid i redusert dose. Ved BT fall >30%: gi ringer 500 ml, vurder nalokson.

Andre konverterings-/ekvipotenstabeller i vanlig bruk i Norge:

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen:

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/behandling>

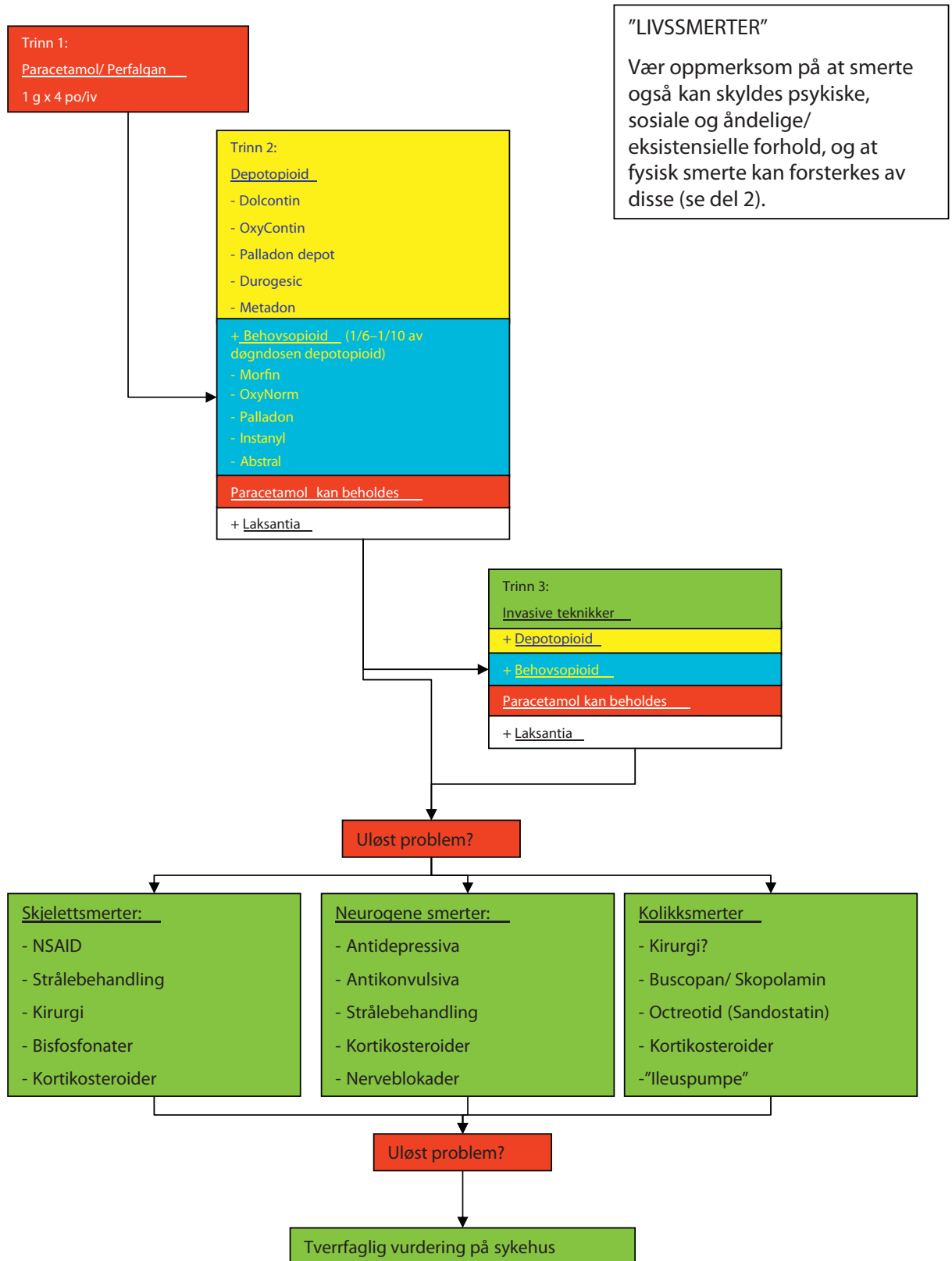
Lovisenberg diakonale sykehus, utviklet av Are Kirkaas Normann:

<https://lovisenbergssykehus.no/Documents/Hospice/Ekvipotenstabell%20for%20opioider%20A4%20mai2019.pdf>

Konverteringstabell for opioider

VEILENDE KONVERTERINGSTABELL FOR OPIOIDER VED PALLIASJON		Lindring i nord, UNN. Versjon april 2019																	
Kodein / tramadol / buprenorfin																			
Paracetamol / kodein (30 mg) komb	tabl per døgn	4	8									Ved høye doser må; 1) lavere grunn dose (50%) vurderes ved bytte av opioid eller adm.form, 2) lavere behovsdose vurderes (ned mot 1/10)							
Tramadol	mg po per døgn	100	200	300	400														
Buprenorfin (plaster)	µg/t tc skiftes hvert 7. døgn	10	20	30															
Morfin																			
Morfin depot	mg po pr døgn (del på 2 doser)	20	40	60	80	100	120	160	200	300	400	500	700	900	1000				
	Behovsdose - mg morfin po	5	10	15	20	25	30	40	60	80	100	125	140	150	185	260	320	390	
Morfin inj	mg sc/iv pr døgn	7	14	20	27	34	40	54	67	100	150	185	260	320	390				
	Behovsdose - mg morfin sc/iv	2	3	4	5	7	8	10	13	15	20	30	50	60					
Oksykodon																			
Oksykodon depot	mg po per døgn (delt på 2 doser)	10	20	30	40	50	60	80	100	150	200	250	350	450	500				
	Behovsdose - mg oksykodon po	2,5	5	5	10	10	15	15	25	30	40	50	60	70	100	125	175	215	260
Oksykodon inj	mg iv/sc pr døgn	4	9	13	18	22	27	36	44	66	100	125	175	215	260				
	Behovsdose - mg oksykodon iv/sc	1	2	2,5	3	3,5	4,5	6	8	12	14	16	25	30	35				
Fentanyl																			
Fentanyl depotplaster	µg/t tc skiftes hvert 3. døgn	12	25	37	50	50	62	75	125	150	200	275	350	400					
	Behovsdose - µg fentanyl bukk/nesespray/sl	Start 50 µg nesespray eller 100 µg bukk/sl. Titrer opp																	
Hydromorfon																			
Hydromorfon depot	mg po per døgn (del på 2 doser)	8	12	16	20	24	32	40	60	80	100	140	180	200					
	Behovsdose - mg hydromorfon po	1,3	2,6	2,6	3,9	3,9	6,5	6,5	10,4	13	16,9	23,4	29,9	33,8	27	33	47	60	67
Hydromorfon inj	mg iv/sc pr døgn	2,6	4	5,3	6,7	8	10,6	13,3	20	27	33	47	60	67					
	Behovsdose - mg hydromorfon iv/sc	0,4	0,7	0,9	1,1	1,3	1,8	2,2	3,3	4,5	5,6	7,8	10	11,2					
po = peroralt	sc = subkutan	iv = intravenøst	tc = transkutan	bukk = bukkalt	sl = sublingualt														

Flytskjema smertebehandling



Bruk av smertepumpe

Smertepumpe brukes for å gi jevn subkutan tilførsel av medikamenter, for eksempel hos pasienter plaget med kvalme eller pasienter med nedsatt bevissthetsnivå.

Medikamentene må kunne administreres subkutan, dvs. ikke gi lokal irritasjon, og medikamentene må ikke forårsake utfellinger. Av smertestillende brukes vanligvis morfin, men oksykodon, ketobemidon, metadon, fentanyl, alfentanil, og sufentanil kan også gis subkutan. Flere av disse medikamentene er kun registrert for iv bruk i Norge. Imidlertid brukes de sc i smertepumpe i flere land, bl.a. UK og Australia. Av kvalmestillende brukes ofte haloperidol (Haldol) i små doser. Metoklopramid (Afipran), ondansetron (Zofran) eller levopromazin (Nozinan) kan også benyttes.

Som beroligende kan midazolam (Dormicum) eller levopromazin benyttes. Ved behov for antikolinerge medikamenter kan butylskopolamin (Buscopan), skopolamin eller glykopyrron (Robinul) tilsettes. Octreotide (Sandostatin) kan hvis behov også tilsettes pumpen. Det anbefales å ikke ha mer enn 3-4 medikamenter i én Pumpe.

Ved blanding med Haldol anbefales morfin uten konserveringsmiddel pga. fare for utfellinger. Bruk minst mulig volum av morfin (dvs. bruk sterk konsentrasjon av morfin dersom høye doser).

Praktisk bruk av smertepumpe

Det er flere modeller å velge imellom. Vi viser til Kreftavdelingens nettsider, www.unn.no/kreft, for gjennomgang av de ulike modellene som vi bruker.

Prinsippene for bruk av medikamenter er imidlertid de samme uavhengig av type Pumpe. Medikamentene gis via en butterfly med forlengingsslange som settes subkutan.

Butterfly-skift foretas hver 3. dag, oftere hvis infiltrat eller inflammasjon. Innstikkssted dekkes med OpSite (eller tilsvarende bandasje) og inspiseres daglig.

Eksempler på medikamentdosering i sc smertepumpe:

- Analgetika: Morfin 30-50 % av peroral døgndose (konverteres etter tabell).
- Antiemetika: Haloperidol 1-5 mg/24 timer, metoclopramid (Afipran) 20-60 mg/24t
- Sedativa: Midazolam (Dormicum) i doser fra 4-10 mg opptil 60 mg /24 t.
- Spasmolytika: Butylskopolamin (Buscopan) 60-100 mg/24 timer eller skopolamin 0,8-2,4 mg/24 timer.
- Antisekretoriske midler: Octreotide 0,3-0,5 mg.

Eksempel:

Omregning fra peroral morfin til smertepumpe

Utgangspunkt: Dolcontin 60 mg x 2

Peroral døgndose divideres med 3:
 $120 \text{ mg} / 3 = 40 \text{ mg}$ per døgn med subkutan morfin

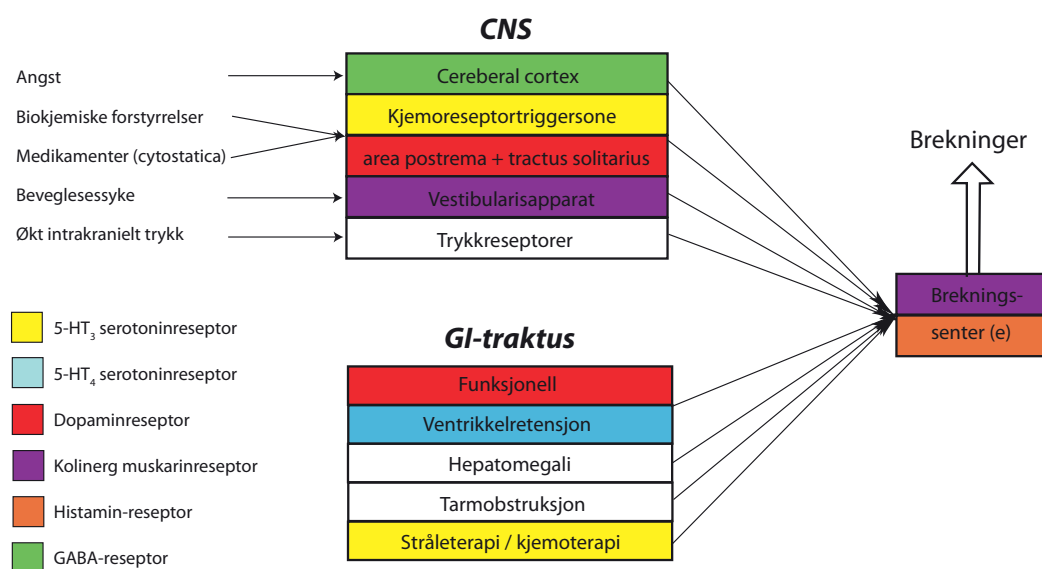
Behovsdose er 1/6 av døgndosen:
 $40 \text{ mg} / 6 = \text{ca. } 7 \text{ mg}$ subkutan morfin.

Kan gis som bolus på pumpen eller som subkutan injeksjon. Alternativt gis 5 mg morfin iv (se konv.tabell).

Kvalme, brekninger og oppkast

Kvalme er utbredt både som primærsymptom og som bivirkning. Kvalme kan være vanskelig å behandle. Om mulig bør årsaken til kvalmen påvises og behandles direkte. Få fram intensitet, døgnvariasjon, relasjon til matinntak, lukt, smaks- og synsintrykk, kroppsstilling/beve-

gelse, tilstedeværelse av brekninger og oppkast osv. Vedlagte flytskjema kan danne mønster for opptrappingsplan og diagnostiske overveielser vedrørende kvalme.



Årsaker/diagnostiske overveielser	Tiltak	Se side
Analgetika (opioider)	Antiemetika, ev. skift opioid	8
Andre medikamenter	Skift/seponer om mulig	
Smerter	Optimaliser smertebehandling	8
Angst		32
Økt intrakranielt trykk (tumor/metastaser)	Kortikosteroider	10
Metabolske forstyrrelser (økt Ca), organsvikt	Korriger om mulig	
Tarmobstruksjon	Kirurgisk vurdering	21
Obstipasjon	Korriger	19
Ulcus pepticum	H2-blokade	
Autonom dysfunksjon	Prokinetika	
Vestibularis-dysfunksjon	Antihistamin	
Anoreksi/kakeksi	Kortikosteroider/megestrolacetat	25

Medikamentell behandling av kvalme

Hvilke medikamenter som bør benyttes, til hvilken tid og i hvilken rekkefølge, avhenger av symptombildet og om pasienten har andre plager som medikamentet ev. kan virke gunstig på. Bivirkningsprofilen må også vurderes nøye.

1. Velg ett medikament fra den medikamentgruppe som med størst sannsynlighet løser problemet.
 2. Øk til høyeste tolererte dose.
 3. Ved manglende effekt, seponer og velg fra en annen gruppe.
 4. Ved partiell effekt, legg til ett medikament fra en annen gruppe.
- Metoklopramid er som regel førstevalg ved oppstart av kvalmebehandling.

Dopaminantagonister med sentral virkning:

- Metoklopramid (Afipran) fra 10–20 mg x 3–4 po/iv. Metoklopramid er også et prokinetikum.
- Haloperidol (Haldol) tabl. 1–4 mg x 1–2, ev. 1–5 mg/24 t i sc. smertepumpe.
- Levomepromazin (Nozinan) 5–25 mg x 1–2 po (5 mg levomepromazin iv/sc tilvarer 10 po).

Nye antipsykotiske medikamenter som olanzepin (Zyprexa) har også kvalmestillende effekt, i tillegg kan det gi økt appetitt og vektøkning. Finnes som smeltetablett. 5–10 mg x 1.

5-HT3-reseptor-antagonister:

- Ondansetron (Zofran) 4–8 mg x 2.
- Navoban 5 mg x 2
- Aloxi 250 µg iv.

Hovedindikasjon: Cytostatika- og stråleindusert kvalme. Gir ofte obstipasjon og kan gi hodepine.

Aprepitant:

Brukes ved kjemoindusert kvalme.

- Emend
- Ivemend

Antihistaminer:

Pga. antimuskarin effekt ikke regnet som førstevalg. Kan være nyttig ved bevegelsesrelatert kvalme, økt intrakranielt trykk og GI-obstruksjon.

- Cyklizin (Marzine) tabl. 1 x 3 eller Valoid 50–150 mg daglig (reg.fritak).

Antikolinergika:

Nyttig om pasienten f.eks. i tillegg er plaget med surkling fra luftveier.

- Scopoderm plaster. Plasser bak øret, skiftes hvert 3. døgn. Ev. tilsett skopolamin i subkutan smertepumpe (0,8–2,4 mg per 24 timer).

GABA-agonist (anxiolytika):

Ved betinget kvalme og angst.

- Diazepam (Vival, Stesolid) tabl./supp 5 mg x 3.

Kortikosteroider:

Nyttig ved anoreksi/kakeksi. Forsøkes ved plagsom senkvalme etter cytostatikakurer.

- Metylprednisolon (Medrol) tabl. 32 mg x 1 eller prednisolon tabl. 40 mg x 1.

Sekresjonshekkere:

Ved inoperabel obstruksjon /pseudoobstruksjon.

- Protonpumpehekkere
- Octreotid (Sandostatin) sc 50–200 mcg x 2, ev. Sandostatin LAR 10–30 mg im per måned hvis effekt og god toleranse.

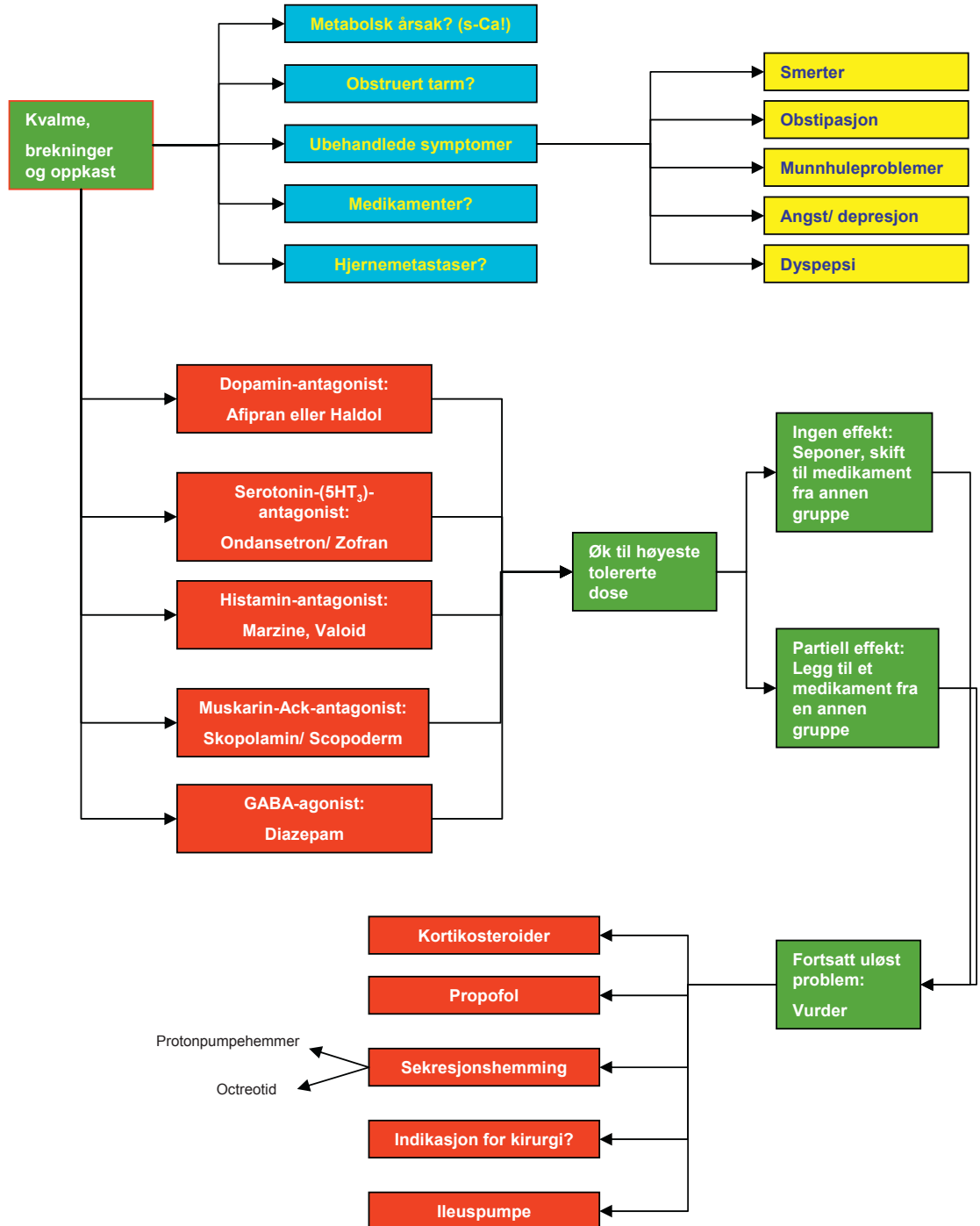
Anestetikum

Dersom man ikke kommer i mål med vanlige tiltak, kan propofoldrypp (Propolipid) vurderes. Start med 0,25–0,5 mg/kg/t. Gjøres i samarbeid med anestesilege. Propofol har best effekt på sentralt utløst kvalme, og vil nødvendigvis ikke gi lindring dersom f.eks. ventrikelretensjon er årsak til kvalmen.

Ved inoperabel obstruksjon:

Vurder subkutan/iv smerte/kvalme-pumpe (ileuspumpe), se side 21.

Flytskjema kvalmebehandling



Obstipasjon og diaré

Obstipasjon er en vanlig og av og til alvorlig tilstand (fare for kolonperforasjon) ved langt-kommen kreft og rammer de fleste kreftpasienter. Tilstanden forårsakes dels av primær-sykdommen, dels av behandlingen og dels av metabolske forstyrrelser relatert til redusert allmenntilstand. I tillegg til generelle råd om kosthold, væsketilførsel og aktivitet skal obstipasjon forebygges aggressivt. Når den er manifest, skal den behandles om nødvendig i sykehus. Vær spesielt oppmerksom på obstipasjonsdiaré, som ofte feiltolkes og behandles som diaré. Diaré er sjeldnere (bortsett fra obstipasjonsdiaré), men representerer et betydelig livskvalitetsproblem for de som rammes.

Obstipasjon: Forebyggende behandling (alltid ved opioidmedikasjon).

Det er ofte nødvendig å kombinere mykgjørende og peristaltikkfremmende medikamenter.

Mykgjørende laksantia, f.eks.:

- Laktulose (Duphalac) mikstur 10–30 ml x 2–3 eller
- Makrogol (Movicol) 1 pose 2–3 ganger daglig

Peristaltikkfremmende laksantia, f.eks.:

- Natriumpikosulfat (Laxoberal) dråper 15–20 x 1–3 + ev.
- Bisakodyl (Toilax) tabl. 1–4 om kvelden + ev. tiltak nevnt under.

Dersom diaré oppstår, opphold i 1–2 dager, deretter ny oppstart i lavere dose. For de fleste er avføring 2–3 ganger per uke et adekvat behandlingsmål.

Obstipasjon: Terapeutisk ved manifest obstipasjon, forslag:

- Fortsett forebyggende regime.
- Movicol 2 poser hver annen time i 6 timer (totalt 8 poser). Kan også brukes ved rektal impaksjon.
- Oljeklyks, repetert (3–4/dag) ev. 1–2 liter klyster/dag.

I vanskelige tilfeller kan natriumdihydrogen fosfadihydrat (Phosforal) eller polyetylglykol (Laxabon, X-Prep) som brukes til tarmtømming vurderes.

"Shaws cocktail"

1 spiseskje Senokot-granulae røres ut i litt varmt vann, tilsettes 20 ml flytende parafin. Blandes til 100 ml med kald melk eller is krem. Doseres én gang daglig.

Vanskelig opioidindusert obstipasjon

Dersom behandling med laksantia ikke hjelper, kan man forsøke å oppheve opioideffekten på tarm ved hjelp av medikamenter som inneholder nalokson. I små doser vil nalokson ikke krysse blod-hjerne-barrieren og dermed ikke påvirke sentral smertelindrende effekt av opioider. Det vil derimot kunne ha meget god effekt på opioidreseptorer i tarmen. Enkelte kan oppleve økende buksmerter i starten pga. økende tarmmotorikk. NB! Skal ikke brukes ved fare for tarmobstruksjon.

- Oksykodon + naloksone (Targiniq) kan brukes i stedet for oksykodon opp til 80 mg, eller som tillegg ved høyere doser. Trapp opp dosen over noen dager da noen opplever økende buksmerter i starten.
- Metylnaltrekson (Relistor) krysser ikke blod-hjerne-barrieren og virker derfor kun peri-

fert, gis subkutan og er førstevalg dersom peroral behandling er uhensiktsmessig. Doseres etter vekt. 12 mg (0,6 ml) sc hvert 2. døgn ved kroppsvekt 60–115 kg. For øvrige se Felleskatalogen. Har effekt hos ca. 50 % av kreftpasientene. Har effekt innen 4 timer, gjenta daglig eller hver andre dag inntil 4 ganger dersom ikke effekt. Kan brukes ved behov. Vanlig laksantia og tømningmidler skal brukes i tillegg.

- Naloxone blokkerer opioidreseptorer både perifert og sentralt, men ved peroral administrasjon er kun 1 % biotilgjengelig. Studier har vist at perorale doser på inntil 5 mg per døgn kun i ubetydelig grad blokkerer sentrale reseptorer, mens de perifere reseptorer i tarm blokkeres i høy grad. Men terapeutisk vindu er smalt. Gi Naloxon injeksjonsvæske peroralt (blandes med vann), start med 0,4 mg x 4, øk neste dag til 0,8 mg x 4. Seponer hvis ingen effekt etter to døgn.

NB! Gastrokirurgiske og -medisinske avdelinger har ofte gode råd for denne problemstillingen! Ileostomi kan vurderes i spesielt behandlingsrefraktære tilfeller.

Diaré, behandlingsforslag:

- Kostregulering (fiberfattig kost)
- Vurder intravenøs væskesubstitusjon.
- Ispaghula (Vi-Siblin) 6 mg x 3 po.
- Loperamid (Imodium) tabl./mikstur 2–4 mg x 2–4 etter effekt.
- Opiumsdråper 5–30 x 1–2 (magistrell forskrivning "Tinctura opii 9g").
- Fordøyelsesenzym (Creon, Pankrease) tabl. 2 x 3 ved pankreasinsuffisiens.
- Colestyramin (Questran) 4 g x 3–4 ved gallesyremalabsorpsjon.
- ASA/NSAID ved akutt stråleenteritt.

Mekanisk obstruksjon i GI-traktus

Tarmobstruksjon inntreffer hos ca. 3 % av pasienter med langtkommen kreftsykdom. Det er en overhyppighet ved kolorektalcancer (15–20 %) og ovarialcancer (25–40 %). Det er verdt å merke seg at strangulasjonsrisikoen ved malign tarmobstruksjon er lav (under 4 %). Dermed er det sjelden indikasjon for akutt, livreddende kirurgi. Sykdomsforløpet er som regel snikende over mange uker, med gode perioder vekslende med dårlige. Symptombildet preges av tre distinkte symptomkomplekser: Konstante magesmerter, kolikksmerter og kvalme/brekninger.

En avstengt tarm er enten obstruert, ”pseudo-obstruert” eller en kombinasjon av disse to. Obstruksjon skyldes mekanisk avstengning av et tarmsegment på grunn av voksende svulstvev eller godartede infiltrater forårsaket av adheranser, betennelse eller iskemi. Pseudo-obstruksjon skyldes manglende eller nedsatt peristaltikk eller et relativt mekanisk passasjehinder. Det er mange årsaker til pseudoobstruksjon:

- Infiltrerende vekst av kreftceller i krøs, tarmvegg eller nervepleksuser.
- Metabolske forstyrrelser (frigjøring av cytokiner og neurohormonale peptider direkte fra tumorvev, aktivering av sentrale kvalmereseptorer, hypokalemi, hyperkalsemi, hypothyreose).
- Annet (inflammatorisk ødem, opioid-bivirkning, obstipasjon, vinalkakaloider (cytostatika), permanent svekkelse av glatt muskulatur gjennom uttretting, overvekst av candida albicans).

Dersom pasienten har antatt levetid utover noen få uker, bør kirurgi overveies. Målsetningen med kirurgi er å gjenopprette

kontinuitet gjennom GI-traktus uten å påføre pasienten et uforholdsmessig stort operativt traume. Det er viktig å huske at disse pasientene er høyrisikopasienter med en rekke negative prognostiske faktorer (høy alder, nedsatt allmenntilstand, dårlig ernæring). Ascites, karsinomatose, tidligere bestrålt tarm, høye tynntarmsobstruksjoner og multiple obstruksjoner er alle negative faktorer som vil trekke i retning av konservativ behandling. Det er viktig at pasienten er grundig informert på forhånd om at kirurgisk inngrep ikke garanterer bedring av situasjonen, samtidig med at inngrepet er forbundet med betydelig risiko (mortalitet 12–33 %), kort forventet levetid (få måneder) og høy risiko for fisteldannelse (10–15 %).

Dersom tilstanden er ledd i en terminalfase, skal behandlingen være konservativ. Ventrikkelsonde er både ubehagelig og risikabelt (aspirasjonsfare) og frarådes brukt. Er det nødvendig å avlaste ventrikkelen på grunn av store retensjonsvolum kan PEG (perkutan gastrostomi) brukes, men også denne behandlingen kan ha alvorlige komplikasjoner. De subjektive plager forbundet med terminal tarmobstruksjon kan som regel effektivt lindres med hjelp av en ”ileuspumpe” der følgende medikamenter blandes i én og samme subkutanepumpe. Doseringsforslagene gjelder døgn-doser.

Ileuspumpe:

- Analgetika: Morfin eller ketobemidon (konverteres etter tabell)
- Spasmolytika: Butylskopolamin 60–100 mg/24 timer eller skopolamin 0,8–2,4 mg/24 timer.
- Antiemetika: Haloperidol 2,5–5 mg/24

- timer og/eller ondansetron 8 mg
- Antisekretoriske midler: Octreotid 0,3 mg
- Deksametason 8 mg iv eller sc per døgn i separat pumpe kan gi ytterligere effekt.

Dersom det foreligger partiell obstruksjon, kan metoklopramid forsøkes. Gi først testdose 10–20 mg subkutan eller intravenøst for å vurdere om medikamentet tolereres. Oppstår kolikksmerter eller sprutbrekninger, kan medikamentet ikke brukes. Dersom det tolereres, kan Afipran fra 60–80 mg tilsettes pumpen per døgn. I så fall skal haloperidol og butylskopolamin først seponeres.

Stenting

Ved obstruerende svulster i øsofagus som ikke er radikalt operabel, kan kontinuitet gjenopp-

rettes ved hjelp av stenting. Det plasseres da et selvekspanderende rør av spunnet metalltråd forbi stenosen. Stenten vil vanligvis etter kort tid tillate fri passasje av flytende føde og til en viss grad fast føde. Effekten er best ved hovedsakelig eksofyttisk voksende svulster, mindre bra ved ekstern kompresjon av øsofagus. Foreligger øsofagusperforasjon i tumor-nivå med fistel til mediastinum og pleura, kan det benyttes en "coated" stent, dvs. en stent med tett belegg i plastmateriale som både sikrer passasje og forseglar perforasjonen. Restenting er mulig ved ny obstruksjon.

Obstruksjon av kolon kan enkelte ganger behandles med endoskopisk anleggelse av stent.

Munnproblemer

Munntørrhet (xerostomi) angis som problem hos over halvparten av pasientene med avansert kreft. Munntørrhet gir et utmerket miljø for utvikling av sykdommer i munn og svelg. Det gjelder karies og periodontitt, men også sår og candidoser som kan forårsake betydelig ubehag og smaksforstyrrelser. Dehydrering (pga. redusert væskeinntak, diaré, feber, brekninger, svelgvansker), nedsatt spyttsekresjon (medikamentbivirkning, sialoadenitt), mukositt (etter kjemoterapi eller strålebehandling), angst/depresjon, infeksjoner med virus, bakterier og spesielt sopp spiller alle en viktig rolle her.

Munnstell er avgjørende for xerostomiproblemet, og godt munnstell tilstrebes hos alle pasienter med avansert kreft.

Aktuelle råd om egenomsorg ved munntørrhet

- Prøv å skifte til fluortannpasta som ikke skummer (f.eks. Zendium, Biothene), fordi overflateaktive stoffer (f.eks. natriumlaurylsulfat) kan ødelegge den beskyttende spyttinnen i munnen.
- Stimulering av spyttsekresjonen med sukkerfrie sugetabletter (f.eks.: Xerodent, Salivin, Dekadin salvia) eller tyggegummi (f.eks. Flux, Caroxin). På apotek selges slike med fluoriddoser á 0,25 mg.
- Rengjør tenner, tunge og munnhule grundig (tannbørste, tannråd, tannstikker).
- Rengjøring og bruk av fluorid bør skje like etter måltider.
- Unngå søtsaker og sukkerholdig saft og drikke. Slike produkter forverrer munntørrheten.
- Drikk rikelig og ofte vann. Ved munntørrhet om natten, la litt vann skylle rundt i munnen før det svelges.

- Spraypreparater med kunstig spytt til å fukte munnen med kan kjøpes på apotek (f.eks. Proxident spray, Saliva orthana spray, Biotene oral balance gel). Disse hjelper noen, men vann gir ofte like god effekt.
- Tannproteser krever grundig renhold. Løsner helproteser på grunn av munntørrhet, kan festemidler bedre festet.
- Oppsøk tannlege for individualisert veiledning om optimal tann- og munnpleie.

Kilde: Løkken P, Birkeland JM. Medikamenter og munntørrhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:581–2

Medikamentelle tiltak:

• **Pilokarpin**

5–10 mg pilokarpin 2–4 ganger daglig kan lindre plagene ved munntørrhet og øke spyttsekresjonen, spesielt etter kjemo- eller stråleskade. Effekten varer bare noen få timer, og det kan ta uker eller måneder før maksimal effekt oppnås. Bivirkninger, for eksempel svetting, er vanlig, men er oftest milde og tolerable. Pilokarpin bør ikke gis til pasienter med ukontrollert astma eller ved trangvinkelglaukom, og brukes med forsiktighet ved pulmonal eller kardiovaskulær sykdom.

Startdose: 5 mg x 3 po, helst ved måltid. Ved medikamentelt utløst munntørrhet kan dosen dobles ved behov etter to dager, og seponeres dersom dette ikke har effekt innen 2 dager.

Dersom stråleskade er årsaken, kan dosen dobles etter 4 uker, og seponeres etter 12 uker dersom ikke effekt.

Tablettform på registreringsfritak (Salagen), men er dyre. Vel så bra er Pilokarpin øyedråper, 2–3 dråper av 4 % utgjør en dose på 4–6 mg.

· **"Düsseldorf-blanding"**

500 ml sterilt vann + Natron 6 g (1/2 ss) + 24 ml Mycostatin + 30 ml Hibitane blandes og brukes til gurgling flere ganger daglig. Spytt ut. Holdbar 1 uke. Düsseldorf-behandlingen kan også være nyttig ved andre typer smerter og sårhet i munnhulen. Kan skrives på resept med søknad på § 3.

· **"Fløteblanding"**

Ved smerter og sårhet i munnhula. Like deler Xylocain viskøs (reg.fritak), Paracetamol mikstur og kremfløte. Mange har i tillegg nytte av å suge på frosne bær.

Behandling av infeksjoner

· Sopp:

- Ketokonazol (Fungoral) tabl. 200 mg x 1 i én uke etter symptomfrihet.
- Fluconazol (Diflucan) tabl. 50-100 mg x 1.
- Nystatin (Mycostatin) mikstur 1 ml x 4

· Bakterier:

- Metronidazol (Flagyl) tabl. 400 mg x 3 ved anaerob infeksjon.
- Tetracyklin-skylling 250 mg x 3 (kapselinnhold i 10 ml vann).

· Virus:

- Acyklovir (Zovirax) tabl. 200 mg x 5 i 5 dager.

Ernæring og væske- terapi

Kakeksi

Kakeksi innebærer progredierende vekttap, lipolyse, tap av visceral og muskulær proteinmasse samt anoreksi. Slike vekttap er assosiert med økt dødelighet og komplikasjonsrate knyttet til kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi.

Vi skiller mellom primær- og sekundær kakeksi. **Primær kakeksi** likner det man ser i akutte stressreaksjoner som ved traumer. Man antar at primær kakeksi skyldes metabolske forstyrrelser, i hovedsak lipolyse og proteintap mediert av ulike faktorer som proinflammatoriske cytokiner (IL-6, TNF), aktivering av proteolyseinduserende faktorer og endringer i neurohumorale hormoner m.m. som fører til at den normale reguleringen mellom appetitt og metthet endres. Intensiv ernæring av pasienter med primær kakeksi vil ikke påvirke de bakenforliggende metabolske endringene, men kan i enkelte tilfeller bremse kakeksiutviklingen.

Ved **sekundær kakeksi** påvises en underliggende årsak til vekttapet, som for eksempel obstruksjon i GI-traktus, malabsorpsjon, ubehandlet smerte, kvalme, angst, depresjon m.m. I en slik situasjon, der vekttapet skyldes manglende fødeinntak fremfor metabolske forstyrrelser, kan man oppnå gevinst ved ernæring.

I praksis foreligger ofte en blanding av primær og sekundær kakeksi. Som hovedregel gjelder at ernæring og væskebehandling er en viktig del av støttebehandlingen til alle kreftpasienter med mindre forventet levetid er kort (uker - få md.).

Årsak til vekttap, underliggende sykdom og forventet levetid er viktig å ha med i vurderingen før ernærings tiltak igangsettes.

Synet på behandlingsstrategien hos pasienter med lang forventet levetid er i ferd med å

endres, med en langt mer aktiv tilnærming som medfører bl.a. treningsopplegg, protein-tilskudd m.m. Se annen litteratur.

Hos pasienter med kort forventet levetid er målet å lindre opplevelsen av anoreksi, kvalme og vekttap.

Beregning av ernæringsbehov

- Oppegående: 30-35 kcal/kg/døgn
- Sengeliggende: 25-30 kcal/kg/døgn
- Eldre over 70 år: Anbefalte mengder reduseres med 10 %
- Yngre under 30 år: Anbefalte mengder økes med 10 %
- Oppbyggingsfase: 40 kcal/kg/dag
- Væskebehov: Tommelfingerregel: 30-35 ml/kg/dag, obs. korriger for ev. tap
- Proteinbehov: Basalt 0,8 g/kg/døgn, økt behov ved sykdom: 1-2 g/kg/døgn. 1 g protein = 0,16 g nitrogen

Når behandle?

Mer enn 10 % vekttap siste 6 måneder eller mer enn 5 % siste 3 måneder er å anse som signifikant. Dersom dette tapet opptrer i kombinasjon med lav BMI (<20) og/eller redusert matinntak (mindre enn 60 % av beregnet kaloribehov) siste 10 dager, vil pasienten være kandidat for ernæringshjelp. Sondeernæring eller intravenøs ernæring vurderes dersom andre tiltak er prøvd uten effekt, men dette er vanligvis ikke indisert ved forventet levetid under 2-3 måneder.

Medikamentelle tiltak

- Prednisolon 40 mg x 1. Kan gi økt appetitt. Effekten kommer ofte raskt. Hvis ingen effekt, seponer etter 1 uke. Om effekt, reduser til 20 mg x 1. NB! Hos pasienter med lenger forventet levetid, vær oppmerksom på

katabol effekt av steroider.

- Metoklopramid (Afipran). 10–20 mg x 4–6. Prokinetisk effekt.
- Megestrolacetat (Megace) 320 mg x 1. Hvis effekt, vil denne komme i løpet av en uke. Hvis effekt, reduser til vedlikeholdsdose 160 mg daglig. Hvis ikke effekt, seponer.

Tilpasset kost

Måltider tilpasses den enkelte, gjerne i samarbeid med ernæringsfysiolog. Små, appetittvek-kende hyppige måltider som tilpasses slik at maten er mest mulig energirik. Velg bort lett-produkter.

Næringstilskudd

Utvalget er i stadig endring. Det finnes rene energitilskudd basert på karbohydrater og/eller lipider og blandingstilskudd med tillegg av proteiner, vitaminer og mineraler. Apotekene fører rundt 80 ulike drikker som inneholder mellom 170 og 400 kcal. Best effekt som mellommåltid eller som sent kveldsmåltid.

Sondeernæring

Vurderes når oral ernæring ikke er mulig. Nasogastrisk sonde velges ved kortvarig behandling. Ved behov for ernæring over 3 uker velges tilførsel direkte til magesekk/tarm via buken (PEG/PEJ). Til oppgående er vanlig anbefaling 30 kcal/kg, 10 % økning til de under 30 år og 10 % reduksjon til de over 70. Start med 20 ml/t med opptrapping over 1–3 døgn. Når man har nådd full dose, kan bolus gis dersom pasienten tåler dette. Når sondematen tilføres direkte til tarm, skal det alltid brukes pumpe med maks 100–125 ml/t.

Hyppigste problemer av sondeernæring er diaré (senk hastighet), forstoppelse (mer væske (30 ml per kg), mer fiber (25–35 g/d)) og ventrikelretensjon (Afipran).

Parenteral ernæring

Vurderes når oral eller enteral ernæringstilførsel er umulig eller utilstrekkelig. Indikasjonen hos palliative pasienter bør vurderes nøye, spesielt dersom primær kakeksi er hovedproblemet. Vær oppmerksom på at TPN kan øke

symptombyrden hos avanserte kreftpasienter snarere enn å redusere den. Kan gis i perifer vene ved kortvarig (< 1 uke) behandling, men de fleste får innlagt sentralt venekateter. Energinivå/dosering som for sondeernæring. Løsningen som brukes inneholder glukose, aminosyrer og fett. Vitaminer og mineraler må alltid tilsettes. Infusjonshastighet kan ikke overskride 2,6 ml/kg/t i sentral vene, og vanlig infusjonstid er 12–24 timer. Kvalme, oppkast, svetting og hyperglykemi kan være tegn på for høy hastighet. Ved oppstart hos underernærte kan det oppstå overbelastningssymptomer (refeeding syndrome) med endring av væskebalansen, hypofosfatemi, hypokalemi og utvikling av lungeødem og hjertesvikt. Det anbefales derfor gradvis doseopptrapping over 3–5 dager og daglig monitorering.

Ernæring av pasienter i terminalfasen

I de siste levedagene har ikke mat en ernæringsmessig rolle, men en sosial og symbolsk betydning. Matinntak tilpasses pasientens ønsker, men ekstra tilførsel av ernæring skal ikke gis. Sult er også sjelden forekommende i denne fasen. Imidlertid kan dette være vanskelig å akseptere, spesielt for pårørende. Det å endre oppfatningen fra at «han spiser ikke, derfor dør han» til «han er i ferd med å dø, derfor spiser han ikke» kan by på utfordringer.

Væskebehandling i siste levedager

Væskebehandling til pasienter i terminalfasen er omdiskutert, og en rekke spørsmål reises: Kan intravenøs væsketilførsel lindre tørste? Kan intravenøs væske lindre andre plager eller symptomer?

Kan mangel på væske føre til medisinske problemer?

Forlenger væsketilførsel dødsprosessen?

Fysiologiske endringer medfører mindre behov for væske. I studier som rapporterer forekomst av munntørrhet og tørste hos pasienter i terminalfasen, viste McCann at 62 % av pasientene som var i stand til å svare, ikke eller i liten grad opplevde dette som et problem. Dette ble lindret av godt munnstell og små slurker vann.

Uro og forvirring er relativt vanlig hos kreftpa-

sienter i terminalfasen. Dehydrering kan føre til prerenal nyresvikt og vil også hos ikke-terminale pasienter medføre uro og forvirring. I denne situasjonen kan metabolitter av ulike medikamenter som opioider, akkumuleres. Hos denne pasientgruppen kan det være indisert med iv eller sc væske, men sjelden mer

enn 500–1000 ml daglig. Men man bør være oppmerksom på at væskeinfusjon i denne fasen kan medføre økt dyspné pga forverring av hjertesvikt, pleruravæske, ascites osv. Infusjon skal kun gis dersom det antas å bedre pasientens livskvalitet.

Dyspné

Dyspné rammer over halvparten av alle kreftpasienter i de siste leveuker.

Det er et svært ubehagelig symptom med følelsen av for lite luft, betydelig angst og uro. Også pårørende og pleiere kan oppleve symptomet som skremmende.

Dyspné er et sammensatt symptom hvor det ikke alltid er samsvar mellom objektive funn og pasientens følelse av å få for lite luft. Objektive funn kan påvises ved klinisk undersøkelse, blodgass-/saturasjonsmåling og røntgen.

Målet med behandlingen er å lindre pasientens symptomer. For å oppnå dette kan det være nødvendig å korrigere objektive funn, slik som tapping av pleuravæske. Det kan også være indikasjon for behandling av pneumoni selv hos terminale pasienter hvis behandlingen medfører symptomlindring.

Stridor er en spesiell type respirasjonsbesvær som er karakterisert ved hvesende inspirasjon forårsaket av obstruksjon i sentrale luftveier. I tillegg til klinisk påvisning kan sentral luftvegsostruksjon påvises ved spirometri, røntgenundersøkelser og bronkoskopi. Årsaker er endotrakeal/bronkial svulstvekst, tumorkompresjon utenfra eller recurrenskade som følge av tumorinnvekst. Behandling med kortikosteroider kan ha god effekt. Strålebehandling og endobronkial terapi med laser/stent er aktu-

elle behandlingsformer. Likeledes kan ØNH-lege utføre kirurgisk lateralisering av stemmebånd hvis recurrensparese er årsaken.

Generelle behandlingsprinsipper for dyspné/stridor

- Vurder tumorrettet behandling: Kjemoterapi, stråling, intrabronkiell behandling (laser, elektrokauterisering, brakyterapi, stenting).
- Omsorg og trygghet formidles pasient, pårørende og personell.
- Informasjon, gunstig sengeleie, åpent vindu, vifte, pusteteknikk og avslappingsøvelser.
- Oksygentilførsel etter behov hos pasienter med hypoksi. NB! Kald og frisk luft mot ansiktet ved hjelp av vifte eller åpent vindu reduserer opplevelsen av dyspné. Har like god effekt som oksygen hos pasienter uten hypoksi.

Opioider

- Systemisk. Morfin po 10–20 mg x 2–4, eller betydelig høyere doser kan være nødvendig. Intravenøs adm ved behov for rask effekt, eksempelvis 5–10 mg langsomt iv hver 4. time inntil oppnådd effekt (RF 15–20). Vurder lavere startdose hos opioidnaive pasienter. Gi 25–50 % høyere enn analgetisk dose hos pasienter som allerede behandles med opioider.

- Lokal. Morfin gitt på forstøver kan ha god effekt hos enkelte, også for de som ikke responderer godt på systemisk behandling. Systemisk biotilgjengelighet er kun 5 %. Dosering 5–40 mg. Eksempel: 5 mg morfin blandes med 3,5 ml NaCl.

Oksygenbehandling

Oksygen fra 2 l/min opptil det som er nødvendig for å oppnå lindring. Ikke vær redd for høye doser ved akutte forverringer. Kun dokumentert effekt ved påvist hypoksi. "Short burst"-terapi, dvs. kortvarig inhalasjon av oksygen på maske eller nesekateter før og/eller etter større anstrengelser, kan være indisert ved anstrengelsesutløst hypoksi.

Steroider

Ved karsinomatose både i lungevev og pleura, ved vena cava superior syndrom:

Metylprednisolon (Medrol) tabl. 16 mg x 4 (ev. 32 mg x 2) eller deksametason (Decadron, Fortecortin) tabl. 8 mg x 2, med ev. nedtrapping.

Ved angst som hoved - eller delkomponent

Se også side 33.

- Diazepam (Vival, Stesolid) tabl./supp eller oxazepam (Sobril) tabl.
- Midazolam (Dormicum). Kan benyttes hvis parenteral adm. er nødvendig. Start med små doser, 1–10 (inntil 60) mg subkuttant/24 timer i pumpe. Øk dosen ved behov.

- Levopromazine (Nozinan) 5–25 mg v/ behov. 5 mg po tilsvarer 2.5 mg iv.

Ved obstruktiv dyspné

- Atrovent 0,25–0,5 mg og Ventolin 2,5–5 mg blandes, inhaleres på forstøver. Ved bruk av vegguttak bruk 6 l/min med luft/surstoff. Evaluer effekten.
- Metylprednisolon (Medrol) tabl. 32 mg x 2 eller deksametason (Decadron, Fortecortin) tabl. 8 mg x 2, med ev. nedtrapping.

Ved sekretstagnasjon

- Acetylcystein (Mucomyst, Bronkyl) bruse-tabletter eller inhalasjon på forstøver inntil x 3. Enkelte pasienter kan bli obstruktive. Ev. forbehandling med bronkolytika.

Ved mye sliming ("dødsralling")

- Morfin-Skopolamin sc 0,5–1 ml gis sc/im. (1 ml tilsvarer 10 mg morfin og 0,4 mg skopolamin). Skopolamin kan tilsettes smertepumpe i dosering 0,8–2,4 mg/d.
- Glycopyrron (Robinul) 0,2–0,4 mg sc im. Første dose er 0,4 mg, gjentas ved behov etter 4 timer, da kan det gis 0,2 mg x 4. Døgndosen bør ikke > 2,4 mg. Kan også tilsettes smertepumpe.

Pleuravæske

Pleuravæske forårsaker først og fremst dyspné, men kan også gi sirkulatorisk påvirkning ved store mengder og overtrykk. Påvises radiologisk med rtg/CT toraks og ved ultralyd. Ultralyd vil også kunne påvise om væsken er fritt flytende eller organisert med flere små hulrom. Diagnostisk tapping er viktig for å avklare årsak. De hyppigste årsaker ved terminal sykdom er malign effusjon, infeksjon med empyem og hjertesvikt.

Pleuratapping

Pleuratapping med tradisjonelt pleuratappe-sett gir god og rask symptomlindring.

Bruk gjerne ultralyd som veiledning. Tapp helst ikke mer enn 1500 ml hver gang, mindre hvis pasienten føler ubehag. Ved tapping > 1,5 l mener enkelte at man øker risikoen for lungeødem forårsaket av reekspansjon. Gjenta ev. neste dag.

Pleuradrenasje med dren

Hvis pleuravæsken reproduseres raskt eller man ikke klarer å tappe ut tilfredsstillende med vanlig tapping, er innlegging av pleura-dren aktuelt.

- Tradisjonelle dren. Ev. med sug.
- Pigtail-kateter eller tilsvarende.

Legges inn på røntgenavdeling ultralydveiledet. Porsjonsvise tappinger ved symptomer (dyspné), helst ikke mer enn 500 ml per time og ikke mer enn 1500 ml daglig. Pasienten kan ev. reise hjem med dren.

Pleurodese

Ved stor produksjon og hvor man ved drenbehandling lykkes i å tømme pleurasekken og få lungen i vegg, kan sklerosering med f.eks. Bleomycin være et godt alternativ. Instillering av Novantrone kan også være aktuelt, spesielt

hos pasienter med brystkreft og lymfom.

Ved malign pleuraeffusjon med lokulamenter og hvor man ikke lykkes i å få ut signifikante mengder væske, bør man vurdere instillering av streptokinase intrapleuralt.

Flere forskjellige stoffer kan benyttes for sklerosering av effusjoner hvor det er påvist maligne celler i pleuravæsken. Ved lungeseksjonen på UNN har man størst erfaring med bruk av Bleomycin. Erfaringene er gode. Talkum tar nå mer over, og studier viser bedre effekt enn bleomycin.

Prosedyre ved bruk av Bleomycin:

- Toraksdren innlegges på vanlig måte. Min. 16 Ch.
- Pleurahulen tømmes for væske. Maks. 1,5 liter før drenet klemmes av og resten tappes posjonsvis, ca. 500 ml med 1-2 timers mellomrom. Sug (10 cm vann) tilkobles når spontan drenasje opphører. Sklerosering bør ikke gjennomføres før pleurahulen er tom og væskeproduksjonen er < 100 ml/12 timer.
- Premedikasjon 1 time før med 5-10 mg morfin im.
- Paracetamol 500 mg gis umiddelbart før innstilling og etter 2 timer for å unngå feber og frostanfall (bivirkning av Bleomycin).
- Pleura anesteseres med 10 ml Xylocain (20 mg/ml) som injiseres gjennom toraksdrenet like før Bleomycin.
- Bleomycin 60 000 IE (45 000 IE hos pas. > 75 år) blandes i 100 ml 0,9 % NaCl i minibag og innstilles gjennom toraksdrenet. Flere alternative koblinger finnes. Væsken klemmes inn over kort tid.
- Toraksdrenet avklemmes i 6 timer. Pasienten snur seg/flyttes i forskjellige stillinger for å fordele medikamentet i pleurahulen.

- Drenet åpnes og sug tilkobles over natta.

Prosedyre ved bruk av talkum:

- Hovedsakelig samme prosedyre som for Bleomycin
- 4 gram talkum som "tykk suppe" innstilles gjennom drenet (maksdose 5 g).
- Bruk talkum med rett partikkelstørrelse. Ved < 15 mikrom øker risikoen for ARDS.
- Toraksdrenet avklemmes i 4 timer, det er ikke nødvendig med rotasjon av pasienten.

Prosedyre ved bruk av Novantrone:

- Spesielt virksomt hos pasienter med brystkreft og lymfomer.
- Dren innlegges og torakshulen tømmes som ved bruk av Bleomycin. Man kan benytte pigtailkateter.
- Mitoxantron (Novantrone) 30 mg i 50 ml 0,9 % NaCl instilles gjennom drenet. Drenet kan fjernes umiddelbart.

Hemoptyse

Hemoptyse kan være et svært skremmende symptom avhengig av mengde blod som kommer opp. Lungekreft er den hyppigste årsak til massiv hemoptyse (>200ml/24 timer). Andre årsaker til hemoptyse er infeksjoner, lungeemboli og alvorlig hjertesvikt.

Det er viktig å avklare om årsaken/utgangspunktet for blødningen er i luftveiene eller øvre luftveier/GI-traktus. Behandling er avhengig av årsak og prognose.

Pasienter som blør massivt fra svulster i lungene kan sjelden behandles med tumorrettet behandling (som regel brukt opp på et tidl. tidspunkt). Massive blødninger må håndteres raskt og korrekt selv om pasienten ikke skal gjenopplives. Forsøk å avklare graden av tiltak i forkant. Svært mange av blødningene kan forutses.

Generelle behandlingsprinsipper

- Skape trygghet og redusere angst/frykt selv i situasjoner som kan oppleves svært ubehagelig både for pasient, pårørende og personell.
- Kamoufler blod. Bruk for eksempel grønne håndklær og laken.

- Legg pasienten på den siden som blør (svulstsiden).

Store blødninger

Hos pasienter som skal gjenopplives:

- Etabler intravenøs tilgang
- Transfusjon
- Bronkoskopiske prosedyrer; elektrokoagulering/laserbehandling
- Åpen kirurgi

Alle pasienter skal ha god symptomlindring.

- Intravenøs morfin (>1/6 av døgndosen)
- Benzodiazepin, (Stesolid 5–10 mg iv/supp eller Midazolam 1–2,5 mg iv/sc). Gi tilstrekkelig store doser.
- Skopolamin 0,2–0,6 mg sc.

Små/mindre blødninger

- Cyklokapron 1–1,5 g x 4–6 po eller 5 ml x 2 iv.
- Vurdere strålebehandling
- Bronkoskopiske prosedyrer
- Vurdere seponering av eventuelle antikoagulantia (acetylsalisylsyre, Marevan)

Hoste og hikke

Hoste

Hoste er en normal mekanisme som beskytter luftveiene og lungene ved å fjerne slim og fremmedlegemer fra larynks, trakea og bronkier. Den er under frivillig og ufrivillig kontroll. Patologisk hoste er vanlig ved malign sykdom i luftveiene.

Vurderer hva som er årsaken til hosten. For eksempel infeksjon eller tumorvekst inn i luftveiene. Behandle underliggende årsak om mulig. Prøv å skille mellom produktiv- og tørrhoste mht. valg av terapi.

Generelle råd:

Varm, fuktig luft. Rikelig væsketilførsel. Hosteteknikk for slimmobilisering.

Slimløsende medikamenter:

NB! Kan gi bronkospasme hos enkelte pasienter.

- Mucomyst. Brusetabletter eller inhalasjon på forstøver.
- Inhalasjon av fysiologisk saltvann på forstøver.

Hostestillende:

- Kodein tabl. 25mg; 1-2 tabl. inntil x 4.
Obs. kodeinmengden i en tabl. Paralgin forte er 30mg.
- Cosylan mikstur (etyl morfin) 5-20 ml ved behov.
- Hydrokon tabl. 5-10 mg inntil x 4. Rekvireres på registreringsfritak.
- Morfin mikstur i økende doser fra 5-15 mg.

Lokalbedøvende:

Det kan i spesielt vanskelige tilfeller forsøkes med inhalasjon av Marcain (bupivacain). Benytt opp til 5ml av 0,25 % løsning hver 8. time. Obs. pasienten må ikke spise/drikke den nær-

meste timen etter inhalasjon pga bedøvelse i svelget. Kan også gi bronkospasme hos enkelte pasienter.

Hikke

Årsakene kan være mange, men distensjon av magesekken er vanligst. Utelukk derfor alltid ventrikkelretensjon (prøv ev. ventrikkelsonde). Andre årsaker kan være gastroøsofageal refluks, ascites, gallestase, tumorvekst i vagus/frenikus, økt intrakranielt trykk, uremi, medikamentbivirkninger.

Generelle råd:

Går ut på å bryte hikkerefleksjonen ved å stimulere farynks eller ved å minske karbondioksidtrykket. Eksempler: drikke kaldt vann, holde pusten, hyperventilere, puste i pose, løfte uvula.

Når generelle råd ikke hjelper:

1. Alltid behandle spesifikke årsaker: Ventrikkelsonde ved distensjon, metoklopramid (Afipran) ved retensjon, protonpumphegner ved refluks, steroider ved ødem/ kompresjon av lever- eller hjerne- svulst.
2. Haloperidol (Haldol) 2-10 mg/ døgn. Forsøk først en lav kveldsdose (1 mg po).
3. Levomepromazin (Nozinan) 5-10 mg po eller høyere om kvelden.
4. Lidokain viskøs 5-10 mg po.
5. Baclofen (Baklofen, Liorsesal) 5 mg po x 3, økes til 10 mg x 3 dersom ikke effekt etter 3 dager.
6. Gabapentin (Neurontin) 300 mg x 1-3 eller høyere.
7. Nifedipin (Adalat) 5-20 mg po x 2. Obs. lavt blodtrykk.
8. Midazolam (Dormicum) sc eller propofol iv.

Depresjon og angst

Psykiske reaksjoner som angst og depresjon preger sykdomsforløpet i perioder hos flere av pasientene med kreft. Det er viktig å skille mellom det som er normale psykiske reaksjoner og det som er psykiatriske tilstander. Typiske tidspunkt for markerte psykiske reaksjoner er når sykdomsstatus endres som ved diagnose-tidspunkt, ved beskjed om tilbakefall eller ved beskjed om at behandling opphører.

Psykiske plager kan være reaksjon på sosiale, familiære, økonomiske, åndelige og eksistensielle problemer og bekymringer, men de kan også være et resultat av smerter, kvalme, dyspné, kakeksi osv. Medikamentell behandling er ikke det primære, men kan være et nyttig supplement. Kartlegging av symptomer som angst og depresjon inngår i ESAS og er et nyttig hjelpemiddel til å få fram plager det ikke alltid er like lett for pasienten å ta opp, og som vi behandlere ofte kan overse. Diagnoseverktøy som MADRS er vanskelig å tolke for kreftpasienter, da mange skårer høyt på somatiske plager. Ofte kan et enkelt spørsmål være nyttig: "Føler du deg deprimert?" En grundig, tverrfaglig vurdering av situasjonen kombinert med etableringen av et behandlingsapparat som skaper trygghet og kontinuitet overfor pasient og pårørende vil i de fleste tilfeller være viktigere enn medikamentell behandling. Tverrfaglighet innebærer bruk av f.eks. sosionom, psykolog eller prest i tillegg til ansvarlig lege og sykepleier.

Årsaker/diagnostiske overveielser	Se side
Smerter	8
Kvalme/brekninger	16
Kakeksi	25
Dyspné	27

Medikamentell behandling:

Angst

- Oxazepam 5-15 mg ved behov eller x 3, ev. 25 mg om kvelden (Sobril), Diazepam 2,5-10 mg po/iv/supp ved behov eller til faste tider (Valium, Vival, Stesolid)
- Midazolam (Dormicum) i smertepumpe, 4-10 mg (opptil 60 mg) /24 t i smertepumpe ev. 1-2,5 mg sc eller iv ved behov.
- Olanzepin (Zyprexa) tabl. 2,5-10 mg (finnes som smeltetablett)
- Levomepromazine (Nozinan) po/sc/im 5-25 mg ved behov. NB! 5 mg po tilsvarer 2,5 mg iv.
- Ved vedvarende angst, velg et antidepressiv med angstdempende effekt.

Depresjon

Velg antidepressiva ut ifra bivirkningsprofil slik at pasientens allerede eksisterende plager ikke forverres. Begynn med lav dose, ca. halvparten av normaldosering og titrer nøye ut nødvendig vedlikeholdsdose.

- Mianserin/Tolvon 30-90 mg om kvelden. Sedativ effekt fra første dag. Kan også i lavdose (5-10 mg) brukes som sovemedisin.
- SSRI. Flere ulike merkenavn, f.eks. Ciprallex, Zoloft. Gir vanligvis lite sedering og har også god angstdempende effekt. Kan imidlertid pga. antikolinerg effekt forverre et kvalme-problem, og indikasjonen bør vurderes hos pasienter med urinretensjon, redusert tarmmotilitet eller stomatitt. Kan også senke krampeterskelen, obs. hjernemetastaser.
- Mirtazapin (Remeron) kan ha rask innsettede effekt, virker sederende og kan i tillegg ha antiemetisk og appetittstimulerende effekt.

Har pasienten problemer med å svelge tabletter, finnes SSRI (Ciprallex) som dråper og til sublingual adm., Zoloft som mikstur, og mirtazapin (Remeron) som smeltetablett.

Delir/forvirring

Delir og forvirringstilstander er et av de hyppigste neuropsykiatriske symptomer hos pasienter med avansert kreft, og de aller fleste befinner seg i delirisk tilstand når de dør. Til tross for dette er delir underdiagnostisert. Delir innebærer kognitiv svikt, fluktuerende bevissthetsnivå, forandringer i søvnsyklus, psykomotorisk uro, hallusinasjoner, vrangforestillinger og andre persepsjons-forstyrrelser. Man kan dele inn delir i tre typer: hyperaktiv, hypoaktiv og blandet. Årsakssammenhengen er multifaktoriell. Opioider er trolig den hyppigst utløsende årsaken hos palliative pasienter. Om mulig, korrigerer underliggende årsak. Dersom det ikke er riktig med videre utredning, for eksempel hos pasienter i terminalfasen, velg symptomatisk behandling. Det er alltid viktig med rådgivning og samtaler med pasient, pårørende og pleiepersonell for å forklare hva som skjer.

Utløsende årsaker

- Psykoaktive legemidler med antikolinerg effekt, f.eks. opioider, benzodiazepiner, antidepressiva og antiepileptika
- Andre medikamenter, f.eks. kortikosteroider. Obs. interaksjoner.
- Hypoksi
- Dehydrering
- Infeksjon
- Nyre- og leversvikt
- Brå seponering av alkohol eller medikamenter
- Elektrolyttforstyrrelser, f.eks. hyperkalsemi
- Metabolske forstyrrelser, f.eks. hypoglykemi

Tiltak

- Gi årsaksrettet behandling
- Stimulusbegrensning, normal døgnrytme, realitetsorientering, stabil personalkontakt, fysisk aktivitet

Medikamentell behandling:

Haloperidol er førstevalg. Flere av de andre medikamentene har bivirkninger og/eller kontraindikasjoner som begrenser bruksområdet. I terminal fase brukes i større grad midazolam eller levopromazine, se side 51.

- Haloperidol (Haldol) iv/im 1–10 mg til effekt. Vedlikehold tabl. 2–10 mg x 2. Doseres som regel for lavt.
- Levomepromazine (Nozinan) im 25–50 mg x 3. Vedlikehold tabl. 5–25 mg x 3.
- Diazepam (Stesolid, Vival) iv/rektalt/ supp 5–10 mg.
- Midazolam (Dormicum) iv eller sc som bolusdose, ev. sc infusjon på pumpe.
- Propofoldrypp

Kramper

Kramper kan forekomme hos pasienter med primære eller sekundære hjernetumorer. Uremi og hypoksiske tilstander kan også utløse kramper.

Øyeblikkelige tiltak:

Diazepam (Stesolid, Vival): Voksne: 10–25 mg iv (ca. 5mg/min) eller 20 mg rektalt. Gjentatt dose kan gis etter 10 min. Konsentrasjonen av diazepam i hjernen faller raskt i løpet av 15–30 min slik at anfallsresidiv opptrer ofte. NB! Kontroll av respirasjon og BT!

Ved vedvarende kramper > 20–30 min tross diazepam:

Fosfenytoin (Pro-Epanutin) gis som iv-bolus. 15 mg fenytoinnatriumekvivalenter (FNE) /kg med en hastighet på 100 mg FNE/min, ev. maks 150 mg FNE/min. Fosfenytoin fortynnes med 5 % glukose eller 0,9 % NaCl til 25 mg FNE/ml, dvs. like deler virkestoff og fortynningsmiddel. Se Felleskatalogen.

Eksempel: Dersom pasienten veier 80 kg, drar man opp 24 ml ProEpanutin (50mg/ml) og blander dette ut i 24 ml NaCl 0,9 %. Gis minimum over 8 min.

Blodtrykk, åndedrett og helst EKG monitoreres, ved blodtrykksfall reduseres infusjonshastigheten eller infusjonen stoppes og Ringer gis raskt inn.

Valproat (Orfiril) er et alternativ ved toleranseproblemer overfor fenytoin.

Dersom vedvarende kramper 20 min etter avsluttet infusjon, er det indikasjon for behandling i intensivavdeling.

NB! Hvis det dreier seg om pasienter med framskreden kreftsykdom, er dette ofte ikke aktuelt!

Dersom intensivopphold ikke er aktuelt, kan man også på vanlig post gi Propofoldrypp med 2 mg/kg over 10 min, deretter vedlikeholdsdose med 1–6 mg/kg/time.

Dersom årsaken til krampene er økt intrakranielt trykk:

Deksametason 10–20 mg iv, etterfulgt av 8 mg x 2 po/iv.

Ascites

Ascites inntreffer oftest ved ovarialcancer, der- nest ved ventrikkel-, kolon- og pankreascancer og sjeldnere ved uterus/corpuscancer, bryst- kreft, lungekreft og lymfom. Ascites kan skyl- des okklusjon av diafragmale lymfebaner, økt karpermeabilitet i tumor eller peritoneum, og/ eller forhøyet trykk i leversinusoider. Asymptomatisk ascites skal ikke behandles!

Terapiplan

- **Diuretika:** Ved lette til moderate plager: Spironolakton 100 mg x 1 po. Økes hvert 3.- 5. døgn med 50–100 mg inntil maks- dose 450 mg per døgn. Fra spironolakton- dose på 200 mg legges til furosemid 40–80 mg per døgn. Monitoreres med vektkontroll. Riktig dose er nådd ved vektreduksjon på 0,5kg/døgn og/eller symptomatisk effekt. Kalium må sjekkes etter 1 uke, også ved doseøkning.

Effekten av diuretika på malign ascites er omdiskutert. Har antagelig kun effekt når levermetastaser medfører økt portal hyper- tensjon. Ved kun karsinomatose er diuretika ikke indisert.

- **Tapping + ev. diuretika:** Ved uttalte symp- tomer vil tapping gi rask lindring. Diuretika (po) kan gis for å redusere reproduksjon. Tapping foretas i venstre fossa iliaca (høyre hvis tumor i venstre side) etter lokalanestesi i hud og fascie. Aspirer til fri ascites-flyt. Tapping kan gjøres med Cystofix-sett, la i så fall kateteret ligge i 2–3 dager, tapp 1–3 liter av gangen og la stå avstengt mellom tappin- gene. Røntgenavdelingene legger inn Pigtail- kateter som kan være inneliggende over dager/uker. Tapping kan da også adminis- treres utenfor sykehus. Vanligvis tapper man til symptomlindring, oftest 1-2 liter. Hos spreke pasienter er tapping opptil 5–6 liter er som regel trygt, men man må være forsik- tigere hos svake pasienter. Obs. blodtrykks- fall. Det er ikke nødvendig med påfyll av albumin.

- **Kun tapping:** Ved uttalte symptomer, kort forventet levetid, hypotensjon eller andre kontraindikasjoner mot diuretika, manglen- de effekt av diuretika, og ved karsinomatose.

Ikterus og kolestase

Ikterus inntreffer av og til sent i forløpet av de fleste kreftformer. I terminalfasen skyldes ikterus som regel leversvikt forårsaket av metabolske forstyrrelser eller utbredt levermetastasing. Behandlingen er konservativt symptomlindrende. Forventet levetid er kort. Tidligere i forløpet forekommer oftere kolestatisk ikterus, forårsaket av gallegangsobstruksjon i papillnivå, i ductus choledochus og leverhilus eller i de intra-hepatiske galleganger i større eller mindre deler av leveren. Obstruksjonen skyldes ekstern kompresjon eller infiltrasjon fra voksende primærtumor eller metastaser omkring drenerende gallegang. Tilstanden ledsages gjerne av koagulasjonsforstyrrelser på grunn av nedsatt syntese av K-vitaminavhengige koagulasjonsfaktorer, residiverende kolangitter og ev. nyresvikt (hepatorenalt syndrom). Ved beregnet levetid utover få uker bør avlastning tilstrebes samtidig som kolangitt og koagulopati behandles aggressivt.

Metoder for avlastning:

- Åpen biliodigestiv anastomose (hepatikojunostomi, koledokoduodenostomi) ved dilatert ductus choledochus og distal obstruksjon. Metoden foretrekkes dersom det foreligger øvrige operasjonstrengende tilstander i buken (tarmobstruksjon, ventrikelretensjon) eller der non-invasive teknikker ikke er tilgjengelige.
- Endoskopisk stenting (ERCP med stent og ev. papillotomi).
- Perkutan transhepatisk drenasje (PTC) ved dilatert intrahepatisk galletre og utilgjengelig nedre galletre. Kan av og til etterfølges av antegrad, intern stenting til duodenum.

Fistler

Fistler defineres som en unaturlig forbindelse mellom to overflater. Ved avansert kreft forekommer fistler relatert til gastrointestinaltraktus, ØNH, genitalia og urinveier. Problemet er sjeldent, men utgjør et betydelig problem når det forekommer. Håndtering av fistler er normalt en spesialistoppgave. Kirurgi, radioterapi eller kjemoterapi alene, eller i kombinasjon må vurderes avhengig av pasientens tilstand og forventet levetid. Stomisykepleiere har spesialkompetanse på konservativ behandling av fistler. Lindrende behandling i form av hudpleie, sårstell og symptomkontroll vil måtte ivaretas lokalt.

Momenter i fistel-håndtering:

- Enterokutane fistler behandles alltid ekspekterende i fravær av distal obstruksjon (lavtrykksfistler). Høyproduktive fistler kan dempes med protonpumpehemmer (omeprazol, pantoprazol eller lansoprazol). I spesielle tilfeller kan octreotid (Sandostatin) 50–200 mcg x 3 sc forsøkes.
- Vær oppmerksom på væske/elektrolytt-forstyrrelser, som kan bli betydelige og vanskelige å korrigere.

- Tarmhvile og total parenteral ernæring bør overveies.
- Høytrykksfistler (distal obstruksjon) vil ikke tilhele. Avhengig av pasientens tilstand bør kirurgisk korreksjon tilstrebes (ekstirpasjon av fistel, reseksjon/bypass av stenose).
- Kolo/rektovesikale fistler gir intraktable urinveisinfeksjoner og bør korrigeres kirurgisk, helst ved reseksjon og lukning, ellers med proksimal avlastende stomi.
- Rektovaginale fistler gir fekal inkontinens og sårhet. Kontrolleres med avlastende stomi.
- Vesikovaginale fistler korrigeres om mulig. Hvis ikke kan perkutan pyelostomi være et alternativ.

Dersom kirurgi/stråling/ kjemoterapi ikke er mulig, blir utfordringen å lindre pasientens plager i mest mulig grad gjennom nitidig sårpleie, bruk av barriere krem o.l., spesielt tilpassede bandasjeløsninger med stomiplater, poser og hyppig skift. Tarminnhold gir alvorlig maserasjon av hud.

Urinveisobstruksjon

Urinveisobstruksjon er spesielt hyppig ved gynekologiske og urologiske kreftformer, men forekommer også ved kolorektal kreft og andre kreftformer med tumormasser i bekkenet og på bakre bukvegg. Vanligvis krever alle slike obstruksjoner avlastning. Unntaket er ikke-symptomgivende, ensidig ureteravklemning hos en pasient med kort forventet levetid, hvor det aksepteres at man lar den affiserte nyren gå til grunne. Også hos en pasient med kort forventet levetid må pasienten heller ikke nødvendigvis utsettes for unødige inngrep hvis en fredelig "uremidød" er i ferd med å inntre, og dette er i overensstemmelse med pasientens ønske.

Obstruksjon av urethra: Det foretrekkes supra-pubisk kateter framfor Foley-kateter. Ved lang forventet levetid (> ett år) vurderes permanent kirurgisk deviasjon, f.eks. med ileumblære. Cystostomi foretas kun unntaksvis.

Obstruksjon av ureter: Valg av avlastningsteknikk vurderes opp mot tilstand og prognose:

- Ureterkateter kan benyttes hos terminale pasienter med forventet levetid < 1-2 uker. Ureterkateteret har den fordel at det kan skylles, men irriterer urinrøret og er en dårlig løsning på sikt.
- Dobbel-J-stent foretrekkes i de fleste tilfeller. Den byttes normalt etter ca. 3 md. via urethra.
- Perkutan nefrostomi dersom ureter ikke er intuberbar nedenfra. Nefrostomikateteret føres ut i flanken og gir et ikke ubetydelig ubehag for pasienten. Det har også tendens til dislokasjon. I enkelte tilfeller kan nefrostomien senere konverteres til intern stent med antegrad teknikk. Gjøres på røntgenavdeling.
- Operativ urindeviasjon skal vurderes ved lengre forventet levetid. Det må her tas i betraktning at deviasjonen krever en større laparotomi som representerer både en risiko og et betydelig ubehag for pasienten. Rekonvalesenstiden etter anleggelse av ileumblære er på minst tre måneder, noe som kan være et uakseptabelt tidsforbruk for en pasient med kort gjenværende levetid. Permanent urostomi med ileumblære foretrekkes ved forventet levetid over ett år. Ved kortere levetid, men ikke under 2-3 måneder kan det bli aktuelt med en ureterokutaneostomi. Fordelen ved dette inngrepet er at det er enklere og forbundet med mindre risiko. Ulempen er at stomien nesten alltid strikturerer i hudnivå etter noen måneder. Disse pasientene må derfor følges nøye og eventuelt revideres før de utvikler ny obstruksjon.

Nyresvikt

Nyresvikt (uremi) er å oppfatte som et syndrom der alle organfunksjoner påvirkes. De vanligste symptomer og problemer vil være følgende:

- Almensymptomer: Slapphet, nedsatt fysisk yteevne, nedsatt konsentrasjonsevne og økt søvnbehov. Anoreksi, kvalme/brekninger (se side 16), diaré (se side 20) og kløe (se under).
- Overvæsking, elektrolyttforstyrrelser og syre-base-forstyrrelser på grunn av nedsatt evne til å skille ut væske og elektrolytter. Restriksjoner på drikkemengde og saltinntak er sjelden aktuelt hos terminale kreftpasienter.
- Anemi, korrigeres ved behov. Transfunder,

ev. erythropoietin i spesielle situasjoner.

- Mange medikamenter elimineres renalt. Tilpass dosering.
- Livsforlengende behandling med dialyse vil i regelen ikke være indisert i denne situasjonen. Imidlertid er ikke malign sykdom noen absolutt kontraindikasjon mot livsforlengende dialysebehandling. Dette må sees i lys av grunnsykdommen, forventede leveutsikter og livskvalitet.

Kløe

Kløe ved systemisk sykdom er oftest multifaktoriell. Årsaksmessig kan man dele kløe inn i primær, dermatologisk, nevropatisk og systemisk kløe. Systemisk kløe forårsakes av lever- og galleveissykdommer, nyresvikt, endokrine sykdommer, hematologiske sykdommer, infeksjon, kreft og medikamenter. I palliativ setting er det som oftest flere årsaker, slik at man ofte må prøve seg fram i behandlingen. Det viktigste er grunnleggende hudpleie.

Lokal behandling/hudpleie:

- Bruk karbamidholdig fuktighetskrem, oljebad o.l. for å motvirke tørr hud.

- Unngå parfyme, deodorant, tettsittende klær.
- Reduser rom- og sengetemperatur.
- Skyll klær godt etter vask, bruk klær og sengetøy av bomull eller silke.
- Kløedempende kremer ved fuktig dermatitt (utelukk først bakteriell infeksjon). Hvitvask, spesielt ved virale utbrudd som herpes simplex eller zoster. Lokale steroider gruppe II eller III.

Generell systemisk behandling:

Se under for spesifikke tilstander. Andre behandlingsmuligheter ved kløe:

- Antihistaminer. Har effekt ved allergisk reaksjon (urtikaria, medikamentutslett, insektsbitt). For øvrig ingen effekt mot kløe bortsett fra at første generasjons antihistaminer gir sedasjon.
- Steroider. Lokale eller perorale steroider har ingen effekt mot universell kløe bortsett fra ved lymfom. Brukes for øvrig kun når betennelsesinfiltrat kan registreres i huden, kontakt da ev. hudlege for å vurdere lysbehandling.
- SSRI, trisykliske antidepressiva (uspesifikk kløedempende effekt)
- Neuroleptika, for eksempel levomepromazin (Nozinan) 5 mg x 1–3 po. Økende kveldsdose om nødvendig.
- Hydroxyzin (Atarax)
- Lysbehandling (UVA, UVB, PUVA)
- Lidocain lokalt
- Propofol

Kløe ved spesielle tilstander:

Følg rekkefølgen i behandlingsforslagene.

Kløe ved gallestase:

1. Galledrenasje
2. Naltrekson 12,5–250 mg x 1. Trappes langsomt opp ved samtidig bruk av opioider. Sannsynligvis vil nye perifertvirkende opioidantagonister være nyttige (Relistor), men dette er ikke dokumentert.
3. Rifampicin 75–150 mg daglig.

4. Kolestyramin (Questran) 4 g x 2.

Uremisk kløe:

1. UVB fototerapi eller capsaicin krem (Capsina)
2. Naltrekson 50–100 mg daglig (se under gallestase)
3. Thalidomid 100 mg x 1 om kvelden
4. Mirtazapin (Remeron) 7,5–15 mg om kvelden.

Kløe ved lymfom:

1. Kjemoradioterapi
2. Kortikosteroider
3. H2-reseptorantagonist (Ranitidin) 800 mg/d.
4. Mirtazapin (Remeron) 7,5–15 mg om kvelden.

Kløe ved polycytemi

1. Aspirin 300 mg/d

Paraneoplastisk kløe

1. Paroksetin (Seroxat) 5–20 mg x 1
2. Mirtazapin (Remeron) 7,5–15 mg om kvelden
3. Kombinasjon av paroksetin og mirtazapin
4. Thalidomid 100 mg x 1 om kvelden

Opioidutløst kløe

Ses som oftest ved intraspinal bruk. Kombinasjon med bupivakain kan redusere dette. Ondansetron er rapportert å ha effekt. Nye opioidantagonister vil mest sannsynlig hjelpe (Relistor).

Kreftsår og ulcererende tumorer

Om mulig palliativ kirurgi, strålebehandling eller annen tumorrettet behandling. Ellers generell sårbehandling.

Følg lokale retningslinjer for sårbehandling. Norsk interessefaggruppe for sårheling har hjemmeside med gode forslag: www.nifs-saar.no

Generell sårbehandling

1. Alle nekroser skal fjernes. Metoder: Kirurgisk med skalpell og pinsett, mekanisk med skarp skje, autolytisk med hydrogel, autolytisk med hydrokolloidplate, biologisk med fluelarver. Ved sårrevisjon kan om nødvendig Emla krem under okklusjon i 10 min benyttes som lokalbedøvelse.
2. Gjenkjenne og behandle infeksjon. Se under.
3. Fuktighet. Skal et sår gro, må fuktig miljø opprettholdes. Hvis væsning blir et problem i seg selv bør underliggende faktorer vurderes, gjerne av hudlege.
4. Temperatur. Sår skal ikke avkjøles da det sinker tilhelingen. Benytt kort avdekkingsstid og bruk temperert (37 °C) skyllevæske.
5. Ro. Begrens antall sårskift, f.eks. hver 3. dag. Avlastning ved trykksår.
6. Hygiene. Det finnes mikroorganismer i alle sår. Husk håndvask. Bruk sterilt utstyr og bandasjer, men hansker trenger ikke være sterile (unntatt ved stell av CVK, brannsår og implatatsår). Til rengjøring av sår brukes temperert NaCl 0,9 %, sterilt vann eller springvann.
7. Hudpleie. Hudforandringer rundt sår må behandles: tørr hud (fet krem), hyperkeratoser (bør fjernes), eksem pga allergiske reaksjoner eller stase (ev. steroider), maserasjon pga for mye væsning (sinkpasta som inne-

holder 40 % sinkoksid og 60 % vaselin, eller benytt sårfilm).

8. Næringsinntak. Økt proteinbehov.

Infiserte sår

Kroniske sår er ofte kontaminert og/eller kolonisert. Kun et mindretall er infisert og trenger antibiotika. Ved infeksjon ser man som oftest de fire klassiske infeksjonstegn (rødhet, varme, smerte, hevelse), men andre tegn kan være: eksudat, lukt, såret gror ikke, skjørt granulasjonsvev som blør lett, vevsnedbryting, dannelse av epitel midt i såret.

Man kan pga. kolonisering dyrke bakterier fra nesten alle sår. I utgangspunktet er stafylokokker og streptokokker til stede, mens eldre sår oftere har gram-negativ blandingsflora. I sterkt væskende sår er det ofte oppvekst av pseudomonas. Dyrkningsprøve tas kun ved mistanke om infeksjon. Under prøvetaking er det viktig å unngå kontakt med hud (er kolonisert).

Terskelen for antibiotikabehandling er lavere hos immunsupprimerte pasienter eller diabetikere. CRP kan brukes som indikator. Vær oppmerksom på at steroider vil maskere infeksjonstegn. Lokal antibiotikabehandling er ikke indisert pga. resistensutvikling.

Soppinfeksjoner er vanligere hos palliative pasienter, mistenk dette i fuktig område med papuløst utslett, erytem, svie og/eller skjelling.

Sølvbandasjer er viktig å benytte da de har antibakteriell virkning.

Sjenerende lukt

Optimaliser sårbehandling. Bruk kullbandasjer som fjerner lukt, ev. sølvbandasjer som virker

antibakterielt. Metronidazol kan være effektivt, både lokalt og ved systemisk behandling. Vanlig dosering er Flagyl 400 mg x 3, men dette gir ofte bivirkninger. Dersom kun lukt skal behandles, er det ofte nok å bruke 200 mg x 3 eller 400 mg x 1. Alternativt kan man forsøke lokalbehandling med 2 % løsning av klindamycin (Dalacin), injeksjonsvæske 150 mg/ml fortynnes 1:10 med 0.9 % NaCl.

Blødende sårflater

Bruk bandasjer som ikke fester i sårflata. Hemolytiske bandasjer (alginater og hydrofiberbandasje) kan hjelpe. Vurder strålebehand-

ling eller orale antifibrinolytika.

Ved stor blødning kan gas fuktet i adrenalin 1:1000 (1 ml 0,1 mg/ml adrenalin fortynnes i 100 ml 0,9 % NaCl) presses mot blødningsstedet ca 10 min. Obs. kan føre til iskemisk nekrose.

Ved vaginal utflod

Skyll med hydrogenperoksid og etterskyll med NaCl.

Lymfødem

Ses i overekstremiteter spesielt hos kvinner som er operert for brystkreft og i underekstremiteter og genitalia hos pasienter som har fått utført lymfeglandeltoalett i bekkenet. Ellers ses dette hos pasienter med glandelmetastasing i bekkenregionen.

Tiltak: Elevasjon, elastiske strømper. Fysioterapi ("lymfedrenasje"), massasje, pulsator-behandling.

Diuretika kan forsøkes, men har sjelden effekt. Ev. kortikosteroider i høye doser for en kortere periode. Seponer hvis ikke effekt.

Vurder strålebehandling dersom tumor avklemmer lymfedrenasje.

Anemi og blødning

Retningslinjene for behandling av en pasient som får palliativ behandling, skiller seg vanligvis klart fra behandlingsstrategien for en pasient hvor muligheten for kurasjon er til stede. Ved kurative behandlingsopplegg følges ofte en avdelings standardrutiner for transfusjoner, mens man i en palliativ situasjon må tilpasse behandlingsopplegget den enkelte pasient.

Disse retningslinjene gjelder for pasienter med langtkommen kreftsykdom hvor muligheten for kurasjon ikke er til stede.

Symptomer ved anemi: Økt trøttbarhet, dyspné, anoreksi, hodepine, forvirring.

Diagnostiser bakenforliggende årsak og behandle den om mulig. Kronisk (sekundær) anemi, blødning og beinmargssvikt (enten pga. tumorinfiltrasjon eller aplasi) er de vanligste årsaker til anemi hos disse pasientene.

Tiltak:

Erytrocytt-transfusjoner tilpasset pasientens behov og funksjonsnivå. En ubesværet, senge-liggende pasient med Hb på 8,0 trenger ikke nødvendigvis å transfunderes, mens en pasient som er trøtt og sliten vil kanskje profitere på å ha Hb > 10,0. Bruk skjønn!

Erytropoetin. Ved behov for svært hyppige transfusjoner og i spesielle situasjoner, f.eks. når pasienten er Jehovas vitne, kan dette være et nyttig supplement.

Blødning (ikke forårsaket av trombocytopeni/pati). Mindre blødninger, f.eks. menoragi, epistaksis, hemoptyse, blødning fra urinblære kan i en del tilfelle reduseres effektivt ved bruk av fibrinolyse-hemmer: Cyklokapron 1-1,5 g x 4-6 po. eller 5 ml x 2 iv.

Strålebehandling eller kirurgi bør vurderes. Se side 49.

Trombocytopeni

Symptomer: Blødning.

Årsak: Beinmargssvikt, splenomegali, medikamentindusert, med flere.

Tiltak: Avhengig av årsak. Tumorrettet behandling om mulig. Seponer om mulig medikamenter som kan gi lave trombocyt-tall. Forsøk ev. høye kortikosteroider for en begrenset periode. Trombocyttransfusjoner, se under.

Hos pasienter med lengre forventet levetid gjelder følgende retningslinjer ved UNN for transfusjon:

Ved trombocyt-tall < 10 gis trombocyt-transfusjon i følgende situasjoner:

- Ved mindre, ferske blødninger i hud eller neseblødning.
- Feber > 38 grader aksillært som kan settes i forbindelse med infeksjon.
- Medikamenter som kan svekke platefunksjonen.
- Ved kjent blødningsfokus (ulcus-sykdom).
- Ved nyresvikt (urinstoff > 22 mmol/l). Enkelte ganger ved DIC og dokumenterte koagulasjonsdefekter.

Hos pasienter med langtkommen kreftsykdom hvor muligheten for kurasjon ikke er til stede:

Som en hovedregel bør trombocytter kun gis ved blødning. Ved lang avstand til sykehus bør rutiner for blodprøvetaking, enighet om transfusjonsgrense (eks. trombocytter <5) og ev. forsending av trombocytter avtales på forhånd med ansvarlig sykehusavdeling og blodbank, i samråd med pasientens primærlege.

Hos terminale pasienter:

Vil man ofte avstå fra transfusjon med mindre pasienten har sjenerende blødninger, for eksempel stadig siving av blod fra nese/munnhule. Blødning er en ikke uvanlig dødsårsak hos pasienter med leukemi eller annen sykdom med beinmargsinfiltrasjon.

Leukopeni

Granulocyt-stimulerende faktor, GCSF (Neupogen, Neulasta), brukes sjelden eller aldri i en palliativ setting. Profylaktisk antibiotika brukes heller ikke rutinemessig.

Trombose - profylakse og behandling

Kreftpasienter har seksdoblet risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og dobbelt så høy risiko for fatal lungeembolisme som pasienter uten neoplastisk sykdom. Risikofaktorer for VTE er tredelt: Pasientrelaterte (høy alder, tidligere VTE, arv), kreftrelaterte (lokalisasjon, første 6 md. etter diagnose) og behandlingsrelaterte (kirurgi, hospitalisering, kjemoterapi, hormonterapi, antiangiogen terapi, sentralt venekateter).

Profylakse

Hvilke pasienter som bør få profylaksebehandling er omdiskutert. Alle hospitaliserte pasienter bør vurderes, og de som er sengeliggende, skal ha profylaktisk behandling med lavmolekylært heparin dersom ikke blødning eller andre kontraindikasjoner. Dosering: Fragmin 5000 IE x 1 eller Klexane 40 mg x 1.

Behandling

Ved påvist VTE skal behandling med lavmolekylært heparin vurderes. Kompresjonsstrømpe skal brukes i to år.

Oppstartsfasen

Lavmolekylært heparin x 2 subkutant daglig i 14 dager (for eksempel Klexane 1.0 mg/kg x 2)

Monitorering av trombocytallet dag 0, 5 og 10 (for deteksjon av heparinindusert trombocytopeni).

Vedlikeholdsfasen

Lavmolekylært heparin (ikke marevan) x 1 daglig i minst 6 md. eller til aktiv kreftbehandling/kreftsykdommen er sanert (f.eks. Klexane 1,5 mg/kg x 1). Grunnen til at man velger heparin i stedet for Marevan hos kreftpasienter, er at dette har vist seg å ha bedre effekt, samt at pasientene ofte får behandling som gjør det vanskelig å styre Marevandoseringen.

Trombose i sentralvenøst kateter

Dersom Hickman/veneport/GamCath/CVK er tett eller ikke vil gi tilbakestrøm ("backflow"), kan det gis Actilyse-oppløsning for å løse opp fibrinbelegg/trombe som stenger for utløpet av kateteret.

1. Bland 1 mg Alteplase/ Actilyse i 2 ml NaCl 9 mg/ml
2. Instiller denne blandingen i ett eller begge løp på sentralvenekateteret (ikke bruk 3-veiskraner)
3. La det virke i 1 time.
4. Aspirer ut Actilysen, og sprøyt deretter inn 20 ml NaCl 9 mg/ml.

Dersom man ikke oppnår tilbakestrøm, kan denne behandlingen gjentas etter en time, ev. kan man doble Actilysedosen. Alternativt kan det blandes 1 mg Actilyse i 200 ml NaCl 9 mg/ml, og infundere dette i det sentralvenøse kateteret over 8 timer.

Ved trombose i sentralvenøst kateter anbefales Klexane eller Fragmin i behandlingsdose i 3 md.

Hyperkalsemi

Det hyppigste paraneoplastiske syndromet. Ca. 10 % av hospitaliserte kreftpasienter rammes av denne potensielt livstruende tilstanden.

Symptomer: Ofte diffuse og til forveksling lik plager mange kreftpasienter har (kvalme, brekninger, obstipasjon, anoreksi). Etter hvert utvikles konsentrasjonsvansker, tretthet og asteni stigende til en demenslignende tilstand. Pasienten kan i løpet av kort tid utvikle et klinisk bilde med terminalt preg. Ved uttalt hyperkalsemi utvikles polyuri, dehydrering og økt risiko for kardiovaskulær mortalitet.

Årsaker: Patologisk nedbrytning av bein gjennom økt osteoklastvirksomhet er den vanligste årsak hos kreftpasienter, dvs. solide tumorer med skjelettmetastaser eller maligne hematologiske sykdommer. "Humoral hyperkalsemi" kan forårsakes av solide, maligne svulster (uten skjelettmetastaser) med PTH-lignende effekter.

Tiltak: Behandlingsindikasjon ved fritt, ionisert $\text{Ca}^{+2} > 1,6 \text{ mmol/l}$ eller totalt serum $\text{Ca}^{+2} > 3,0 \text{ mmol/l}$ (husk korreksjon for albumin). Ved ionisert $\text{Ca}^{+2} > 1,75 \text{ mmol/l}$ eller ved total serum $\text{Ca}^{+2} > 3,2 \text{ mmol/l}$, foreligger risiko for hyperkalsemisk krise.

- 1A: Rehydrering med 3–4 l isotont saltvann med samtidig korreksjon av elektrolytt for-

styrrelsene ev. supplert med forsiktig dosert loop-diuretikum om ikke tilstrekkelig diurese. Tilstrebe diurese over 3 liter per døgn. Ta hensyn til pasientens kardiaale status.

- 1B: Start om mulig tumorrettet behandling.
- 2A: Bisfosfonater, gitt parenteralt etter korreksjon av væskemangel. Zoledronsyre (Zometa) 4 mg oppløst i 50 ml 0,9 % NaCl eller glukose, gis som iv. infusjon over 15 min. Om ikke dette er tilgjengelig, velg ev. pamidronsyre (Pamidronatdintrium) 60–90 mg iv i 500 ml 0,9 % NaCl som kontinuerlig infusjon over fire timer eller ibandronsyre (Bondronat) 2–4 mg som infusjon over 2 timer.
- 2B: Ved alvorlig symptomgivende hyperkalsemi og/eller ved nedsatt nyrefunksjon: Kalsitonin (Miacalsic) 400–600 IE som iv infusjon over 6 timer, ev. se Felleskatalogen. Effekten er raskt innsettende, men forbigående. Kan gjentas de første dagene. Behandlingen kommer i tillegg til væskebehandling.

Med mindre grunnlidelsen kan behandles, vil det hos de fleste være behov for vedlikeholdsbehandling med bisfosfonater, enten i form av peroral behandling eller som infusjoner hver 3.–4. uke.

Palliasjon hos den eldre pasient

Personligheten hos en frisk person holdes stort sett uendret gjennom livet, men kroppslige funksjoner endres over tid. Hørsel, syn, lukt og smak svekkes gradvis. Kardiovaskulær funksjon holder seg stabil hos mange opp til 70–80-års alder. Dehydrering oppstår lettere pga. svekket homøstase. Temperaturkontrollen svekkes, noe som gir risiko for infeksjon uten feber. Svekket balanse kan gi fallskader. Symptomer hos eldre er som oftest sammensatte. Nedsatt appetitt, smerte, trøtthet, søvnvansker, depresjon, angst, kognitiv svikt, kakeksi og redusert mobilitet kan være vanlige plager i en palliativ setting.

Smerte

Kroniske smerter rammer mer enn halvparten av hjemmeboende eldre og 60–80 % av dem som bor på sykehjem. De akutte smertene arter seg som regel mer diffust. Mange kan feilaktig oppfatte smerte som et normalfenomen hos eldre, noe som medfører unødig lidelse. Eldre har også tendens til å underrapportere smerter, og vil ikke "være til bry" for helsepersonell. Det kan også være kommunikasjonsmessige utfordringer pga. kognitiv svikt og at samtalen ofte tar lengre tid. Kombinasjonen med angst/depresjon ses oftere hos eldre enn yngre pasienter.

Behandlingsmål er ikke nødvendigvis fullstendig smertefrihet, men målet skal være økt livskvalitet, fredelig søvn, smertefrihet i hvile og at aktivitetsnivået ikke hemmes.

Behandlingstilnærmingen bør være multimodal, kun medikamenter er ingen god strategi fordi dette ofte gir uønskede bivirkninger. I tillegg til farmakologisk behandling tilbyr vi fysioterapi og trening, men mange eldre foretrekker oftest massasje, lokalbehandling med varme eller kulde, og kognitive strategier som

sosiale sammenkomster, musikk, bønn, humor og det å besøke naboen.

Valg av medikamenter

Spesielle forhold:

- Eldre har redusert nyrefunksjon
- Eldre har økt følsomhet for medikamenter
- Eldre har økt fare for bivirkninger
- Eldre har andre typer bivirkninger som svekket kognisjon, fall og uro/forvirring. Forvirring kan også være uttrykk for smerte (eller andre tilstander).
- Obs. polyfarmasi, interaksjoner og dårlig etterlevelse
- Viktig med avtalt kontroll (ikke bare kontakt ved behov), seponer medikamenter uten effekt
- Morfin hos eldre med smerter er underforbrukt!

Noen medikamenttips

- Morfin. Tolereres godt ved langsom titrering. Obs. opphopning av metabolitter pga. redusert nyrefunksjon. Husk alltid laksantia!
- Tramadol (Nobligan) og kodein (Paralgin Forte) bør unngås. Gir økt fare for fall og uro.
- NSAID. Bør unngås pga. økt risiko for: blødning, magesår, astmaanfall, væskeretensjon og forverring av hjertesvikt.
- Diazepam (Stesolid, Vival). Skal helst unngås pga. forlenget halveringstid hos eldre og risiko for paradoksalt effekt. Oksazepam (Sobril) bør foretrekkes dersom benzodiazepiner er nødvendige.
- Vær forsiktig med antikolinerge medikamenter. Eksempelvis skal helst førstegenerasjons antipsykotika som levomepromazin (Nozinan) unngås. Ved behov kan Haldol benyttes.
- Generelt ved dosering av ovennevnte medikamenter til eldre: "Start low, go slow!"

Palliativ strålebehandling

Målet for palliativ strålebehandling er å kunne lindre plagsomme symptomer uten for mye bivirkninger, og uten å ta for mye av pasientens tid.

NB! Pasientens forventede levetid må vurderes når han/hun søkes til strålebehandling. Dette er ofte avgjørende for hvilken fraksjonering/stråledose pasienten skal få.

Indikasjoner:

Smertefulle skjelettmetastaser. Dette er en enkel behandling og gir vanligvis lite bivirkninger. God effekt på skjelettsmerter oppnås hos 70–90 % av pasientene 1–4 uker etter avsluttet behandling. Det er ofte tilstrekkelig med en strålebehandling, men behandlingen kan ta fra 1–10 dager. Vanligste fraksjonering er 8 Gy x 1.

Ved **frakturfare**, alene eller i tillegg til kirurgi.

I prinsippet bør alle pasienter med smertefulle skjelettmetastaser henvises til strålebehandling!

Kompresjon av medulla spinalis: Ved begynnelende nevrologiske utfall, gi høydose steroider, deksametason 20 mg iv. Send pasienten direkte til nevrokirurgisk eller onkologisk avdeling med mulighet for strålebehandling. Tiden er avgjørende for utfallet av behandlingen. Pareser av over 24 timers varighet forblir ofte permanente. Vanlig fraksjonering ved forventet levetid over 3–6 md. er 3 Gy x 10.

Symptomer fra luftveier: God symptomatisk effekt på hemoptyse, obstruksjon, hoste, brystmerter. Vanlig fraksjonering er 8,5 Gy x 1 x 2, eller 2,5 Gy x 15 eller 3 Gy x 10, dvs. tar fra 2–15 dager.

Obstruksjon av øsofagus: Strålebehandling lindrer dysfagi hos 70–90 % av pasientene. For 30–50 % varer denne effekten ut pasientens levetid. Vanlig fraksjonering er 3 Gy x 10.

Blødning: Hematuri, hematemese, vaginalblødning. Vanlig fraksjonering er 10 Gy x 1, 3 Gy x 10 eller 7 Gy x 3 gitt over en uke.

Hjernemetastaser: Vanlige symptomer er hodepine, svimmelhet, kvalme. Deksametason (Decadron, Fortecortin) kan hos mange ha god effekt og er ofte eneste behandling ved kort forventet levetid (< 2–3 md.). Forventet levetid varierer fra 1–2 md. til 2–3 år (median = 10 m.) avhengig av primærdiagnose og sykdomsutbredelse. 50–60 % vil ha nytte av strålebehandling. Vanlig fraksjonering er 3 Gy x 10 (2 ukers behandling) eller 4 Gy x 5.

Lokaliserte bløtdelsmetastaser som gir plager, for eksempel glandelmetastaser som komprimerer plexus brachialis. Vanlig fraksjonering er 3 Gy x 10.

Terminalfasen

- de siste 48 timene

Det er ikke alltid lett å forutsi om en pasient er døende, men hos pasienter med langtkommet kreftsykdom, kan nær forestående død ofte forventes.

Hva kjennetegner terminale pasienter?

- Pasienten er ytterst svak
- Er sengeliggende
- Er i lengre perioder knapt kontaktbar
- Er mer eller mindre orientert for tid
- Er mindre og mindre interessert i mat og drikke
- Finner det vanskelig å svelge medikamenter

Hva dør kreftpasientene av?

- Infeksjoner
- Tromboemboliske komplikasjoner, blødninger
- Organsvikt: nyre, lever, lunge, beinmarg, CNS
- Metabolske forstyrrelser: hyperkalsemi, uremi
- Kakeksi
- M.m.

Sir William Osler, 1900:

"I have carefully recorded about 500 deathbeds, studied particularly with reference to the modes of death and the sensations of the dying. The latter alone concerns us here. Ninety suffered bodily pain or distress of one sort or another, eleven showed mental apprehension, two positive terror, one expressed spiritual exaltation, one bitter remorse. The great majority gave no signs one way or the other; like their birth, their death was sleep and forgetting"...

Hovedprinsipper vedr. behandling og pleie de siste 48 timer:

- Fortsett med aktiv symptomlindring.
- Unngå unødvendige intervensjoner og undersøkelser.
- Revurder både medikamenter og symptomer jevnlig, for eksempel bør blodtrykksbehandling og lignende, seponeres. Ha nødvendige medikamenter tilgjengelig i tilfelle en akutt situasjon, se under.
- Støtt pasient, pårørende og pleiere. Informer om hva som skjer.

Ernæring/væskebehandling i terminalfasen:

Anoreksi og tap av interesse for mat er vanlig hos pasienter i terminalfasen. Spesielt for pårørende og oss som behandlere kan det være vanskelig å akseptere.

"Han spiser ikke, derfor dør han" er en vanlig oppfatning. Forsøk å få pårørende til å forstå at det som egentlig skjer er "Han er i ferd med å dø, derfor spiser han ikke". Ingen studier har klart å vise økt overlevelse hos pasienter som ernæres aktivt i terminalfasen av sykdommen. Dette vil hos de fleste kun gi økte plager.

Tørste og munntørhet er symptomer forbundet med dehydrering i terminalfasen. Dette lindres best ved peroral væsketilførsel og godt munnstell. Intravenøs væsketilførsel kan i livets slutfase forverre dyspné og kvalme/oppkast og gi økt urinproduksjon med lekkasjeproblemer. Hos en forvirret pasient, f.eks. pga. opphopning av metabolitter av morfin vil derimot rehydrering være fornuftig å forsøke. En væskemengde på 500–1000 ml vil ofte være tilstrekkelig.

Som hovedregel trenger imidlertid de fleste pasienter ikke iv-væske i terminalfasen.

Symptomkontroll:

Smertebehandling. Bruker pasienten smertestillende, skal denne kontinueres selv om pasienten ikke lenger er ved bevissthet. Årsaken til pasientens smerte er fremdeles til stede, og ubehandlet smerte kan være en av årsakene til uro og forvirring hos pasienten. Virker derimot pasienten overdosert på opioider, bør dosen reduseres.

Peroral administrering av medikamenter vil være umulig for mange i denne situasjonen og subkutan administrering i form av smertepumpe er ofte et godt alternativ (for omregning fra peroral til subkutan morfin administrering, se side 13. Smertepaster, stikkpiller eller intravenøst morfin-drypp er også alternative administrasjonsformer.

En retrospektiv undersøkelse gjort av pasienter som allerede sto på opioider, viste at i de siste 48 timer ble opioiddosen redusert hos 13 %, økt hos 44 % mens den forble uendret hos 43 % (Lichter I, 1990).

Terminal dyspné – ofte multifaktoriell årsak. På dette tidspunkt vil symptomatisk lindring av lufthunger være målet. Kan det gjøres noe med tilgrunnliggende årsak, skal dette alltid vurderes. En ikke uvanlig problemstilling i denne situasjonen, er bruk eller ikke bruk av antibiotika ved pneumoni. Dette må vurderes individuelt i hvert enkelt tilfelle.

Morfin er et nyttig medikament mot dyspné. Dosen titreres opp på samme vis som ved smertebehandling. Dosen økes mens respirasjonsfrekvensen går rolig ned. Hos en pasient som allerede står på morfin, gis en behovsdose mot dyspné som er litt større enn behovsdosen for smerte, dvs. litt over 1/6 av døgndosen morfin, po, sc eller iv.

Dyspné er ofte ledsaget av angst. Pusteøvelser, frisk luft (åpent vindu, ev. vifte), en kald klut,

en god hånd kan være viktige tiltak. I tillegg er det ofte nødvendig med angstdempende medikamenter, for eksempel diazepam, levomepromazin eller midazolam. Ved respiratorisk panikkanfall, be pasienten puste rolig og dypt og gi raskt-virkende anxiolytika. Ha mulighet for intravenøs tilgang.

I terminalfasen vil det ofte bli opphopning av sekret i bronkier og alveoler. Pasienten er for svak til å hoste og svelge. Dette kan gi såkalt "dødsralling". Forklar dette til pårørende.

Sekretproduksjonen kan reduseres med antikolinergika, f.eks. glykopyrron (Robinul) 0,2–0,4 mg sc ved behov, skopolamin 0,2–0,6 mg sc ved behov eller butylskopolamin (Buscopan) 20 mg sc ved behov. Medikamentene kan tilsettes i sc smertepumpe (Skopolamin 0,8–2,4 mg/døgn, Buscopan 40–100 mg). Atropin kan også benyttes.

Uro og forvirring (delir), se side 34. Delir er svært vanlig i terminalfasen, opptil 70–85 % av pasientene rapportert i flere undersøkelser (Massie M, 1983, Bruera 1987). Undersøkelser har vist at 6–30 % av døende pasienter er ved bevissthet helt til de dør eller like før, mens 8–34 % er bevisstløse i over 24 timer.

Årsaker til uro og konfusjon i terminalfasen

- Medikamenter: opioider, kortikosteroider, skopolamin, neuroleptika
- Fysiske plager: ubehandlet smerte, full blære, infeksjon, organsvikt, cerebrale årsaker
- Metabolske forstyrrelser: hyper/hypokalsemi, hypoksi, m.m.)
- Angst og uro ("terminal anguish")
- Alkohol

Tiltak:

- Symptomatisk behandling. Korrigjer underliggende årsak om mulig. Rehydrering og reduksjon av opiat-dosen er ofte virksomt.
- Pasientvennlig miljø, pasienten bør i minst mulig grad utsettes for opplevelse og behandling som kan forsterke eller opprett-

holde forvirringen. Ha kjente personer, for eksempel familiemedlemmer til stede om mulig.

- Ved agitasjon eller ubehagelige, skremmende hallusinasjoner kan symptomatisk behandling i form av f.eks. haloperidol (Haldol) eller midazolam (Dormicum) være aktuelt hver for seg eller i kombinasjon. Levomepromazin (Nozinan) kan være et nyttig medikament ved behov for sedering.

Nyttige medikamenter:

- Morfin. Mot dyspné, smerter.
- Haloperidol (Haldol). Mot kvalme, uro. 2–4 mg po/sc/iv, gjenta etter en time, vurder effekten. Peroral dose halveres ved overgang til iv. Gis 3–4 x daglig. Ev. tilsett 5–10 mg/døgn på subkutan pumpe.
- Midazolam (Dormicum). Mot uro, dyspné. Enkelt doser 2–5 mg sc (1 mg midazolam tilsvarer ca. 3 mg stesolid). På smertepumpe; start med små doser 4–10 mg/24 timer subkutan og øk til effekt (opptil 60 mg).
- Levomepromazin (Nozinan). Mot uro. Po/im/iv, kan tilsettes smertepumpe. Vanlig startdose ved terminal forvirring er 25 mg subkutan og 50–75 mg/24t på smertepumpe.
- Antikolinergika. Mot surkling. *Skopolamin* 0,2–0,6 mg sc ved behov opptil 2,4 mg per døgn. Blir ofte gitt i kombinasjon med morfin. Kan tilsettes smertepumpe, dosering 0,8–2,4 mg/d. *Robinul* gir mindre sedering og forvirring. Første dose er 0,4 mg sc, gjentas ved behov etter 4 timer, da kan det gis 0,2 mg x 4. Døgn dosen bør ikke > 2,4 mg. *Buscopan* 20 mg sc/im/iv, opptil 100 mg/d. Dosering på smertepumpe 40–100 mg/d.
- Ileuspumpe. Se side 21.
- Propofol. Mot uro, kvalme. Brukes ved vanskelig håndterbar forvirringstilstand. Samarbeid med anestesilege. Kan gis på vanlig avdeling til døende pasienter. Startdose er 1 mg/kg/t iv. Økes med 0,5 mg/kg/t hvert 10. min inntil ønsket effekt.

NB, har ingen analgetisk effekt.

”Terminale katastrofer”

I spesielt vanskelige situasjoner i terminalfasen er det ekstra viktig med riktig og rask respons fra vår side. Dette er av uvurderlig betydning både for pasient og pårørende. Det vil kunne påvirke videre sorgarbeid, og også få betydning for oss selv og våre medarbeideres videre profesjonelle liv.

- Kvelning (stridor) – se side 28. Ha morfin, diazepam, O2 tilgjengelig.
- Kramper – se side 35.
- Blødning – se side 31 og 44.
- Smerter – se side 8.
- Forvirring – se side 34.

En del av disse situasjonene kan forventes. Om pårørende og pasient også på forhånd er informert og vet hva som kan gjøres i en slik situasjon, vil dette kunne avhjelpe frykt.

For eksempel, en pasient som tidligere har hatt hemoptyse vil kunne få blødning, stor tumor ved de sentrale luftveier kan føre til kvelning, tidligere hyperkalsemi vil kunne tilsi konfusjon, osv.

Noe av dette kan forhindres. F.eks. en terminal pasient med hjernetumor som slutter med kortiko-steroider kan få kramper med mindre antiepileptisk behandling kontinuertes. Dette kan forhindres ved å gi pasienten fast diazepam supp.

De fleste situasjonene er imidlertid irreversible. Sykepleier må ha nødvendige medikamenter for hånden i tilfelle akutte situasjoner, uten å måtte vente på at lege skal komme til. Sprøyter med opptrukket morfin (minst 1/6 av døgn dosen) og diazepam 5–10 mg må kunne brukes når det trengs.

Sedasjon i terminal fase

Sedasjon i terminal fase har til hensikt å redusere pasientens bevissthetsnivå ved hjelp av intravenøst tilførte medikamenter i livets slutt-fase for å redusere sterke vedvarende smerter og lidelse. Behandlingen bør ta sikte på å ha en beroligende eller døsende effekt på pasienten uten at denne gjøres bevisstløs. I enkelte tilfeller kan det imidlertid forsvares å gi behandling som medfører fullstendig bevissthetstap dersom nødvendig smertelindring ikke kan oppnås på annen måte og alt annet er prøvd.

Følgende retningslinjer er anbefalt fra Helse-tilsynet august 2000. For grundig innføring i problemstillingen vises til høringsuttalelse fra legeföreningens råd for legeetikk vedr. "Lindrende sedering til døende" 2001.

Forutsetninger for terminal sedering:

- Det foreligger langt fremskreden kreftsykdom.
- Forventet levetid er kort, ikke over en uke.
- Det foreligger sterke, vedvarende smerter eller andre symptomer.

- Symptomene er behandlingsrefraktære.
- Pasienten må ha gitt sitt samtykke til behandlingen.
- Samtykke krever informasjon om:
 - Tilstanden
 - Prognosen
 - At smertene vil vedvare
 - At standard smertelindring ikke forventes å ha nødvendig effekt
 - Hva terminal sedering innebærer
- Pårørende kan trekkes inn i prosessen dersom pasienten samtykker til dette.

Ved terminal sedering skal:

- Det skal være tilgang til tverrfaglighet i beslutningsprosessen.
- Beslutningsprosessen skal være veldokumentert i pasientens journal.
- Pasienten skal ha legetilsyn med dokumentasjon minst én gang daglig.
- Behandlingen skal vurderes løpende og ev. endres eller avbrytes.

”Den vanskelige samtalen”

Utarbeidet av overlege Oluf Herlofsen, Kreftavdelingen, Ålesund

Kommunikasjon med pasienter og pårørende i livskrise er vanskelig, men ufattelig viktig. Det hjelper lite hvilken kvalitet vi legger i den rent medisinske håndtering hvis ”innpakningen” oppfattes feil.

I et arbeid hvor så mye av vår egen personlighet, verbale uttrykksform og kroppsspråk blottlegges, finnes ingen klart definert mal på den optimale samtale.

Det kan imidlertid være klargjørende med en del kjøreregler. I en oppjaget hverdag betyr kanskje ikke detaljene så svært mye for oss, men til gjengjeld enormt for dem vi skal formidle budskapet til. Det ”terapeutiske vindu” mellom suksess og fiasko, misnøye og tilfredshet, kan være frustrerende og overraskende smalt. For kanskje å kunne gjøre stien bredere, har jeg utarbeidet en mal for ”den vanskelige samtalen”, som i alle fall kan danne grunnlaget for en best mulig samtale-situasjon.

Dette er på ingen måte noen sjekklister, og for all del ikke legg den foran dere på bordet når samtalen starter!

Generelt

Informasjonen til pasienter med nyoppdaget alvorlig sykdom med usikker eller dårlig prognose stiller store krav til oss som helsepersonell. Det er vanskelig både å gi og motta slik informasjon, og vi formidler i en av livets mest sårbare og følsomme situasjoner. Vår evne til å overlevere budskapet og inngå i dialog legger grunnlaget for samarbeidet mellom

behandler og pasient/pårørende i det videre forløpet. I dette såes også spiren til tillit. Alt videre samarbeid forutsetter tillit. Under utredning av malign sykdom:

Tåkelegg aldri overfor pasient at vi holder muligheten for en malign sykdom åpen.

Uttal deg aldri skråsikkert om tilstedeværelse av kreftsykdom på sviktende grunnlag. Helst må histologisk/cytologisk bekreftelse foreligge.

Answaret

Answaret påhviler legen som har hatt hovedanswaret under utredningen. Overlates aldri til fagperson som ikke er tilstrekkelig oppdatert på detaljene i utredningen. Informant må i denne situasjonen aldri møte pasienten for første gang. Det samme gjelder sykepleier, som alltid skal være til stede. **MØT FORBEREDT!**

Rammen

Flersengsrom og korridor er uegnet. Om mulig unngå visittinformasjon. Ta pasient og pårørende med til et skjermet sted, tilstreb ”de rette omgivelser”. Det er alltid fordelaktig at pårørende er til stede, forutsatt at pasienten ønsker det. Unngå unødige forstyrrelser; svar ikke på callinger fortløpende. Gi heller beskjed til sentralbord og poliklinikk/sengepost i forkant om at du ønsker skjerming i aktuelt tidsrom. Evt. overlat vaktcalling midlertidig til andre. Sykepleier, helst den som kjenner pasienten best, skal være til stede.

Innledningen

Innled aldri med hovedbudskapet. Start aldri før alle har satt seg til rette. Gi aldri inntrykk av at du har det travelt. Innled gjerne med litt avvæpnende spørsmål som ”hvordan går det?”,

"var undersøkelsen i dag ubehagelig?", "er du fortsatt kvalm?", "har du fortsatt vondt?", eller lignende. Fokuser blikket på dem du taler til, snakk rolig, vær vennlig og vis varme. Vis gjerne et vennlig smil, berøring kan hjelpe. Vis at du har følelse og forståelse for den vanskelige situasjonen.

Innholdet

Snakk ikke sammenhengende, men legg inn pauser så informasjonen gradvis kan synke inn. Unngå mest mulig bruk av fagterminologi. Snakk enkelt og lett forståelig. Gjenta hovedbudskapet flere ganger i løpet av samtalen. Still også spørsmål som forsikrer om at hovedbudskapet er oppfattet. Gå likevel alltid ut ifra at kun brokker av den første informasjonen oppfattes.

Er behandlingsstrategien lagt, forklares denne i korte trekk. Unngå for mye detaljer første gang. Dette gjelder også for mye fokus på komplikasjoner/bivirkninger/risiko ved behandlingen. Bygg ikke inn for mange eventualiteter, legg heller detaljene til en oppfølgende samtale. Behandlingsmålet må om mulig defineres. Det er mulighetene for behandling og utsiktene for helbredelse/overlevelse som først og fremst opptar pasienten i denne fasen.

La pasienten og pårørende få tid til å vise sine følelser. Vi må ha et profesjonelt forhold til reaksjoner rettet mot oss som helsepersonell. Vi har en viktig containerfunksjon for reaksjoner som aggresjon, sinne og forbitrelse. Gå ikke i forsvarsposisjon! Forklar at reaksjonene er normale. Gi aldri uttrykk for at du er enig i at "primærlegen reagerte for sent". Gi heller ikke uttrykk for det motsatte. Vær nøytral. Dette kan heller gripes fatt i senere.

Fokuser mer på hva vi kan gjøre for pasienten enn hva vi ikke kan gjøre. Mange negative meldinger kan av og til med fordel fordeles på flere samtaler. Lytt til pasientens spørsmål og reaksjoner. Dette vil ofte etterlate et inntrykk av hvordan "informasjonen må doseres". Gi

aldri grobunn for ubegrunnet/urealistisk håp, men gi rom også for de positive momenter/faktorer. Å frarøve pasienten ethvert håp og livsmot er dårlig palliasjon, men realismen må ligge i bunnen. Denne balansegangen er vanskelig og trenger trening.

Begå aldri det overtramp å meddele at "vi kan dessverre ikke gjøre noe for deg". Selv i de vanskeligste og mest håpløse situasjoner må vi fokusere på at vi alltid kan "gjøre noe". Vi kan behandle kvalme, smerter, angst, vise nærhet og tilstedeværelse, omsorg, forståelse og medmenneskelighet.

Hvor lenge kan jeg leve?

Husk at median overlevelse har statistisk gyldighet i vitenskapelige materialer, men du vet oftest ikke på hvilken side av og hvor langt fra mediantallet din aktuelle pasient befinner seg. ANGI ALDRI EN MAKSIMALTID! I fall gi relativt romslige tidsrammer. Husk imidlertid at forventet meget kort levetid bør formidles på en tilbørlig måte, slik at pasienten kan få muligheter for å tilrettelegge praktiske forhold. Det kan dreie seg om økonomi, personlige/familiære konflikter, ekteskapsinngåelse, testamente osv.

Oppfølgingen

Er pasienten inneliggende, sørg for at sykepleier følger opp informasjonsamtalen senere samme dag. Pasienten må ikke bli overlatt til seg selv uten mulighet for å kunne spørre eller gi uttrykk for sin fortvilelse og sorg.

Informeres pasienten ved poliklinikk, må sykepleier være tilgjengelig for pasienten også etter legesamtale. Evt. ring opp pasienten senere samme dag eller senest derpåfølgende dag. Sørg for at pasienten ikke bare har mulighet for, men oppfordres til åpen kontakt med sykepleier og lege ved poliklinikk.

DET ER DÅRLIG HÅNDVERK Å TILBY FØRSTE KONTROLLOPPFØLGING ETTER TRE MÅNEDER UTEN AT MULIGHETEN FOR INTERMEDIÆR KONTAKT ER SIKRET.

Kun bruddstykker av den første informasjonen

absorberes. Informasjonen må gjentas. La det aldri gå mer enn en dag eller to før en oppfølgingsamtale finner sted. Kartlegg først hvor mye som er oppfattet. Grip fatt i uklarhetene.

Oppfølgingsansvar

Det må muntlig og skriftlig fremgå hvem som er ansvarlig for pasientbehandlingen. Dette ansvaret må være begrenset til færrest mulig fagpersoner.

Dokumentasjon

Det må dokumenteres i sykepleierdokumentasjon og journal hvilken informasjon som er gitt. Det er meget viktig at denne informasjonen også framgår i dokumentene som går videre til primærhelsetjenesten; epikrise, kommunikasjonsmappe/hjemmejournal og sykepleiersammenfatning.

Litteraturliste

- Dahl O., Christoffersen T., Kvaløy S. & Baksaas I. (red.). (2004): *Cytostatika- medikamentell kreftbehandling*. Oslo: Institutt for farmakoterapi og Den Norske Kreftforening. Lastet ned fra <http://www.med.uio.no/rh/farmakoterapi/cytostatika/tes, kvalme, tarmobstruksjon>. Lastet ned fra http://www.medisin.ntnu.no/ikm/kreft/slb/Dokument/Pall_Handlingsprogram.pdf
- Doyle D., Hanks G., Cherney N. & Calman K. (2004): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (3rd edition). Oxford: Oxford University Press.
- Eriksen, J., Sjøgren P. & Jensen N. (2000): *Praktisk klinisk smertebehandling*. (4. utgave). København: Munksgaard.
- Geerts, W. H. et al. (2008): *Prevention of Venous Thromboembolism. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines* 8th Edition. Chest 2008; 133: 3815-4535.
- Kaasa, S. (red.). (2007): *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Kaasa S., Wist E., Høst H. (red.). (1992): *Palliativ strålebehandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lefor, A. T. (ed.) (1996): *Surgical Problems Affecting the Patient with Cancer – Interdisciplinary Management*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Løkken P., Birkeland JM. (2005): *Medikamenter og munntørrhet*. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:581-2
- Midtskandinavisk palliativt forum (2001): *Handlingsprogram for palliasjon ved ascites, kvalme, tarmobstruksjon*. Lastet ned fra http://www.medisin.ntnu.no/ikm/kreft/slb/Dokument/Pall_Handlingsprogram.pdf
- Nordøy T., Thoresen L., Kvikstad A., Svensen R. (2006): *Ernæring og væskebehandling til pasienter med ikke-kurabel kreftsykdom*. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 5, 2006; 126: 624-7.
- Norsk interessefaggruppe for sårheling: Retningslinjer for sårbehandling. Lastet ned mars 2009 fra <http://www.nifs-saar.no>.
- Ottesen, S. & Kaasa, S. (1997): *Kreft og fordøyesplager*. Den Norske Kreftforening.
- Palliativedrugs.com (Internett): <http://www.palliativedrugs.com>
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Lastet ned fra http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf.
- Twycross, R. et al. (2003): *Itch: Scratching more than the Surface*. Q J Med 2003; 96: 7-26.
- Twycross, R. G. & Lack, S. A. (1987): *Control of Alimentary Symptoms in Far Advanced Cancer*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Wall, P. & Melzack, R. (1999): *Textbook of Pain* (4th Edition). Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone.

Nyttige Internett-adresser

<http://www.unn.no/lin>

Hjemmesida til Lindring i nord. Har til en hver tid oppdatert oversikt over ressurser innenfor lindrende behandling i nord.

<http://www.medisin.ntnu.no/slb/>

Seksjon lindrende behandling, St. Olavs Hospital, Trondheim.

<http://www.palliasjon.no/>

Kompetansesenter for lindrende behandling, Helseregion Sør-øst.

<http://www.helse-bergen.no/avd/lindrendebehandling/>

Kompetansesenteret for lindrende behandling, Haukeland sykehus.

<http://www.pallreg.no>

Nasjonalt register over palliative virksomheter i Norge.

<http://www.palliativedrugs.com>

Meget god side med beskrivelse og doseringsforslag av aktuelle medikamenter. Den "palliative Felleskatalogen".

<http://www.mskcc.org>

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Har blant annet meget god oversikt over urter og preparater som brukes i alternativ behandling: www.mskcc.org/mskcc/html/11570.cfm.

<http://www.hospicecare.com>

The International Association for Hospice and Palliative care (IAHPC).

Blant annet oversikt over alle tidsskrifter i palliativ medisin, undervisningsopplegg m.m.

<http://www.eapcnet.org>

European Association for Palliative Care.

<http://www.palliativmed.org/>

Norsk forening for palliativ medisin.

<http://www.palliativ.org/>

Norsk palliativ forening.

<http://www.kreft.no>

Kreftforeningen.

<http://sfpm.org>

Svensk Förening för Palliativ Medicin.

<http://www.pain.com/>

<http://whocancerpain.bcg.wisc.edu>

WHO-program for bedre behandling av smerter. Mange linker.

<http://www.biomedcentral.com/bmcpalliatcare/>

Nettidsskrift i palliativ medisin fra BMJ.

<http://www.chernydatabase.org>

Gratis søkbar database med over 30 000 referanser relatert til palliasjon.

Trygde- og støtteordninger

For fullstendige opplysninger og oppdatert informasjon henviser vi til sosionom og www.nav.no eller www.helfo.no.

Trygdeytelser

- **Frikort:** Når egenandelene oppført i egenandelskortet overskrider et bestemt beløp, utstedes frikort som gir fritak for egenandeler. Det er to typer frikort:

Egenandelstak 1 (per 2012 kr 1980)

- Ved undersøkelse og behandling hos lege, psykolog, poliklinikk, røntgeninstitutt
- Reise i forbindelse med undersøkelse og behandling
- Legemidler på blå resept

Egenandelstak 2 (per 2012 kr 2560)

- Ved undersøkelse og behandling hos fysioterapeut
- Enkelte former for tannlegehjelp
- Opphold ved offentlig godkjent opptreningsinstitusjon
- Behandlingsreiser til utlandet i regi av Rikshospitalet

- **Sykepenger:** 1 år, maks 6 G.
- **Arbeidsavklaringspenger:** 66 % av inntektsgrunnlaget. Tidligere attføring- og rehabiliteringspenger.
- **Uførepensjon:** Kan ytes ved varig sykdom når rettigheter til syke- og rehabiliteringspenger er oppbrukt. Graderes 50–100 %.
- **Omsorgspenger:** "Sykemelding" inntil 20 dager til hver av foreldrene (40 til enslige) i forbindelse med barns sykdom (< 17 år).

- **Pleiepenger (alvorlig syke barn):** Kan ytes fra 1. dag ved opphold i institusjon og etter utskrivelse dersom det foreligger behov for kontinuerlig tilsyn og pleie. Varigheten begrenses kun av barnets behov knyttet til behandling og rehabilitering. Begge foreldrene kan gis pleiepenger ved institusjonsopphold.

- **Pleiepenger (livets slutfase):** Kan ytes for én pårørende av gangen i inntil 60 dager ved terminal pleie i hjemmet. Beløpet tilsvarende sykepenger. Kan fordeles på flere pårørende og på enkeltdager. Søknad (ingen standard skjema) til lokalt NAV-kontor, legeerklæring vedlegges.

- **Grunnstønad (ytelser for ekstra utgifter forårsaket av varig sykdom):** Til medisinsk begrunnet behov for transport, proteser, bandasjer, diettutgifter, klesslitasje og telefon. Behovsprøvd ytes det fra kr 585 til kr 2931 per måned (2008-satser).

- **Hjelpestønad:** Hjelpestønad ytes bare i forbindelse med privat hjelp, enten egen familie eller andre private, til tilsyn og /eller pleie, ordinært kr 1050 per måned. Forhøyet hjelpestønad ytes bare til barn/(personer under 18 år) - opp til kr. 6300 per måned (2008-satser).

- **Reisegodtgjørelse til pårørende:** Reise- og oppholdsutgifter dekkes av sykehuset når lege på aktuelt sykehus bekrefter at det er medisinsk nødvendig at pårørende er til stede.

- **Oppholdsutgifter til pårørende:** Dekkes vanligvis ikke. Dersom pårørende er ledsager og vil oppholde seg på behandlingsste-

det under innleggelsen, kan NAV dekke oppholdsutgifter (i 2008 kr. 170 for kost og kr. 295 for losji mot kvittering) begrenset oppad tilsvarende hva det ville kostet for ledsager å reise hjem og tilbake for å hente pasienten.

• **Tannbehandling:**

Full dekning etter § 5.6 ved (beregnes etter offentlige satser, ev. mellomlegg må pasienten betale):

- kreftsykdom som direkte eller ved spredning affiserer munnhule/kjeveparti
- infeksjonsforebyggende behandling (HMAS, høydose cytostatikabeh, før oppstart bisfosfonater, før stråleterapi)
- pasienter i hjemmesykepleien (> 3 md.)
Delvis dekning
- Munntørrhet i min. 1 år som forårsakes av sykdom eller behandling. 90 % av utgifterne som overstiger kr 1600.

- **Brystprotese:** Dekkes fullt ut (én protese pluss én reserve) forutsatt godkjent leverandør.

- **Parykk/hodeplagg:** Dekkes inntil kr 5290 per år (2012). Under 18 år dekkes to parykker hvert år, ingen øvre prisgrense. Ulike teknikker for å skjøte gjenværende hår kan dekkes dersom dette kan erstatte parykk.

- **Fysikalsk behandling:** Dekning ved: funksjonssvikt etter lymfeknutetolett, kreftrelatert lymfødem (NAV dekker også trykkmasasjeapparat), brystrekonstruksjon, bivirkning etter strålebehandling, nevrologisk skade etter behandling eller kreftsykdom, større kirurgiske inngrep, lungelidelser etter stråling, før og etter stamcellebehandling, etter langvarig immobilisering (>8 uker i seng), i uhelbredelig fase der pasient ikke kan drive egenaktivitet.

- **Poliklinisk seriebehandling:** Pasienten kan få dekket hjemreiser i helgene. Dersom hjemreise ikke er medisinsk tilrådelig, og

pasienten har barn under 14 år hjemme, kan ytelsen overføres til pårørende.

- **Omsorgslønn:** Kan ytes etter søknad dersom en pårørende utfører et "særlig tyngende", nødvendig omsorgsarbeid som ellers ville ha medført rett til kommunale omsorgstjenester. Omsorgslønn sees i sammenheng med andre kommunale hjelpeordninger (hjemmehjelp, hjemmesykepleie, avlastning/støttekontakt, andre dagtilbud).

- **Montebellosenteret:** informasjons- og kurscenter ved Lillehammer spesielt for krefttrammede og pårørende. Må søke NAV om garanti for dekning av reise og opphold. Det må framgå av søknaden om pårørende skal være med. Se www.montebello-senteret.no for nærmere info.

- **Hjelpemidler:** Dekkes både av HF og etter søknad til NAV avhengig av hvilket hjelpemiddel det er behov for. Behovet kan vurderes utenfor sykehus av spesielt sertifisert personell i hjemmetjenesten, fysio- eller ergoterapeut.

- **Seksualtekniske hjelpemidler:** Ved varig skade av seksuell funksjonsevne pga. sykdom eller skade. Eksempler: vakumpumpe, ereksjonsring, glidemiddel, vibrator. Hjelp til veiledning, utprøving og rekvisisjon på sykehusavdelinger med spesialister i gynekologi, urologi og nevrologi. (Det bemerkes at det ikke gis refusjon for perorale legemidler mot erektil dysfunksjon etter behandling for prostatakreft, men det kan søkes om refusjon for eksempelvis Caverject.)

Ved dødsfall

- **Gravferdsstønad:** Behovsprøvd ved alder >18 år.

- **Båretransport:** Dekning utover egenandel kr 1795 forutsatt transport over 20 km.

- **Etterlattepensjon:** Ev. etterlattepensjon reguleres i forhold til egen inntekt eller pensjon.
- **Overgangsstønad:** Ved manglende pensjonsrettigheter, ansvar for felles barn under 18 år eller dersom den etterlatte er ute av stand til egenforsørgelse kan det søkes om dette.

Helseforetakene

- **Rehabilitering.** Helseforetakene dekker opphold (minus egenandel) ved godkjente institusjoner, eget søknadsskjema i hvert HF. Reiseutgifter dekkes av NAV. Unntak er Montebello som dekkes i sin helhet av NAV.
- **Medisinsk utstyr.** HF dekker visse typer medisinsk utstyr, f. eks. forbruksmateriell ved bruk av smertepumpe eller parenteral ernæring. HF låner også behandlingshjelpemidler (infusjonspumper). Se www.behandlingshjelpemidler.no for nærmere info.

Annen økonomisk støtte

- **Transporttjenstekort (TT-kort):** Dersom man helt eller delvis er avskåret fra å bruke vanlige kollektive transportmidler pga.

en psykisk/fysisk funksjonshemming. Søknaden med legeerklæring sendes servicetorget i kommunen.

- **Skoleelever og studenter:** Anbefales å ta kontakt med sosialtjenesten på studie-stedet. Studenter og skoleelever dekkes i liten grad av lovverket, og hvert tilfelle må behandles individuelt. Midlertidig avbrudd av studiet, omgjøring av studielån til stipend, stønad gjennom Kreftforeningen og Studentsamskipnaden kombinert med sosialhjelp, særfradrag i foreldrenes selvangivelse og lignende er aktuelle løsninger.
- **Kreftforeningen:** Behovsprøvd ytelse til dekning av alle utgifter som er en direkte konsekvens av sykdommen og som ikke dekkes av andre offentlige støtteordninger. Eget søknadsskjema som fås hos Kreftforeningen, www.kreft.no
- **Arbeidsgiver:** Det er ofte mulig å søke stønad gjennom arbeidsgivers forsikringsordninger.
- **Husbanken:** Bostøtte, lån og tilskudd ved nødvendig endring av bolig (behovsprøvd).

Medisinutgifter ved avansert kreft

Hurtigguide til utfylling av blå resept:

	Para- graf	Fyll inn:	Krav om ved- tak fra Helfo?
Legemidler i refusjonslisten (Forhåndsgodkjent refusjon)	§ 2	Refusjons- kode	Nei
Individuell refusjon av legemidler – refusjonskode finnes	§ 3a	-	Ja
Individuell refusjon av legemidler – refusjonskode finnes ikke	§ 3b	-	Ja
Legemidler ved allmennfarligesmittsomme sykdommer	§ 4	-	Nei
Medisinsk forbruksmateriell (stomi, kateter, diabetes ++)	§ 5	Punkt	Nei
Næringsmidler	§ 6	Punkt	Ja

Angående § 2

Medikamenter som dekkes på blå resept, er definert i refusjonslisten utgitt av Statens legemiddelverk (SLV) som finnes som søkbar database: www.legemiddelverket.no/refusjonslisten. Felleskatalogen på nett vil også være oppdatert på hvilke refusjonskoder som kan benyttes.

Det er også egne refusjonskoder som benyttes når det ikke finnes egnede diagnosekoder i kodeverkene. For kreftpasienter er det fire slike koder som er aktuelle:

– 90 Palliativ behandling i livets slutt-fase.

Pasienter med behov for palliativ behandling i livets sluttfase skal få legemidler på blå resept med refusjonskode -90. Ingen egenandel. Livets sluttfase vil generelt innebære at pasienten er i en situasjon der behandling med helbredelse som formål er avsluttet eller umulig.

– 53 Fordøyelsesplager ved ondartet kreftsykdom.

Kreftpasienter som ikke er i livets sluttfase, har rett til å få kvalmestillende, avførende og

stoppende legemidler på blå resept med refusjonskode -53. Ingen egenandel.

– 71 Kroniske, sterke smerter

Kreftpasienter som ikke er i livets sluttfase, kan få nødvendige smertestillende legemidler på blå resept med refusjonskode -71 ved kroniske, sterke smerter med betydelig redusert livskvalitet og funksjonsevne. Behandlende lege må utføre en smerteanalyse ved hjelp av et validert verktøy for diagnostikk. Pasienten betaler vanlig egenandel. Aktuelle medikamenter: paracetamol, NSAID, anti-epileptika, Sarotex, Nozinan. Vanedannende legemidler er ikke gitt forhåndsgodkjent refusjon. Dersom pasienten trenger opioider i langtidsbehandling, må det søkes individuelt etter § 3a. Ved søknad er det larest å oppgi et dosespenne (f.eks. Dolcontin 10-600 mg x 1-2), slik at man tar høyde for senere doseøkning. Ellers må man sende inn ny søknad for hver endring.

– 50 Ondartet kreftsykdom

Glukokortikoider er aktuelle å bruke ved en lang rekke kreftsykdommer og kan skrives på blå resept med refusjonskode -50. Pasienten betaler vanlig egenandel. Refusjonskoden -50 er brukt i stedet for å inkludere et utall kreftdiagnoser fra ICPC og ICD.

Bidrag

Ytes dekning etter § 5.22 for visse medikamenter på hvit resept. Egenandel kr 1600 per år (2009), deretter 90 % dekning. Ingen søknad, bare lever inn resepter. Unntak: Ved nødvendig bruk av jern/vitaminpreparater må legen søke om dekning, og hudspesialist må søke om dekning for salver og kremer.

Det ytes også bidrag for medisinsk forbruksmateriell som ikke dekkes av § 5 eller HF. Dette gjelder for eksempel nødvendig utstyr til stell av kreftsår. Her må det vedlegges legeerklæring ved søknaden til Helfo, pasienten betaler alt selv, men får tilbakebetalt 90 % utover egenandelsbeløpet.

Ernæring og refusjon

- **Parenteral ernæring.** Søkes dekt på eget skjema ("Søknad om individuell refusjon for utgifter til viktige legemidler") etter § 3a + ICD/ICPC-kode. Skriv blå resept hvor det står

anmerket at søknad til Helfo på § 3a er sendt. Dekkes da på blå resept, vanlig egenandel fram til frikortgrense. Husk at tilsetningsstoffer må føres på resepten. Til OliClinomel brukes Cernevit og Tracel. Til Kabiven tilsettes Soluvit, Vitalipid og Tracel.

· Øvrig ernæring

a. Ved sykdom i svelg eller GI-traktus som reduserer opptak: Søkes dekket på blåresept etter § 6.1. Send inn skjema "Søknad om dekning av ernæringsmidler". Gi pasient blåresept hvor det står bemerket at søknad om refusjon etter § 6.1 er sendt Helfo. Egenandel fram til frikort.

b. Ved generell svekkelse. Som over, men § 6.4.

Generelt gis bare refusjon for ernæringsmidler på Helfos lister, men man kan søke om dekning for andre midler med god begrunnelse.

Indikasjon	Produkt	Resept-type	Refusjons-hjemmel	Pasient-betaling	Anmerkning
Kreft-behandling	Cytostatika po, anti-doter til cytostatika, preparater med østrogen og antiandrogen effekt, kortikosteroider, allopurinol	Blå	§ 2 + ICD-kode eller -50	Egenandel	Kun preparater i SLV-lista. Andre søkes etter § 3a.
	Cytostatika iv	Blå	Søkes etter § 3a + ICD-kode	Egenandel	
	Forbruksmateriell (infusjonssett, hansker osv)	Hvit		Ingen	Dekkes av HF. Heparin dekkes via blårp etter -11.
Immunsvikt	Antibiotika, antimykotika	Blå	§ 2 + ICD-kode (D84) eller -90	Ingen	Kun preparater i SLV-lista. Andre søkes etter § 3a.
	Koloni-stimulerende faktorer (Neulasta, Neupogen)	Blå	Søkes etter § 3a + -50	Egenandel	
	Immunoglobulin mot vannkopper	Blå	§ 2 + ICD-kode.	Ingen	Ved immunsvikt som følge av cyt-beh. Rekv og utleveres fra Folkehelseinst.
Trombose-profylakse	Fragmin, Marevan, Plavix, Heparin, Klexane	Blå	§ 2 + ICD-kode	Egenandel	
Malabsorbsjon	Midler mot kronisk malabs etter mage-tarm-kirurgi, kronisk lever/pankreas-sykd	Blå	§ 2 + ICD-kode		Kun preparater i SLV-lista. Andre søkes etter § 3a.
Ulcus-profylakse	Misoprostol, Lansoprazol, omeprazol og Somac	Blå	§ 2 + -90	Ingen	For iv eller andre legemidler og dersom -90 ikke kan benyttes, må det søkes etter § 3a.
Gastro-øsofageal reflukssykdom	Antihistaminer, protonpumpe-hemmere	Blå	§ 2 + ICD-kode	Egenandel	
Forstoppelse, kvalme, diaré	Laksantia, antiemetika, antidiarroika	Blå + ev. A	§ 2 + -53 eller -90	Ingen	Kun preparater i SLV-lista. Andre søkes etter § 3a.
Smerter, angst, søvn-vansker	Analgetika, sedativa, hypnotika, anxiolytika	Blå + ev. A	§ 2 + -71 eller -90	Ingen ved -90	Dersom ikke -90 benyttes, må det søkes etter § 3a for opioider

Indikasjon	Produkt	Resept-type	Refusjons-hjemmel	Pasient-betaling	Anmerkning
	Forbruksmateriell til smertepumpe	Hvit	Skriv på rp "brukes til smertepumpe" eller lever eget skjema til utdeler.	Ingen	Dekkes av HF. Heparin dekkes via blårp etter -11.
Behov for parenteral ernæring	TPN-løsninger Kabiven + Soluvit, Vitalipid og Tracel. OliClinomel + Cernevit og Tracel.	Blå	Søkes etter § 3a + ICD-kode	Egenandel	Både resept og søknad må inneholde ev. tilsetningsstoffer (Tracel, Soluvit Vitalipid).
	Forbruksmateriell ved TPN, sonde.	Hvit		Ingen	Dekkes av HF. Heparin dekkes via blårp etter -11
Sykdom i munn, mage, tarm som hindrer tilførsel eller opptak av mat	Diverse ernæringsmidler inkl. sonde-mat	Blå	Søkes etter § 6 pkt 1.	Egenandel	Gjelder kun næringsmidler oppført i pre-paratlisten til Helfo.
Kreftsykdom medfører generell svekkelse	Diverse ernæringsmidler	Blå	Søkes etter § 6 pkt 4	Egenandel	Gjelder kun næringsmidler oppført i pre-paratlisten til Helfo.
Jernmangel	Jernpreparater og vitaminprep med kun ett virkestoff	Hvit		Full betaling	Bidrag. Kvitteringer må samles og legeerklæring vedlegges.
Dehydrering	NaCl, Ringer, Glukose	Blå	Søkes etter § 3a +ICD-kode eller -90	Ingen ved -90	
Kreft-, ligge- og leggsår	Forbruksmateriell	Hvit		Full betaling	Bidrag. Kvitteringer må samles og leveres Helfo.
Munntørrhet	Düsseldorf-blanding	Blå	Søkes etter § 3a +ICD-kode eller -90	Ingen ved -90	
Fistler, stomier, inkontinens	Forbruksmateriell	Blå	§ 5	Egenandel	Gjelder materiell oppført på RTV-liste

Del 2. Innhold

1. Innledende ord	67
Miste	67
Sorg	67
2. Kommunikasjon som en del av lindrende behandling	68
Å våge å snakke om vanskelige ting	68
Å gå inn i samtalen	68
Den nådeløse ærlighet? Om åpenhet, håp og hjelpeløshet.....	70
3. Åndelige/eksistensielle behov	72
Fortellingen om livet.....	72
Flere slags former for skyldfølelse.....	72
Symboler og ritualer	73
Religioner og livssyn.....	73
Prestens temaer.....	74
Kirkens ritualer	74
4. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten	75
Om forberedelse til utskrivning fra sykehuset.....	75
Om ansvarsfordelingen.....	76
Helsepersonells rolle ved dødsfall i hjemmet.....	76
5. Alternativ medisin og pasientens selvbestemmelsesrett	78
6. Ressurser i helseregion nord	79
Litteraturliste del 2	80

1. Innledende ord

Både den som skal dø og de nære pårørende gjennomlever tapsprosesser som har store konsekvenser for den enkelte... De fleste trenger mye støtte gjennom angsten og sorgen. Barn som pårørende må vies ekstra oppmerksomhet. Symboler, ritualer og ulike kulturers normer kan være av stor betydning for sorgarbeidet” (NOU 1999:2 Livshjelp, s.35)

Miste

Selv om en vet at livet går mot slutten, er det vanskelig å forberede seg på døden. Tiden fram mot døden er for pasient og pårørende preget av en endret livssituasjon hvor mange av de tingene man til vanlig tar for gitt, ”mistes”. Dette gir grobunn for mange tanker om livet og døden, og gir behov for å sørge over de forandringer som skjer, og det en står overfor. Stilt overfor døden kan en oppleve å miste kontroll over egen framtid, egen kropp og egen fortelling (Ervik 2002).

Heidi Tuft (psykolog og brystkreftpasient) sier det slik:

”Jeg har ikke så stor angst for selve døden som for tiden før. Det langsomme tap av mellommenneskelige forhold, tap av kropps-lig utseende og funksjoner, tap av selvkontroll. Å bli ”levende død” står for meg som den største frykt.”

Hun uttrykker noe av det mange opplever som sentralt, nemlig det å leve helt til en dør. Dette betyr ikke at vi ikke skal snakke om døden, men for oss som helsepersonell er det viktig å formidle at vi vil hjelpe den enkelte å holde fast i den de er hele veien fram, og at hver enkelt er viktig for oss. Som grunnleggeren av moderne palliativ medisin, Cicely Saunders, uttrykker det:

”Du angår oss fordi du er. Du angår oss inntil det siste øyeblikk av ditt liv, og vi vil gjøre alt for å hjelpe deg til å dø fredfullt, men også til å leve til du dør.”

Sorg

Etter hvert som tapene går opp for pasienten, kommer sorgen.

Tidligere var man tilbøyelig til å forstå sorgprosessen som klart avgrensede faser som fornektelse, sjokk, akseptering. Nyere teorier går ut på at fornektelse og akseptering, håp og håpløshet, makt og avmakt er til stede hele tiden, og at personene pendler mellom disse motsetningene.

Nyere synspunkter på sorgprosessen åpner også for større aksept av at mennesker er forskjellige og har ulike reaksjonsmønstre. Noen sier det så sterkt at ethvert menneske sørger på den måten som er best for vedkommende. Det kan være likeverdig om sorgen forløper som:

1. Bevegelse over tid fra høy til lav intensitet.
2. Aldri noen intensitet.
2. Vedvarende høy intensitet.

(Busch 2001)

Bevare livskvalitet gjennom sorgprosessen
For helsepersonell er det overordnede mål at pasienten skal:

- Bevare sin selvfølelse.
- Mestre sine utfordringer.

Den sørgende kan være bevisst på valg som fremmer livskvaliteten:

- Bevare nære relasjoner
- Være aktiv
- Så langt som mulig bevare kontroll over eget liv

2. Kommunikasjon som en del av lindrende behandling

"Det er ikke fordi det er vanskelig at vi ikke våger, men fordi vi ikke våger at det er vanskelig." (Seneca, romersk forfatter og filosof)

Å våge å snakke om vanskelige ting

En alvorlig syk pasient har begrenset levetid, uten at det er mulig å si hvor lang tiden er. Helsepersonell kan bidra til at den siste tiden brukes til å avklare viktige ting, og at pasienten selv kan være med å bestemme det som angår han/henne selv. Dette er ikke bestandig like lett, og det krever mot fra helsepersonell å gå inn i en situasjon der en hele tiden må vurdere og tilpasse den informasjon som er passende for den enkelte.

Er pasienten klar over sin situasjon?

Selv om mange alvorlig syke er forberedt på at døden kommer, kan vi ikke ta det for gitt. Ved å våge å gå inn i en samtale om pasientens situasjon og eventuelt døden, hjelper en ofte pasienten til å sette ord på bekymringer eller tanker om det som ligger foran. Som regel har disse samtaleene en sterkt personlig karakter, og kan synliggjøre problemer som pasienten strever med, både av eksistensiell og praktisk karakter.

Hvor ønsker pasienten å dø?

Det er naturlig å ha tanker om hvor en vil tilbringe sine siste dager. Når det er klart at forventet levetid er kort, er det naturlig at vi spør pasienten om hvor han/hun vil være. Så kan vi søke å legge til rette for at det gjennomføres så langt som mulig. Siden tiltakene krever planlegging, må man søke å avklare dette på et tidlig tidspunkt.

Å gjøre de pårørende delaktig i pasientens ønske

Ikke sjelden opplever vi at kommunikasjonen mellom pasient og pårørende ikke kommer i gang eller stopper opp fordi den ene part mener at den andre ikke vil tåle å høre de faktiske forhold. Da kan vi prøve å hjelpe, for eksempel ved å foreslå at det ordnes en felles samtale med legen eller sykepleier. I en slik samtale kan helsepersonellet få frem pasientens ønske mens pårørende er til stede. Å få samme informasjon og å få muligheten til å spørre om ting en lurte på mens den andre hører, kan bidra til at pasient og pårørende begynner å snakke med hverandre om de vanskelige tingene.

Pårørende som ressurs og deres behov

De pårørende er av stor betydning for den omsorgen pasienten mottar. Når de kan og vil ta del i pleien, er det en viktig ressurs for alle parter. Men det må også respekteres om de ikke ønsker å delta.

Pårørende har behov for å bli sett, få avløsning og støtte. I hvert enkelt tilfelle er det viktig å få frem hvilke oppgaver de kan tenkes å ha, og hvor stort ansvar de klarer.

Å gå inn i samtalen

Eksperten som gir råd eller hjelperen som lytter

I omsorgsarbeid og psykoterapi er det vunnet mye kunnskap om samtaleens teknikk og kunst gjennom lang tid. Den profesjonelle samtale skiller seg fra den vennskapelige og sosiale konversasjon fordi deltakerne har ulike roller, som helper og hjelpesøkende.

I noen sammenhenger består den profesjonelle samtale av at en ekspert gir råd eller formidler kunnskap til den hjelpesøkende. Andre ganger er det den hjelpesøkende som står i fokus med sine opplevelser og følelser som han/hun søker å bearbeide. Da blir hjelperen mer et medfølende og deltagende medlemmenneske. Samtidig er hjelperen deltaker og aktiv i samtalen. Også hjelperen skal bringe noe av seg selv inn i dialogen. Pasientens behov og dagsorden skal prege samtalen, men vanligvis kreves mer av hjelperen enn bare å lytte og nikke.

Åpne spørsmål

- Hvordan har du det?
- Hva føler du?
- Kan du fortelle mer om dette?

Dette er eksempler på åpne spørsmål. I motsetning til ja/nei-spørsmål er slike spørsmål i den første fasen et nyttig redskap for å få pasienten til å fortelle.

Speiling

Speiling kan være så enkelt som å gjenta utsagnet pasienten er kommet med. Et utsagn kan være et fortettet uttrykk for mange følelser, og hvis utsagnet gjentas og holdes fast, kan det åpne for en samtale om det som er viktig i øyeblikket.

Aktiv lytting

Aktiv lytting innebærer å stille spørsmål til utdypning eller klargjøring av det som allerede er sagt. Hjelperen prøver å forstå det som er sagt, og ved spørsmål kan han hjelpe fram en større tydelighet. Dette kan hjelpe den andre til å sortere sine egne tanker:

- Er det slik at du må gjøre alt selv hjemme?
- Føler du at NN har sviktet deg?
- Er det slik at du biter det i deg når noen sårer deg?
- Har arbeidet vært det som hjalp deg til å legge vekk de vonde tingene?

Spørsmålene kan også være utfordrende. Hjelperen vil ha nytte av sin kunnskap, menneskekjennskap, livserfaring, sine følelser og sin evne til innlevelse. Derimot bør man ikke tillegge den andre part motiver eller følelser som vedkommende ikke vedstår seg. Hjelperen er ikke ekspert eller menneskekjenner i den forstand at han kan gjennomskue den andres indre for så ukritisk å konfrontere vedkommende med det.

Kierkegaard har sagt kloke ord om det å være hjelper:

"For .. at kunde hjælpe en Anden, maa jeg forstaa mere end han – men dog først og fremmest forstaa det HAN forstaaer. Naar jeg ikke gør det, da hjælper min Merviden ham slet ikke.

..at hjælpe er Villighed til, indtil videre at finde sig i at have Uret naar du ikke forstaaer det din Næste forstaaer."

(Kierkegaard 1991, s. 96-97).

Meningsfylt respons

En god respons hjelper den andre til å utdype sin egen situasjon og få en bedre forståelse og oversikt over den. Hjelperen må lære å bruke sin fagkunnskap, sin menneskekunnskap og sin egen personlighet på en hensiktsmessig måte. Samtale er ikke bare en teknikk, men et levende samspill mellom personer. Når hjelperen går inn i dette på en ærlig måte, gir han verdi og verdighet til den hjelpesøkende.

Noen eksempler på responderende utsagn:

- Dette var trist/godt å høre.
- Du ser trist/sint/glad ut.
- Dette høres vanskelig ut.
- Du har gjennomgått en tung tid.
- Det måtte være godt for deg å oppleve.
- Jeg ser heller ingen mening i dette.
- Det er godt å se at du fortsetter å kjempe.

God respons er et tydelig, enkelt og ærlig budskap som hjelperen altså må stå inne for. Det er nyttig om responsen har direkte adresse til den andre part og hans situasjon, fremfor å si noe generelt.

For eksempel er det bedre å si "Du har gjennomgått en tung tid" enn "Noen får mye å bære". Responsen bør ha sammenheng med det som den hjelpesøkende har brakt inn i samtalen.

Dramatiske utsagn fra den hjelpesøkende

Noen ganger kommer den hjelpesøkende med utprøvende, mer eller mindre vage utsagn som sammenfatter en dramatisk situasjon. Slike utsagn kan tilkjenne at vedkommende er åpen for å snakke direkte om vanskelige ting.

- Nå går det bare en vei.
- Dette går ikke særlig bra.
- Tror du dette går bra?
- Jeg ligger her og tar opp plassen for dem som trenger den bedre.
- Jeg er bare i veien.

Noen ganger må hjelperen kanskje glatte over disse utsagnene, men dermed har man avvist den invitten som ligger i dem. Hvis hjelperen responderer på dem, kan det åpne opp for en viktig samtale. En slik respons kan være å gjenta utsagnet som spørsmål, med andre ord å speile det:

- Du sier at det går bare en vei?
- Du sier at du er redd for å dø?

Dermed gis mulighet til en direkte samtale som krever ærlighet av hjelperen, men som også kan føre den andres prosess videre. Det er viktig at hjelperen er mentalt forberedt på den slags ærlighet.

Overglattende, generaliserende utsagn

Nedenfor gis noen eksempler på generelle utsagn og anskuelser. Slike kan flytte fokus bort fra den hjelpesøkendes situasjon. Det er ikke så heldig at hjelperen fører inn slike utsagn. Imidlertid vil den hjelpesøkende selv ofte bringe dem inn når hans egen lidelse er sett.

- Alle får jo sitt å bære.
- Dagene er talte.
- Det er en mening med alt.
- Det er noen som har det verre.

Virkningen av slike utsagn, enten de kommer fra hjelperen eller pasienten, er at de flytter blikket fra den konkrete og nære situasjon over på noe generelt og fjernere. Pasienten kan ha behov for å gå inn i og ut av sin smerte, og generelle utsagn (f.eks. at noen har det verre) er signal om at han går ut av dem.

Hjelperen behøver ikke alltid ta stilling til meninger og anskuelser som fremsettes. Hjelperen må kunne respondere at noe er tro/håp som den andre bygger på, uten å si hvilken stilling han selv tar til det. Men iblant vil det være naturlig at hjelperen svarer på spørsmålet om hva han selv tror.

Den nådeløse ærlighet? Om åpenhet, håp og hjelpe- løshet

Idealet om åpenhet

Den som er i stand til å snakke åpent om sin situasjon, har et godt redskap til å mestre den. Samtidig er atmosfæren mindre anspent når ting kan sies ut. Ikke minst gjelder dette ved alvorlig sykdom og forestående død. Det er legens oppgave å formidle en sannferdig informasjon om den medisinske situasjon. De øvrige yrkesgrupper kan på forskjellig måte være med og følge opp den videre psykiske og sosiale prosess.

Proessen mot åpenhet og erkjennelse kan for noen være vanskelig, ja umulig. Alt etter hvordan vedkommende har lært seg å forholde seg til vanskelige ting gjennom livet, er det utviklet uskrevne normer for hva som kan snakkes om og hvordan. Selv om hjelperen tror at åpenhet generelt er av det gode, må han respektere at forskjellige mennesker har forskjellige måter å mestre livet på. Iblant må man være vitne til en tilsynelatende utstrakt grad av fornektelse.

I disse prosessene må man regne med ambivalens både hos pasienter, pårørende og helsepersonellet. Begge parter kan mistolke den andres signaler, eller føle seg mistolket. Hjelperen må derfor utvise toleranse for at signaler kan være utydelige, tvetydige og oppåttil blir man kanskje bebreidet for å ha misforstått.

Det er nyttig å være oppmerksom på faktorer som kjønn, språk, kultur og deres betydning for kommunikasjonen.

Å holde ut hjelpeløsheten

Det er krevende for både pasient og hjelper å forholde seg til det man ikke kan gjøre noe med. Hjelperen kan bli fristet til å flytte fokus bort fra det vanskeligste problemet og snakke om noe som går bra, eller for eksempel finne ut at man skal ta en ny prøve. Hovedregelen er at man skal søke å følge pasientens behov. Hvis pasienten vil se hjelpeløsheten i øynene, er det godt for han at hjelperen kan se på den sammen med ham. Når pasienten så vil flytte fokus, skal hjelperen respektere også det.

Håpet

Det er ofte understreket at man ikke må ta håpet fra en pasient. Samtidig har pasienten krav på å få en realistisk informasjon om sin situasjon. Iblant kan dette oppleves som uforlikelige motsetninger.

Det kan tenkes at en pasient knytter alt sitt håp til å bli frisk av en livstruende sykdom, i strid med alle prognoser. En annen, som tar inn over seg sin situasjon, kan knytte håpet til å kunne snakke åpent om det med sin familie, til å leve et bestemt antall dager eller uker, til å få dø hjemme eller lignende. Det man håper å oppnå, kan forandre seg i løpet av prosessen. Sykdommen i seg selv sender mange signaler til den syke, og disse signalene formidler ofte mer enn ord hva sykdommen innebærer.

Selv om situasjonen er erkjent på en realistisk måte, kan det være godt å få informasjon om hva man selv kan gjøre og hvilke muligheter som fortsatt er til stede. Håpet kan knyttes til noe som ennå er viktig i livet. For noen vil håpet også knyttes til et liv etter døden.

3. Åndelige/ eksistensielle behov

Vi bruker ordene åndelig eller eksistensiell omsorg i en allmenn og omfattende mening, om det som gjelder ethvert menneske. Det åndelige eller eksistensielle kan derfor være forskjellig fra det ene menneske til det andre. Helsearbeideren kan være en som hjelper den enkelte til å tydeliggjøre sitt ståsted i den situasjon man befinner seg i.

Til daglig forbinder mange det åndelige med det religiøse, slik at åndelige behov i første rekke tillegges religiøst engasjerte mennesker. Vi bruker ordet i en videre mening. For oss er åndelige behov noe allmennmenneskelig. For å understreke det allmenne, foretrekker noen å kalle det eksistensielle behov og eksistensiell omsorg. Vi bruker ordene åndelig og eksistensiell om hverandre, uten å skille skarpt mellom dem.

Det åndelige er den forankring et menneske finner for livet sitt, de verdier man tror på, den virkelighetsoppfatning man bygger på og den livsholdning som preger en. Disse komponentene kan være stabile over lange perioder, men i en krise blir de satt på prøve og kan bli bekreftet, modifisert eller forkastet. En slik prosess kan ta tid og krefter og følges av uro og angst.

Vår selvforståelse, som vi i praksis bygger vårt liv og vår mening på, er dessuten nært knyttet til hvilket bilde vi har av kroppen, om den er vakker nok, om den er frisk, om vi kan utføre våre elementære funksjoner. Sykdom truer nettopp dette fordi den truer kroppen.

Åndelige eller eksistensielle behov i forbindelse med sykdom er dermed ofte knyttet til at sykdommen truer eller forandrer basis for selvforståelsen, nemlig at kroppen er som den er og kan utføre sine funksjoner.

Åndelige behov, slik helsearbeideren møter dem, vil ofte ha preg av at den andre opplever forandring, kaos og usikkerhet, og omsorgen

kan da ha preg av krisehjelp. Samtidig er det i kriser at dype holdninger preges og forandres. Derfor er det viktig at den som gjennomlever dette, får mulighet til å kommunisere det med et forstående medmenneske.

Fortellingen om livet

En pasient vil ofte fortelle om sitt liv. Denne fortellingen kan bevisst eller ubevisst være et forsøk på å oppsummere livet. Man gjør klart for seg hva som er igjen etter en, hvilken betydning og mening livet har hatt.

"Før et menneske dør vil han/hun forsøke å legge igjen det vesentligste av seg selv hos dem som følger...Ansikt til ansikt med døden speiles det som har hatt betydning i livet."

(NOU 1999:2 Livshjelp, s.35)

Denne fortellingen kan også komme hos en pasient som tilsynelatende fornekker sin sykdom. Gjennom fortellingen kan vedkommende få mulighet til å fullføre sitt livs prosjekt, få bekreftet sin betydning og plass i livet, og dermed kunne legge livet fra seg når tiden er inne. Fortellingen om livet kan inneholde både gledelige og triste ting. Noen ganger blir skyld et tema i fortellingen.

Flere slags former for skyldfølelse

Helsearbeideren må noen ganger ta stilling til det som oppleves som skyld, og søke å avklare det. Et menneske med sterk skyldfølelse, berettiget eller uberettiget, kan ha stor hjelp av å snakke om den med et medmenneske som ikke bortforklarer den, men som kan hjelpe til å nyansere og avklare den.

Hvis noen føler skyld for noe som klart er urett

og vedkommende har ansvar for, er det riktig at dette holdes fast. Neste spørsmål kan være om vedkommende vil bære dette ansvaret og eventuelt "tilgi seg selv" eller søke en guddommelig tilgivelse.

Den som opplever sykdom eller annen ulykke, vil ofte føle det som en straff, enten for konkrete ting i fortiden eller fordi man er som man er. Så forsterkes en generell følelse av uverdighet, litenhet, skam og skyld:

- Jeg fikk kreft fordi jeg røyker.

Her kan man kanskje si at å røyke betyr å øke en risiko, men det er ikke det samme som en nødvendig årsak. Det er vel i sak det samme som helseopplysningen har sagt hele tiden.

- Jeg fikk kreft fordi Gud måtte straffe meg.

Her angis ingen annen årsak enn personen selv. Tema er her kanskje vedkommendes syn på seg selv og sin følelse av uverdighet, kanskje koblet med et strengt gudsbilde.

- Det blir så mye ekstra for mine nærmeste når jeg er syk.

Her er det kanskje behov for en samtale med de pårørende for å bekrefte eller avkrefte.

Noen mennesker synes ikke å føle skyld for egen del, men påtaler gjerne andres feil. Ikke sjelden vil de anklage hjelperne, enten de andre hjelperne eller vedkommende som snakker med dem. I slike tilfeller kan hjelperen få skyldfølelse og kjenne seg maktesløs. Da er det nyttig å søke veiledning for å ikke bli overmannet av disse følelsene.

Symboler og ritualer

I alle kulturer er menneskers liv knyttet til symboler og ritualer. Symboler og ritualer finnes på alle livsområder, og vi bruker dem til å uttrykke vårt liv og skape rammer for det. Ritualer brukes ved viktige overganger og forandringer i livet, fødsel, pubertet, ekteskapsinngåelse og død.

Overgangsritualet framstiller i dramaform en forandring som skal skje eller er skjedd, og

bidrar til å fortolke den. Ritualet kan engasjere både kropp, følelser og forstand. Det bidrar til at et menneske oppfatter og gjennomlever overgangen med en større del av seg selv. Ritualene bidrar til å gi trygghet i en situasjon med forandring.

Ritualer brukes ikke bare ved høytidelige anledninger. Også dagliglivet preges av dem, og de uttrykker alle slags følelser, fra sorg og alvor til lystighet og løssluppenhet.

Ritualer skapes fra flere kilder, både religiøse og ikke-religiøse. Menneskene vi møter har forskjellige ønsker og tradisjoner i forbindelse med sykdom og død. Noen vanlige ritualer og symboler er:

- Pynte med blomster og lys og andre symbol-effekter
- Bilder fra livet eller av nærstående mennesker
- Presten tilkalles når man tror døden nærmer seg
- Kirkelige handlinger som dåp og gravferd

Religioner og livssyn

I Norge er kristendommen referanse for mange mennesker. Noen kaller seg personlig kristne, og mange flere sier at de har sin barnetro. Mange forteller at de ber Fader Vår hver dag, og mange finner det naturlig at presten skal besøke den døende og be en bønn for han eller henne.

Presten kan dermed, på godt og vondt, bli en budbærer om døden. Man venter med å tilkalle presten fordi man ubevisst er redd for at det skal fremkalle døden eller skremme pasienten. Men hvis presten først er der og ber bønnen, kan det på sin side hjelpe på den vanskelige erkjennelsesprosessen.

Mennesker som tilhører andre religioner eller er human-etikere, ønsker gjerne på tilsvarende vis å få kontakt med en representant for sitt livssyn. Ved avslutningen av livet ønsker man å bekrefte dype tilhørigheter, det være seg tro/livssyn, relasjoner til familie og venner, verdier og livsoppgave. Det er viktig å være forberedt på spesielle ritualer knyttet til andre

religioner, for eksempel rituell kroppsvask etter døden hos muslimer.

Prestens temaer

Spørsmålene om mening, skyld, gud, liv og død blir gjerne tatt opp med presten. Dette skjer trolig i alle religioner, men i det følgende begrenser vi oss til en norsk folkekirkelig sammenheng. Temaet angis ofte ved spontane utsagn som uttrykker det vanskelige i situasjonen:

- Det er noe jeg blir straffet for.
- Det er meningsløst.
- Det er urettferdig.
- Nå skulle jeg bli pensjonist og kona og jeg gjøre det vi selv hadde lyst til.
- Nå når jeg virkelig trenger Guds hjelp er han blitt borte for meg.
- Jeg opplever at Gud er hos meg og hjelper meg selv om det bare går nedover.
- Jeg tror fullt og fast at Gud vil helbrede meg selv om legen sier at det ikke er noe håp.

Alle disse avspeiler følelser eller opplevelser, dels slike som sprenger den horisont og forståelse vedkommende hittil har levd under. Noen prester vil kanskje forsøke å gå inn på den kognitive siden og finne bekreftelse eller avkreftelse i Bibelen. Andre vil fokusere på opplevelsen og la pasienten utdype den. Det gir pasienten mulighet til å tydeliggjøre sin opplevelse av sin gud. I en krise er det kanskje viktigst å gi rom for å uttrykke følelser og opplevelser. En tankemessig bearbeidelse og fortolkning kommer gjerne i en senere fase.

Kirkens ritualer

- Jeg vil ta imot nattverden og få tilgivelse for min synd.
- Jeg vil at du skal be for meg.
- Vi vil ha presten hit fordi det går bare en vei.

Her er det spørsmål etter kirkens ritualer, og de taler for seg selv til pasienten. Det kan virke som ritualer i seg selv formidler trygghet, mer

enn det kognitive innhold i ordene som brukes. Ikke minst framfor døden synes ritualene Fader Vår og velsignelsen å gi trygghet til mange, både pårørende og pasienter.

Bønnen, både her og ellers, gir rom for overgivelse, og overgivelsen kan innebære at man tar inn over seg sin situasjon og dermed får bedre mulighet til å forholde seg til den.

Utrygghet framfor døden:

- Jeg er redd for at det skal bli smerter.
- Jeg er usikker på om jeg blir tatt imot på den andre siden.

Her er det ett spørsmål om god nok smertelindring, et annet om å møte pasienten på en personlig usikkerhet. I siste tilfelle kan det være godt med en deltagende samtale som utforsker utryggheten nærmere. Noe kognitivt svar på den finnes neppe, men for noen vil de rituelle bekreftelser og tilsagn være med å bygge opp tryggheten.

Hermann Hesse har i sin roman Siddhartha gitt en vakker beskrivelse på en åndelig hjelper:

"Se, jeg er ingen lærd mann, jeg forstår meg ikke på å tale, jeg forstår meg heller ikke på å tenke. Jeg forstår bare å lytte og være from, ellers har jeg intet lært. Kunne jeg si det og lære det fra meg, ville jeg kanskje være en vismann, men slik det nå er, er jeg bare en fergemann, og det er min oppgave å sette mennesker over denne elven. Jeg har satt over mange, tusener, og for dem alle har elven min ikke vært annet enn en hindring på reisen. De reiste for å tjene penger og gjøre forretninger, de reiste til brylluper og valfartssteder, og alltid var elven i veien for dem, og fergemannen var der for å bringe dem raskt over hindringen. Men noen av de mange tusen, noen ganske få, fire eller fem, for dem opphørte elven å være en hindring på veien, de hørte dens stemme, de lyttet til den, og elven ble hellig for dem, slik den er blitt det for meg."

(Hesse 1989, s. 97)

4. Samhandling

mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

I dette kapitlet vil vi ta opp spørsmål knyttet til samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når pasienten ønsker å tilbringe deler eller hele den siste tiden hjemme.

I følge Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 (Rett til helsehjelp) *"...har enhver rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tids-spille eller uleilighet"*

Kommunen skal altså tilby pasient og -pårørende den hjelpen de trenger for å kunne være hjemme når de ønsker det. Før pasienten reiser, bør sykehuset og kommunehelsetjenesten sette opp en oversikt over pasient og pårørende sine behov og hvordan disse kan imøtekommes.

Om forberedelse til utskrivning fra sykehuset

Det må være en felles planlegging mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

I sykehuset

- Planlegge utskrivning til kommunehelsetjenesten snarest mulig etter innleggelsen. Kartlegge hvilke tilbud som finnes i kommunen, og om nødvendig personell er involvert (kreftsykepleier, fastlege, sosionom, fysioterapeut osv.).
- Avklare pasientens og pårørendes ønsker og behov.
- Utforme skriftlige avtaler om ansvarsforde-

ling. Skriftlig søknad om hjemmesykepleie må utformes og underskrives av pasienten selv. Individuell plan kan utarbeides på sykehuset i samarbeid med representanter fra hjemmesykepleien.

- Sykehuset har ansvar for opplæring i spesielle prosedyrer når det er nødvendig, jf. sykehusloven § 2.

I kommunehelsetjenesten

- Delta på sykehusets planleggingsmøte om mulig, ellers brukes telefon.
- Avklare ansvarsfordeling mellom fastlege, vakthavende lege og hjemmesykepleien.
- Kartlegge behov for opplæring ved spesielle prosedyrer og eventuelle hjelpemidler.
- Utarbeide individuell plan.

Om individuell plan

Loven stiller krav til utarbeidelse av individuell plan for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, dersom pasienten selv ønsker det. Dette er beskrevet i forskrift om individuelle planer (2001).

Hjemmejournal

I mange kommuner brukes såkalt hjemmejournal. Den inneholder praktiske opplysninger til bruk for pasient, pårørende og hjemmetjeneste. Den kan utformes på ulike måter og følger pasienten ved eventuell innleggelse. Eksempel på opplysninger i hjemmejournalen:

- Viktige telefonnumre
- Rutinebeskrivelser
- Avtale med fastlegen om tilgjengelighet
- Bruk av medikamenter (f.eks. avtale med fastlege om krisemedisin)
- Avtaler med andre (f.eks. fysioterapeuten)
- Ev. avtale om åpen retur

Ved innføring av individuell plan må hjemmejournalen tilpasses.

Om ansvarsfordelingen

Kommunene har det økonomiske og praktiske ansvar for daglig tilsyn med -og pleie av pasientene. Sykehuset har ansvar for den nødvendige opplæring av pasienter, pårørende og pleiepersonale. Nødvendig oppfølging av legespesialister er også sykehusets ansvar.

Medisinsk ansvar når pasienten er hjemme

Når en pasient blir utskrevet fra sykehuset til kommunehelsetjenesten har fastlegen det medisinske ansvaret. Skal det fungere godt er det svært viktig at fastlegen kontaktes ved utreise og ev. under sykdomsforløpet. Pasienten kan også oppfordres av sykehuslegen til å holde kontakt med fastlegen i hjemmepperioder under behandling.

I praksis vet vi at det ofte ikke fungerer på denne måten, for eksempel hvis fastlegen ikke har hatt kontakt med pasienten etter at pasienten ble henvist til videre utredning. Noen ganger er det sykehuslegen pasientene har kontakt med også i hjemmesituasjonen.

Vi oppfordrer fastlegen til å dra på hjemmebesøk når en alvorlig syk pasient utskrives fra sykehus. Fastlegen bør være pasientens primære legekontakt, så kan fastlegen kontakte spesialist ved behov.

Informasjon til fastlege

Når fastlegen overtar ansvaret ved utskrivelse, må fastlegen få informasjon om pasienten så tidlig som mulig. Det kan skje over telefon, skriftlig eller ved møte på sykehuset. Foreløpig epikrise må sendes samme dag som pasienten reiser hjem, og endelig epikrise så snart som mulig.

Hjemmebesøk fra sykehuslege

Noen steder er det etablert palliative team i spesialisthelsetjenesten som oppsøker pasienten hjemme.

Hjelpemidler

Hjelpemidler sparer pasientens krefter som

han/hun trenger til andre viktige oppgaver. Samtidig tydeliggjør hjelpemidlene at kroppen reduseres. Vi ser derfor at pasienten gjerne vil vente med å ta dem i bruk. Ofte er det en prosess som tar tid. Prosessen bør starte allerede på sykehuset, og være en del av utskrivingsprosedyren.

Bestilling av hjelpemidler

For å få hjelpemidlene tidlig på plass bør søknaden sendes fra sykehuset.

Div. skjemaer finnes på: www.NAV.no under NAV hjelpemiddelsentralen.

Det er en hjelpemiddelsentral i hvert fylke. Alle hjelpemidler ved langtkommen kreftsykdom behandles vanligvis som hastesak.

I tillegg finnes det ved alle helseforetakene "Enhet for behandlingshjelpemidler". De skal kontaktes ved behov for utstyr som ernæringspumper og smertepumper. Oksygen og inhalasjonsutstyr må rekvireres av lungespesialister og kan også fås her.

Åpen retur

Avtale om åpen retur er vanlig praksis mellom sykehus og kommuner. Den skal knyttes til medisinske indikasjoner. Sosiale problemstillinger må søkes løst i kommunen. Det kan være å sette inn mer ressurser, avlastning for pårørende osv.

Målet for den lindrende behandling er at pasienten skal tilbringe den siste tiden der han/hun føler seg trygg. Det kan for noen være på sykehus, for andre hjemme eller på sykehjem. Mye bruk av åpen innleggelse kan tyde på at man ikke har fått til kontinuiteten og dermed tryggheten i kommunehelsetjenesten.

Helsepersonells rolle ved dødsfall i hjemmet

Informasjon og tiltak overfor pårørende

- Vurdere om det er behov for mer hjelp og avlastning den siste tiden.
- Pårørende må vite hvem de kan ringe til den siste tiden og etter at pasienten er

død (kan stå i hjemmejournal).

- Tegn på at døden er nært forestående (se s. 50).
- Pårørende bes notere dødstidspunkt dersom hjemmesykepleien ikke er til stede.
- Pårørende som ønsker det, kan selv delta i stellet av den døde.
- Drøfte hvordan de pårørende vil ta avskjed med den døde.
- Være oppmerksom på lokale ritualer, f. eks. la den døde ligge hjemme/synge den døde ut av hjemmet.
- Være oppmerksom på barnas og de unges behov.

Intern planlegging i hjemmetjenesten

- Følge utarbeidede rutiner for hjemmedød. Lage en vaktplan som sikrer kontinuitet for den enkelte pasient.
- Tilkalle legen for å bekrefte at pasienten er død.
- Tilby samtale for etterlatte (Det er utarbeidet maler/materiale for dette ulike steder i regionen bl.a. i Bodø, Rana og ved UNN).
- Tverrfaglig evaluering når prosessen er over.
- Eventuelt tilby veiledning til de involverte (helsepersonell og andre) i ettertid.

5. Alternativ medisin og pasientens selvbestemmelsesrett

Alternativ/supplerende behandling

Mange pasienter bruker eller ønsker å forsøke alternativ behandling i tillegg til den skolemedisinske. Helsetilsynet har i rundskriv (1995) til alle sykehusavdelinger slått fast at pasienter kan benytte supplerende behandling mens de ligger på sykehuset, såfremt dette ikke er i veien for den ordinære behandling. Avdelingsoverlegen har det endelige ord i hvert enkelt tilfelle. I hjemmet tar enhver avgjørelsen selv. Uansett er det viktig at helsepersonell spør om pasienten anvender alternativ behandling og dokumenterer dette i journal.

Alternativ medisin er i stadig utvikling og innbefatter mange varianter, og det er en utfordring for helsepersonell å skaffe seg kunnskap om de ulike terapiene som tilbys. Man bør være tilbakeholden med å gi sterke anbefalinger for eller mot slik behandling, men man skal selvsagt informere pasienten dersom behandlingen ikke har dokumentert effekt. Uansett er det pasientens eget valg som avgjør, og for noen kan alternativ behandling innebære et håp.

Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (www.nifab.no), gir oversikt over dette temaet på sine nettsider. I lov om alternativ behandling (2004) er det forbudt å gi alternativ behandling mot alvorlig sykdom som smittsomme sykdommer, kreft og diabetes. Men alternativ behandling kan gis dersom formålet ikke er å behandle selve grunnsykdommen, men å lindre symptomer av sykdommen eller behandlingen og å styrke immunforsvar eller evne til selvhelbredelse. Behandlingen av selve grunnsykdommen kan gis dersom det skjer i samarbeid eller samforståelse med

pasientens lege. Med samarbeid menes at legen enten henviser pasienten til den alternative behandler eller på annen måte aktivt forholder seg til behandleren for å bidra til at pasienten får et best mulig totaltilbud. Med samforståelse menes de tilfellene hvor legen gir uttrykk for at han/hun ikke vil motsette seg eller fraråde den alternative behandling.

Leger må forholde seg til pasientenes ønsker om alternativ behandling. Han/hun må sette seg inn i behandlingsformen i den grad dette er nødvendig for at legen skal kunne gi råd. For legen kan det f.eks. være viktig å sette seg inn i eventuelle urter eller naturpreparater som benyttes, og hvorvidt disse ev. kan påvirke effekten av legemidler pasienten mottar. (Tips: www.mskcc.org/mskcc/html/11570.cfm).

Det er den alternative behandler som må forsikre seg om at videre behandling kan skje i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege. Det er ikke tilstrekkelig å kun informere legen om dette. Manglende svar fra legen kan m.a.o. ikke tolkes som et stilltiende samtykke.

Når pasienten ikke ønsker helsehjelp/livsforlengende behandling

En informert og samtykkekompetent pasient som ikke ønsker livsforlengende behandling, skal få ønsket respektert selv om behandlingen kunne hatt effekt. Det må avklares om dette ønsket skyldes forhold som kan avhjelpest. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, har behandlingsansvarlig lege ansvar for å vurdere hva som sannsynligvis ville vært pasientens ønske. Opplysninger fra pårørende, livstestament, verge eller helsepersonell som kjenner pasienten, skal tas til følge der-

som informasjonen er pålitelig og relevant. Ved uenighet bør noen utenfor behandlingsteamet konsulteres (eksempelvis "fornyet vurdering" eller klinisk etikkomité).

Les mer i Nasjonal veileder for beslutninger

om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende som kommer i 2009.

6. Ressurser i helse-region nord

Viser til www.unn.no/lin for oversikt over lindrende ressurser i nord. Der finnes til en hver tid oppdatert oversikt over lindrende enheter/senger både ved sykehus og i kommuner, samt oversikt over tilgjengelige kreftsykepleiere i regionen.

Lindring i nord

Kompetansesenter for lindrende behandling i helseregion nord

Hjemmeside: www.unn.no/lin

Telefon 77 62 60 74

Fax 77 62 67 79

Epost: reg.klb@unn.no

Postadresse:

LIN, Kreftavdelingen

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Postboks 13

9038 Tromsø

Faste ansatte i LIN:

Bente Ervik

Leder

Kreftsykepleier og PhD-kandidat

Epost: bente.ervik@unn.no

Tone Nordøy

Dr. med. Spesialist i kreftsykdommer

Epost: tone.nordoy@unn.no

Kathrine Magnussen

Kreftsykepleier

Epost: kathrine.magnussen@unn.no

Bente Lohne

Sekretær

Epost: bente.lohne@unn.no

Litteraturliste del 2

- Busch, C. J. (2001): *On Creating a Healing Story. Innovations in End-of-Life Care*, 2001;3(3), www.edc.org/lastacts
- Damgaard, I. H. Nørrelykke (2000): *Den personlige samtale: En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ervik, B. (2002): *Å lengte etter hverdagen - om opplevelsen av å få brystkreft og veien tilbake til hverdagen*. Hovedfagsoppgave, ISV, Universitetet i Tromsø.
- Falk, B. (1989): *Å være der du er - samtale med kriserammede*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Hesse, H. (1989): *Siddhartha: en indisk diktning*. Gyldendal, Oslo.
- Husebø, S. og Husebø, B. (2001): *De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. MEDLEX Norsk Helseinformasjon, Oslo.
- Kierkegaard, S. (1994): *Synspunktet på min Forfatter-Virksomhed*. Samlede Værker Bd. 18. København: Gyldendal.
- Kaasa, S. (red.). (2007). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Landsforeningen mitt Livstestamente, Midtstugrenda 45, 0391 Oslo.
- Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling, www.nifab.no.
- NOU (1999:2): *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo.
- Reitan, A. M. og Schjølberg, T. (red.) (2000): *Kreftsykepleie*. (2. utgave). Oslo: Akribe Forlag.
- Stifoss-Hanssen, H. og Kallenberg, K. (1998): *Livssyn og helse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tolstoj, L. (1976): *Ivan Iljitsj' død*. Oslo: Gyldendal.
- Verdikommisjonen (2001): *Verdier ved livets slutt – en antologi*.
- Vold, E. (2000): *Omsorg for døende, deres pårørende og hjelperne*. Kompendium utgitt av Nordlandssykehuset HF, Bodø.
- Wergeland Sørbye, L. (1997): *Hjemmedød - en utfordring til kommunehelsetjenesten: hva karakteriserer kommuner med høy og med lav andel kreftpasienter som dør hjemme?* Diakonhjemmets høgskolesenter, Forskningsavdelingen.

Notater:

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.

2012



Lindring i nord