

Kreftpasienter trenger tilpasset rehabilitering

Livsmestringskurs for kreftoverlevende bør være tilpasset slik at de best mulig møter pasientenes behov.

Forfattere

Forfattere

Gunhild Gjerset

Torill Ensby

Lene Thorsen

Rehabilitering

Fysisk aktivitet

Kreft

Livsstil

Helse

Seneffekter

Sykepleien 2018 106(72042)(e-72042)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72042>

Hovedbudskap

Montebellosenteret tilbyr kurs for livsmestring til kreftpasienter, kreftoverlevende og pårørende. Økt kunnskap om hvem som deltar på kursene og hvilke plager og behov de har, gjør det enklere å spisse innholdet i kursene og gi et best mulig tilbud til dem som trenger det mest.

Kursene våre er en potensiell arena for å nå mange kreftoverlevende som lever med helseplager og seneffekter etter kreft. Her kan kreftoverlevende få kunnskap og praktiske råd om hvordan de kan møte og mestre de ulike utfordringene i livet etter kreft.

Stiftelsen Montebellosenteret er en nasjonal helseinstitusjon i Mesnali ved Lillehammer. Formålet for senteret er å gi hjelp til livsmestring for kreftpasienter, kreftoverlevende og deres pårørende. Virksomheten tar utgangspunkt i at kreftsykdom er mer enn fysisk lidelse. Det handler om livet i sin alminnelighet og omfatter derfor også menneskets psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov.

Fakta

Montebellosenteret ønsker å fremme livsmestring og et nytt perspektiv på livet etter kreft. Målet er å lære å leve med endringer som følge av kreft.

I samarbeid med Oslo universitetssykehus (Radiumhospitalet) og andre relevante fagmiljøer er senteret et kompetansesenter i arbeidet med seneffekter etter kreft og kreftbehandling.

Kurstilbudet er en trinnmodul som er bygget opp slik at den gir stor fleksibilitet for den enkelte kursdeltakeren.

Trinn 1 er et ukesopphold med temaet Kreft – hva nå?. Samtidig er oppholdet et «introduksjons- og avklaringsopphold», slik at den enkelte kan velge videre temakurs med utgangspunkt i egne behov på trinn 2 og 3.

Kilde: Montebellosenteret

Bakgrunn

Som følge av kreftsykdom og behandling opplever mange kreftoverlevende fysiske og psykososiale helseplager både umiddelbart etter og ofte i lang tid etter behandling (1). Enkelte typer behandling kan også medføre en økt risiko for hjerte- og karsykdom, diabetes, overvekt, benskjørhet, metabolsk syndrom og ny kreftsykdom (1, 2).

En sunn livsstil, med fysisk aktivitet, et sunt kosthold og fravær av røyking, er viktige faktorer som har vist seg å redusere risikoen for slike tilstander i befolkningen generelt (3, 4). Når det gjelder kreftoverlevende, mangler det fortsatt nok dokumentasjon på dette feltet, men nye studier tyder på at også denne gruppen vil kunne redusere for eksempel risikoen for å få hjerte- og karsykdom ved å være fysisk aktive (5).

Anbefalinger

Derfor anbefales kreftoverlevende, på lik linje med befolkningen ellers, å følge de generelle rådene fra helsemyndighetene om minst 150 minutter ukentlig med moderat fysisk aktivitet eller 75 minutter med hard fysisk aktivitet, å spise «5 om dagen» av frukt og grønt, og å slutte å røyke (6, 7).

Studier viser at kreftoverlevende ikke har en sunnere livsstil enn befolkningen for øvrig, og at omtrent halvparten eller mer ikke følger anbefalingene for fysisk aktivitet og kosthold. En del fortsetter også å røyke etter kreftdiagnosen (8, 9).

Mange kreftpasienter opplever også tretthet eller utmattelse (fatigue) under og etter kreftbehandlingen (10, 11). Kreftrelatert tretthet er definert som «en plagsom, vedvarende og subjektiv følelse av fysisk, emosjonell og/eller kognitiv tretthet eller utmattelse relatert til kreft og/eller kreftbehandling som ikke er proporsjonal med aktivitetsnivået og påvirker daglig funksjon» (12).



«En del fortsetter også å røyke etter kreftdiagnosen.»

Trettheten har ofte påvirkning på arbeid, sosial funksjon og andre hverdagsaktiviteter (12). Nivået av tretthet og forekomsten av kronisk tretthet (betydelig tretthet i seks måneder eller mer) (13) har vist seg å være høyere blant kreftoverlevende mange år etter behandling (15–35 prosent) sammenliknet med den øvrige befolkningen (11 prosent) (14, 15).

Behov for rehabilitering etter kreft varierer, med tanke på både innhold og struktur. Behovet kan være avhengig av diagnose, behandling, seneffekter og generell helse samt andre faktorer som for eksempel personlighet, mestringsstrategier, livssituasjon, arbeid og sosialt nettverk (16, 17).

Kartlegging

For å hjelpe kreftoverlevende som trenger det mest, er det viktig å kunne identifisere de ulike undergruppene og videre utvikle målrettede programmer som møter de spesifikke behovene som den enkelte gruppen rapporterer om.

Behovet for å utvikle målrettede programmer er noe av bakgrunnen for spørreundersøkelsen Kreftrehabilitering – innhold og effekter. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Montebellosenteret og Nasjonal kompetansetjeneste for seneflekter etter kreftbehandling ved Oslo universitetssykehus (Radiumhospitalet), finansiert med midler fra Helse Sør-Øst og Radiumhospitalets legater.

Hensikten med denne undersøkelsen var å kartlegge 1) livsstil og kronisk tretthet blant kreftoverlevende som skulle delta på diagnosespesifikke mestringskurs Kreft – hva nå? (trinn 1), 2) hva som karakteriserer deltakere med en usunn livsstil og kronisk tretthet, og 3) behov for innhold i rehabiliteringen blant deltakere med og uten kronisk tretthet.

Resultater

Livsstil og kronisk tretthet

Over halvparten av deltakerne fulgte ikke anbefalingene for fysisk aktivitet, 80 prosent fulgte ikke anbefalingen om «5 om dagen», og 12 prosent røykte (18). Nesten halvparten av deltakerne rapporterte om kronisk tretthet ved ankomst (19).

Det var flere inaktive blant dem over 60 år og dem med lav utdanning sammenliknet med dem under 60 år og med høy utdanning. Videre var det færre menn enn kvinner som spiste «5 om dagen». Likeledes var det færre blant deltakerne med lav utdanning som spiste «5 om dagen» sammenliknet med deltakerne som hadde høy utdanning. Det var en sammenheng mellom det å leve alene og røyking (18).



«Nesten halvparten av deltakerne rapporterte om kronisk tretthet ved ankomst.»

Andelen kronisk trette var høyere blant deltakerne med brystkreft og pasienter i ulike små diagnosegrupper enn pasienter med prostatakreft. Videre var det flere kronisk trette blant deltakerne som rapporterte om tilleggssykdommer sammenliknet med dem som ikke rapporterte tilleggssykdommer. Deltakerne med kronisk tretthet rapporterte om lavere fysisk livskvalitet sammenliknet med dem uten kronisk tretthet (19).

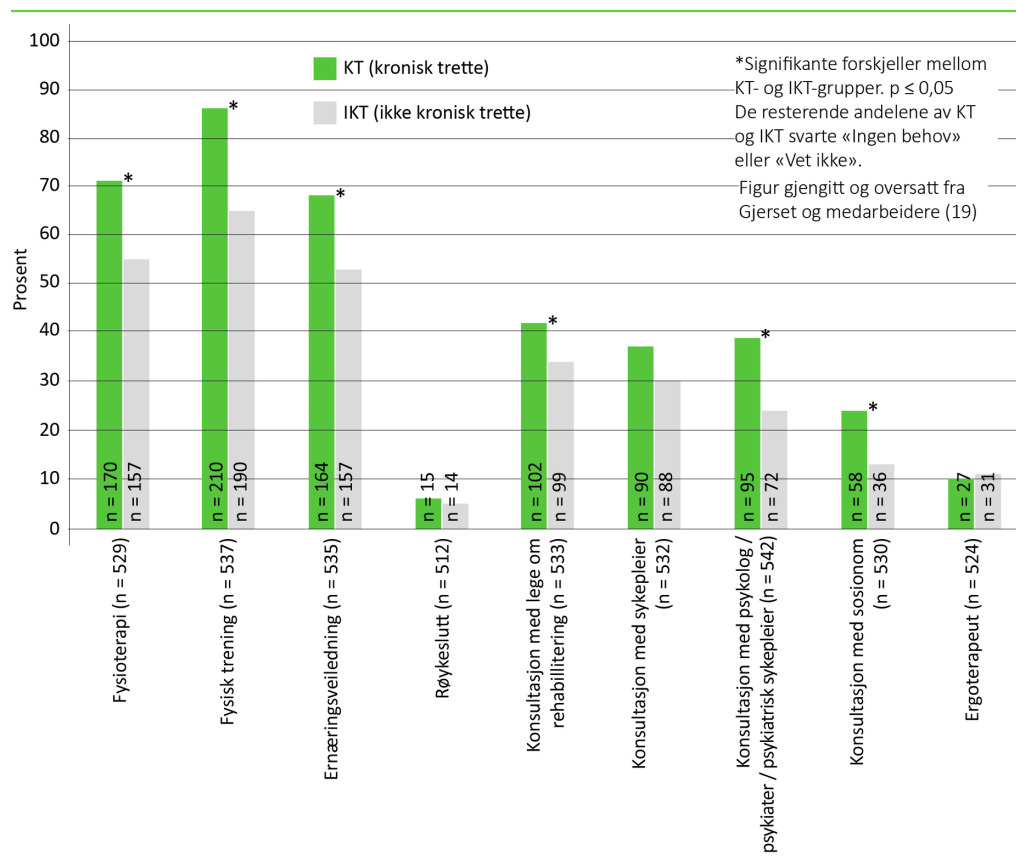
Innhold i rehabiliteringen

Fysisk trening, fysioterapi og ernæringsveiledning var de rehabiliteringskomponentene det var flest som hadde behov for blant alle deltakerne på Montebellosenteret.

Sammenliknet med dem uten kronisk tretthet hadde flere av deltakerne med kronisk tretthet behov for fysisk opptrening (86 prosent mot 65 prosent), fysioterapi (71 prosent mot 55 prosent) og ernæringsveiledning (68 prosent mot 53 prosent) (figur 1).

Tre av fire av dem med kronisk tretthet hadde behov for tre eller flere rehabiliteringskomponenter, mens 54 prosent av dem uten kronisk tretthet hadde behov for like mange. Færre deltakere med kronisk tretthet rapporterte om ingen eller bare ett behov sammenliknet med dem uten kronisk tretthet (19).

Figur 1. Behov for ulike rehabiliteringskomponenter blant kronisk trette og ikke kronisk trette deltakere



Konklusjon

Undersøkelsen viser at mange kreftoverlevende som kommer til oss, ikke følger anbefalingene for fysisk aktivitet og ernæring. Videre viser studien at mange har kronisk tretthet / fatigue.

Montebellosenteret er derfor en viktig arena hvor helsepersonell kan nå ut til mange kreftoverlevende med livsstilsråd og anbefalinger, kunnskap om effekter av en sunn livsstil og informasjon om kronisk tretthet og hvordan man best kan mestre denne tilstanden. Fysisk aktivitet, fysioterapi og ernæringsveiledning er viktige komponenter som bør inngå i rehabiliteringsprogrammer for å møte kreftoverlevers behov.

Referanser

1. Ganz PA. Survivorship: adult cancer survivors. Prim Care. 2009;36:721–41.

2. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, et al. American college of sports medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc.* 2010;42:1409–26.
3. World Cancer Research Fund and The American Institute for Cancer Research. Recommendations and public health and policy implications. 2018: www.wcrf.org. Rapport. Tilgjengelig fra: https://www.wcrf.org/dietandcancer/recommendations-about#download_block (nedlastet 01.08.2018).
4. Thompson PD, Buchner D, Ileana LP, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease. A statement from the council on clinical cardiology (Subcommittee on exercise, rehabilitation, and prevention) and the council on nutrition, physical activity, and metabolism (subcommittee on physical activity). *Circulation.* 2003;107:3109–16.
5. Adams SC, DeLorey DS, Davenport MH, et al. Effects of high-intensity aerobic interval training on cardiovascular disease risk in testicular cancer survivors: a phase 2 randomized controlled trial. *Cancer.* 2017;123:4057–65.
6. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2170. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet> (nedlastet 01.08.2018).
7. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin.* 2012;62:242–74.
8. Westmaas JL, Newton CC, Stevens VL, et al. Does a recent cancer diagnosis predict smoking cessation? An analysis from a large prospective US cohort. *J Clin Oncol.* 2015;33:1647–52.
9. Blanchard CM, Courneya KS, Stein K. Cancer survivors, adherence to lifestyle behavior recommendations and associations with health-related quality of life: results from the American cancer society's SCS-II. *J Clin Oncol.* 2008;26:2198–204.

10. Minton O, Berger A, Barsevick A, Cramp F, Goedendorp M, Mitchell SA, et al. Cancer-related fatigue and its impact on functioning. *Cancer*. 2013;119(Suppl 11):2124–30.
11. Minton O, Jo F, Jane M. The role of behavioural modification and exercise in the management of cancer-related fatigue to reduce its impact during and after cancer treatment. *Acta Oncol*. 2015;54(5):581–6.
12. Bower JE. Cancer-related fatigue – mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol*. 2014;11(10):597–609.
13. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, et al. Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res*. 1993;37(2):147–53.
14. Loge JH, Ekeberg O, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. *J Psychosom Res*. 1998;45(1):53–65.
15. Reinertsen KV, Loge JH, Brekke M, Kiserud CE. Kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2017;137(21).
16. Fossa SD, Kvaloy J, Kvaloy S, Loge JH, Dahl AA. Courses for cancer patients – 15 years’ experience at The Montebello Centre in Norway. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2008;128(22):2554–7.
17. Johansen C. Rehabilitation of cancer patients – research perspectives. *Acta Oncol*. 2007;46(4):441–5.
18. Gjerset GM, Loge JH, Gudbergsson SB, Bye A, Fosså SD, Oldervoll LM, et al. Lifestyles of cancer survivors attending an inpatient educational program – a cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2016;24:1527–36.
19. Gjerset GM, Loge JH, Kiserud CE, Fosså SD, Gudbergsson SB, Oldervoll LM, et al. Perceived needs for different components in a rehabilitation program among cancer survivors with chronic fatigue compared to survivors without chronic fatigue. *Acta Oncol*. 2017;56(2):245–53.