

Geriatric Cancer



Kreft

INNHOOLD

KAPITTEL 1		KAPITTEL 7	
Innledning	3	Behandling	13
KAPITTEL 2		Noen viktige ord og definisjoner	13
Hva er kreft ?	4	Operasjon/kirurgi	13
Definisjon	4	Kjemoterapi	13
Spredning (metastasering)	4	Cellegiftbehandling	13
KAPITTEL 3		Hormonbehandling	14
Risikofaktorer	6	Strålebehandling	14
Arvelighet	6	Nyere behandlingsmetoder	14
Kreftfremkallende stoffer	6	Alternativ behandling	15
Usunt kosthold	7	Kreft og overlevelse	15
Kreft er ikke smittsomt	7	Kommunehelsetjenesten	15
KAPITTEL 4		LITTERATUR	16
Kreft og eldre	8	AKTUELLE NETTSTEDER	16
KAPITTEL 5			
Hvordan påvises kreft?	9		
Når bør det undersøkes om en pasient har fått kreft?	9		
Undersøkelser	10		
Mamografi	10		
KAPITTEL 6			
Informasjon til pasient og pårørende	11		
Å få en kreftdiagnose	11		
Behov for tolk	12		
Informasjon må gjentas	12		





KAPITTEL 1

Innledning

Kreft har forekommet til alle tider og er beskrevet i 3 000 år gamle papyrusruller fra Egypt. Kreft forekommer i alle aldre, men er vanligere hos eldre enn hos yngre. Mange tror at kreft forekommer sjeldnere hos naturfolk enn i den industrialiserte del av verden. Det er sannsynligvis ikke tilfellet, men fordi kreft forekommer hyppigere hos eldre, vil flere dø av kreft i land med høy gjennomsnittlig levealder enn i land med lav levealder.

I Norge har vi et sentralt kreftregister som registrerer alle nye krefttilfeller i landet. Det finnes statistikk fra alle årene registeret har vært i drift (fra 1952). Antall krefttilfeller øker og har de senere årene vært noe over 30 000 årlig (i 2015: 32 600), omtrent like mange kvinner og menn. Antallet øker fortsatt, og en regner med at hver tredje nordmann vil få kreft en gang i løpet av livet.

I dette heftet vil vi ta for oss hva kreft er, hvordan vi diagnostiserer og behandler kreft, og litt om de vanligste kreftsykdommer som forekommer hos eldre pasienter.

Observasjoner, pleie og omsorg som er spesiell ved enkelte kreftformer er beskrevet her, mens generell pleie og omsorg til alvorlig syke og døende, er beskrevet i heftene *Lindrende behandling, pleie og omsorg – Symptomlindring*, og *Lindrende behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*.

De fleste kreftpasienter som nettopp har fått stilt diagnosen, kommer den første tiden ikke i kontakt med pleie- og omsorgstjenesten utenfor sykehus. Mange av disse pasientene er i en fase der sykdommen forhåpentlig kan helbredes og pasienten virker nokså frisk og greier seg selv når det gjelder praktiske gjøremål.

Dersom gruppedeltakerne har omsorg for pasienter med andre kreftformer enn dem som er nevnt i dette hefte, anbefales det å lese i lærebøker eller innhente annen informasjon om den aktuelle sykdommen. Kreftforeningen har utgitt gode informasjonshefter om mange former for kreft. Se aktuelle nettsteder bakerst i heftet.



KAPITTEL 2

Hva er kreft?

Kreft er ikke navnet på én sykdom, men en samlebetegnelse på en stor gruppe sykdommer som har en del viktige fellestrekk. Mange former for kreft kan helbredes. Ved uhelbredelige kreftformer kan behandlingen likevel ofte gi lange perioder uten symptomer eller plager.

Definisjon

Normale celler i kroppen har innebygde kontrollmekanismer som gjør at de ikke formerer seg for raskt, og at hver celle dør etter det som er regnet for å være normal levetid for den enkelte celletype. Hvis disse kontrollmekanismene ikke virker, dannes det en klump av celler som vokser ukontrollert. En slik celleklump kalles en *svulst*.

I noen svulster har de unormale cellene også evne til å vokse inn i det normale vevet omkring svulsten, samt evne til å spre seg til vev eller organer i helt andre deler av kroppen. Svulster som har disse egenskapene, kalles *kreft* eller *ondartede svulster*. Disse to begrepene betyr det samme og brukes om hverandre. Fra en celle begynner å oppføre seg unormalt og til det har utviklet seg en svulst på én centimeter i diameter, kan det ta mange år.

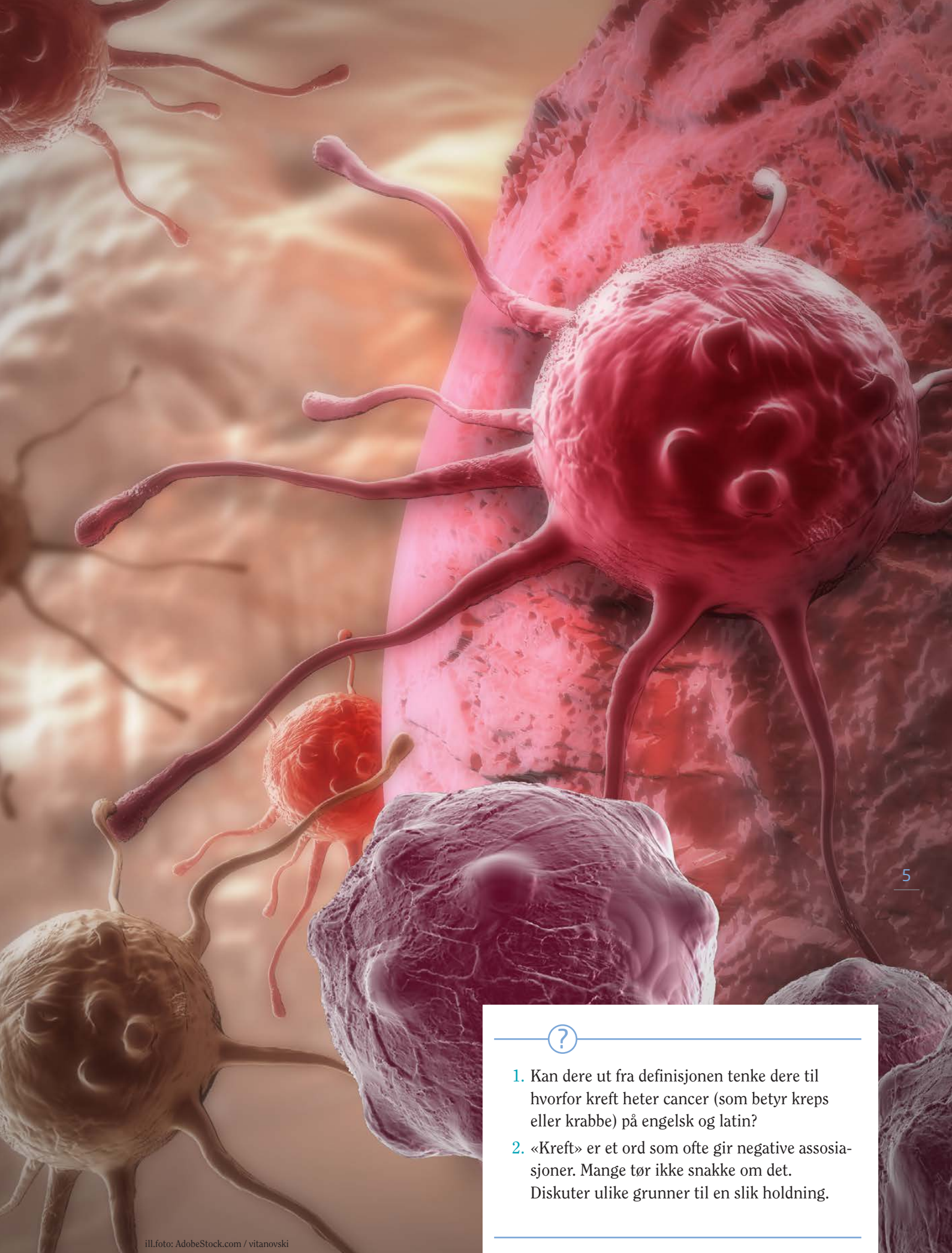
Det finnes også svulster der cellene ikke vokser inn i det normale vevet omkring og ikke kan spre seg til andre deler av kroppen. Slike svulster kalles *godartede svulster* og hører *ikke* med til kreftsykdommene. De kan likevel skape problemer når de vokser og

eventuelt trykker på omkringliggende vev og må av den grunn opereres bort. Noen svulster i hjernen er av en slik type.

Spredning (metastasing)

En viktig egenskap ved kreftceller er evnen til å spre seg til andre deler av kroppen. Spredning kalles på fagspråket for *metastasing*. Når kreftsvulster vokser inn i omkringliggende vev, kalles dette lokal spredning som kan gjøre det vanskelig å få med seg hele svulsten ved en operasjon. Spredning foregår også ved at kreftceller løsner fra svulsten og blir ført med vevsvæsken (lymfen) eller med blodet. Kreftceller som på denne måten er kommet til nye steder i kroppen, beholder sin evne til unormal vekst og celledeling. De gir derfor opphav til nye svulster som av og til kan sitte langt fra den opprinnelige kreftsvulsten. Disse «spredningssvulstene» eller «datter-svulstene» kalles på fagspråket for *metastaser*.

Kreft kan metastasere til de fleste organer og vev i kroppen, men visse steder er de vanligste «målområdene» for spredning når vi ser all kreft under ett. Disse stedene er lymfeknutene (som finnes i mange deler av kroppen), leveren, lungene, skjelettet og hjernen. Spredning til lever, lunge og hjerne kan påvises ved røntgen, CT, MR, ultralyd eller PET-scanning. Skjelettmetastaser kan også ses ved en kontrastrøntgenundersøkelse; skjelettscintigrafi.



1. Kan dere ut fra definisjonen tenke dere til hvorfor kreft heter cancer (som betyr kreps eller krabbe) på engelsk og latin?
2. «Kreft» er et ord som ofte gir negative assosiasjoner. Mange tør ikke snakke om det. Diskuter ulike grunner til en slik holdning.

ill.foto: AdobeStock.com / vitanovski



KAPITTEL 3

Risikofaktorer

Det finnes ikke én enkelt årsak til kreft, og ved de fleste kreftsykdommer dreier det seg om innviklede og sammensatte årsaksforhold. Jo lenger et menneske har levd, desto større er risikoen for at enkelte celler i kroppen kan ha endret seg til kreftceller. Derfor er de fleste kreftformer vanligere hos eldre enn hos unge mennesker. Vi har i dag kunnskaper om risikofaktorer som kan påvirke en kreftutvikling.

Arvelighet

Noen mennesker har en disposisjon for kreft, altså en medfødt forandring i genmaterialet. Dette kan forklare at kreft forekommer hyppigere i enkelte familier enn andre. Direkte arvelig kreft er sjelden. Brystkreft er et eksempel på en kreft som kan være arvelig, men bare i fem til ti prosent av tilfellene. Også tarmkreft som oppstår før 50 års alder kan være av arvelig type.

Kreftfremkallende stoffer

Feil eller endringer i genene kan oppstå spontant og føre til kreft. Krefttrisikoen øker dersom cellene i kroppen utsettes for *karsinogener*. Karsinogener er betegnelsen på kreftfremkallende stoffer eller ytre påvirkning som øker risikoen for kreft. Det finnes tre hovedgrupper med karsinogener:

- **Kjemiske** - for eksempel arsenikk, asbest og stoffer i tobakksrøyk (lungekreft skyldes i de aller fleste tilfellene skadelige stoffer i tobakksrøyk).

- **Fysiske** – for eksempel røntgenstråling, radioaktiv stråling og ultrafiolett stråling (overdreven soling kan gi føflekkreft).
- **Biologiske** – virus kan skade celler slik at de utvikler seg til kreftceller. Ny forskning tyder på at livmorhalskreft kan være et resultat av en infeksjon med Humant Papillomavirus (HPV). Viruset smitter ved seksuell kontakt. En vedvarende infeksjon med HPV kan utvikle alvorlige celleforandringer i livmorhalsen. Hvis dette ikke blir behandlet, kan det utvikle seg til kreft.

Usunt kosthold

Usunt kosthold, sammen med tobakk, antas å være skyld i to tredeler av alle kreftdødsfall. Fedme gir økt risiko for flere kreftformer. Enkelte matvarer som kornprodukter og grønnsaker, kan derimot være med på å minske risikoen for å utvikle kreft i fordøyelsessystemet.

Kreft er ikke smittsomt

Det er viktig å understreke at kreft i seg selv ikke er smittsomt. Man får ikke kreft av å omgås pasienter med kreft.



1. Diskuter hvordan samfunnet kan gi informasjon om kreftfaren ved røyking uten at dette blir oppfattet som «surmaget skremsel».
2. Asbest er blitt forbudt på grunn av kreftfaren. Røyking er årsak til langt flere krefttilfelle, men er ikke forbudt. Diskuter grunner til dette.
3. Hva gjøres for å begrense røyking ved din arbeidsplass? Kom med forslag til eventuelt andre måter å begrense eller forby røyking på arbeidsplassen?



Kreft og eldre

Mer enn halvparten av alle kreftpasienter er over 65 år. Kreft risikoen øker med alder, befolkningen blir eldre og kreftforekomsten øker. Det vil si at antallet eldre med kreft øker. De fire vanligste typene er prostatakreft, brystkreft hos kvinner, tarmkreft og lungekreft. Disse er ansvarlige for halvparten av alle krefttilfeller. Mer detaljerte tall finnes i Kreftregisteret (www.kreftregisteret.no).

Det er ikke forsket på behandling av kreft hos eldre på samme måte som hos yngre. Det innebærer at vi ikke vet nok om hvordan kreft og behandling av kreft virker på den eldre pasienten. Dette kan føre til både underbehandling og overbehandling av kreften. Den eldre pasienten har flere sårbarhetsfaktorer:

- **Fysisk funksjonssvikt** – aldring innebærer gradvis nedsatt funksjon i ulike organer, og dette medvirker til:
 - endret kontroll av væskebalansen med økt risiko for både overhydrering og dehydrering
 - endret kontroll av blodtykket med økt risiko for svimmelhet
 - endret kontroll av temperatur – pasienten kan ha infeksjoner uten feber
 - endret kontroll av balansen som igjen medfører økt fare for fall
- **Kognitiv funksjonssvikt** – med nedsatt evne til å gi uttrykk for plagsomme symptomer
- **Depresjon** – undersøkelser viser at eldre pasienter har langt oftere depresjon enn yngre

- **Nedsatt ernæringstilstand.** Nær halvparten av pasienter i hjemmetjeneste og sykehjem er underernærte i følge tall fra Helsedirektoratet
- **Komorbiditet** – det vil si at den eldre har flere andre sykdommer samtidig. Kreft kommer i tillegg til andre sykdommer

I tillegg har eldre pasienter oftere et svakt sosialt nettverk som gjør at de har mindre ressurser å spille på i behandlingen.

Alle disse faktorene gjør at utfallet av behandling vil variere for hver enkelt pasient. Eldre er ikke like, tvert i mot er de mer forskjellige enn yngre. Aldring følger ikke den kronologiske alder. Aldring skjer i sitt eget tempo hos den enkelte. Mange personer på 75 år er aktive og ikke plaget av funksjonsnedsettelse eller sykdom, mens andre 75-åringene har en sliten kropp på grunn av sykdom og har færre ressurser å spille på. Det vil derfor alltid være snakk om en individuell vurdering når den eldre rammes av kreft. Kreft oppfører seg på samme måte hos eldre som hos yngre og gir like mange plager. Pasienter må derfor undersøkes og diagnostiseres uansett alder. Hva slags behandling pasienten skal ha, avhenger av balansen mellom hva en kan oppnå av forlenget levetid, livskvalitet og god symptomlindring og bivirkninger ved behandlingen. I dag får pasienter helt opp i 90-årsalder behandling for kreft. Det som er avgjørende, er summen av sårbarhetsfaktorer. Behandlere må ha kunnskaper både om kreftbehandling og aldring.



KAPITTEL 5

Hvordan påvises kreft?

Når bør det undersøkes om en pasient har fått kreft?

Rutineundersøkelser hos lege kan i noen tilfeller føre til at legen finner tegn til kreftsykdom. Et eksempel er rutinemessig prøvetaking fra livmorhalsen hos kvinner. Betegnelsen *screeningundersøkelser* brukes om prøver som tas rutinemessig av personer uten at det foreligger symptomer på sykdom.

De fleste har hørt eller lest om faresignaler ved kreft, og vet at de bør undersøkes nærmere dersom de har tegn som kan tyde på kreft. Personer bør undersøkes av lege dersom de har noen av disse symptomene:

- sår som ikke vil gro
- uvanlige blødninger eller utflod fra underlivet
- langvarig forandring av avføring eller urin
- klump eller kul under huden
- langvarig hoste, heshet
- forandring av føflekk eller vorte, særlig sårhet, blødning eller unormal vekst
- langvarige svelgvansker eller fordøyelsesbesvær
- uønsket vekttap.

Kvinner blir spesielt oppfordret til å undersøke brystene sine selv hver måned for å kjenne etter forandringer som kan være tegn på kreft.



Undersøkelser

Sykehistorien og vanlig kroppslig undersøkelse kan føre til at kreftsvulster blir oppdaget. I de fleste tilfeller trengs mer inngående undersøkelser i tillegg, slik som røntgenundersøkelser, CT-undersøkelser, ultralyd, blodprøver og vevsprøver. Vevsprøve er det samme som biopsi. Den tas ved at en bit av svulsten hentes ut og ses på i mikroskop. Kreftceller vokser annerledes og ser annerledes ut enn de normale cellene. Undersøkelser gjør det mulig å påvise kreft, men kan ikke utelukke kreft.

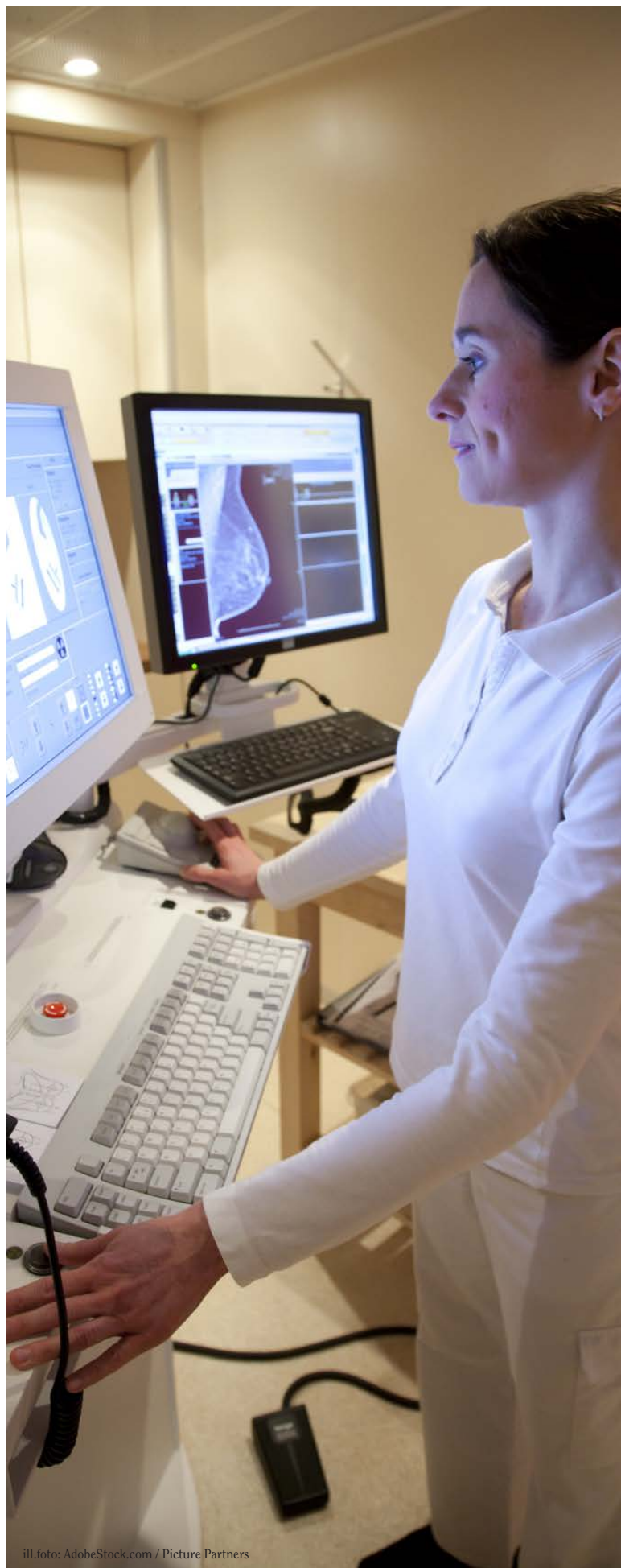
Mammografi

Mammografi er en røntgenundersøkelse av brystene. I Norge tilbys mammografi annethvert år til kvinner i alderen 50-69 år. Dette kalles en screeningundersøkelse (undersøkelse av kvinner som ikke har symptomer). Målsettingen for programmet er å redusere dødeligheten av brystkreft blant kvinnene som inviteres. Undersøkelsen kan avsløre svulster som er så små at de ikke kan kjønes med fingrene. Ultralydundersøkelse av brystene er aktuelt som en tilleggundersøkelse, og kan i mange tilfeller bekrefte mistanken om kreftsvulst.

10



1. Finn ut hvordan egenundersøkelse av brystene skal gjøres.
2. Kvinnene i gruppa tenker igjennom hvordan og hvor ofte de selv får undersøkt brystene.
3. Hvor mange av dere har vært til mammografi?
4. Lag forslag til hvordan dere kan informere en eldre kvinne som skal til mammografi for første gang.



ill.foto: AdobeStock.com / Picture Partners

KAPITTEL 6

Informasjon til pasient og pårørende

Å få en kreftdiagnose

Pasienten er den første som har krav på å få vite hva han feiler, hvordan sykdommen kan behandles, og hvilke framtidsutsikter (prognose) han har på kort og lengre sikt. En kreftdiagnose setter mange følelser og tanker i sving. Det er viktig å vente med å informere om sykdom til diagnosen er sikker. Det er legen som behandler pasienten, som skal fortelle pasienten hva han feiler. Den samme legen skal også forklare hvordan sykdommen kan behandles. Slik informasjon må gis uten at andre pasienter er til



stede. Legen bør forvise seg om at pasienten oppfatter det som blir sagt og fatter rekkevidden av det. Pasienten kan oppleve at hele livsgrunnlaget blir revet bort og det kan synes uvirkelig. I hefte 11, *Lindrende behandling, pleie og omsorg – symptomlindring*, står det mer om mestring og følelsesmessige reaksjoner.

Det kan ta tid å forstå at en har kreft. Noen vegrer seg for å ta det inn over seg. For andre kan det føles som en lettelse at brikkene i puslespillet endelig faller på plass. Nå forstår de hvorfor de for eksempel har følt seg så trøtte i det siste.

For mange er det en støtte dersom de kan få informasjon sammen med en av sine nærmeste pårørende. Pasienten skal alltid ha tilbud om det. De kan hjelpe og støtte hverandre i den første vanskelige tiden. Informasjon til andre må aldri gis uten pasientens samtykke. De aller nærmeste pårørende skal normalt informeres dersom pasienten ikke motsetter seg det.

Behov for tolk

Med flere pasienter med annen etnisk bakgrunn, må det også vurderes om det er behov for tolk. Ordforrådet kan være svært begrenset, selv om pasienten klarer seg i dagligtale. Forståelse av nyanser i en informasjon er viktig når en pasient får en alvorlig diagnose. Mange pasienter med annen etnisk bakgrunn benytter familiemedlemmer som tolk. Dette kan føre til at mye informasjon går tapt for den det gjelder, enten fordi den som tolker heller ikke forstår nyanser eller fagspråk, eller at kulturen eller tradisjonen gjør at ulike typer informasjon ikke gis til den som er syk. Familiemedlemmer vil jo også være berørt av innholdet i informasjonen og kan synes det er vanskelig å formidle dette. For å ivareta den sykes rett til informasjon, bør det derfor i slike situasjoner alltid brukes profesjonell tolk.

Informasjon må gjentas

Mange pasienter og pårørende klager over at de ikke er blitt informert om diagnose, behandling eller prognose. Det er ikke så vanskelig å forstå på bakgrunn av det sjokket det var å få informasjon. Det hender at pasienter blir for dårlig informert. Det er vanligere at de har fått informasjon, men ikke er i stand til å oppfatte den helt. Derfor er det særlig viktig at informasjonen blir gjentatt med muligheter

for å spørre. Dette kan ofte by på utfordringer da pasientene er kort tid i sykehuset og informasjonen må følges opp av andre (fastlege, sykehjemslege og også sykepleiere). God dokumentasjon er viktig for å kunne gi så korrekt informasjon som mulig. En del informasjon kan med fordel også gis skriftlig.

Siden noen kreftsykdommer kan kureres og andre behandles med tilfredsstillende resultat (mange års forventet levetid), er det viktig at legen som gir informasjon også kan formidle håp. I denne sammenheng dreier det seg ofte om et realistisk håp om mange gode dager, måneder og år.



Kan du forestille deg en situasjon hvor du har fått kreft:

1. Hvordan og av hvem ønsker du å få informasjon om en kreftsykdom?
2. Hvordan tror du at du ville reagere på å få en kreftdiagnose? Hva med familien?
3. Hva tror du ville være viktig for en person som nettopp har fått en kreftdiagnose?

Del tankene dine med de andre i gruppen.



Behandling

Noen viktige ord og definisjoner

Kurativ behandling er behandling som har til hensikt å helbrede en sykdom. Ved vellykket kurativ behandling får pasienten ikke tilbakefall, men det er vanligvis umulig å vite på forhånd hvem som virkelig vil oppnå dette.

Palliativ behandling er behandling som tar sikte på å oppnå en gunstig endring av sykdomsforløpet i tilfeller der det er umulig å oppnå helbredelse. En slik gunstig endring av sykdomsforløpet kan for eksempel være delvis tilbakegang av svulsten, forlenget levetid, lindring av smerter eller andre plager/symptomer, eller bedring av livskvaliteten.

Symptomatisk behandling er behandling som utelukkende har til hensikt å bedre symptomene. Bruk av smertestillende midler er et eksempel på symptomatisk behandling. Noen ganger er det viktig å forklare pasienter og pårørende at også symptomatisk behandling er aktiv behandling som kan være til god hjelp for pasienten.

Operasjon/kirurgi

Ved mange kreftsykdommer er operasjon den viktigste behandlingen. Da fjernes svulsten helt eller delvis. I mange tilfeller er operasjon kurativ behandling, men hensikten kan også være å oppnå palliativ eller symptomlindrende effekt. Legen gir råd etter å ha snakket med pasienten om hvilken behandling som vil gi best resultat. Ofte samarbeider mange leger om hver enkelt pasient. Kirurgi er vanlig ved

hudkreft, kreft i tarmen, brystkreft, kreft i prostata og underlivskreft hos kvinner. Alder er ikke i seg selv avgjørende for når en pasient kan opereres. Hvorvidt pasienten vil tåle eller ha nytte av operasjon, påvirkes av eventuelle andre sykdommer og det generelle funksjonsnivået. Med utvikling av skånsomme operasjons- og anestesimetoder, kan pasienter opereres også i høy alder.

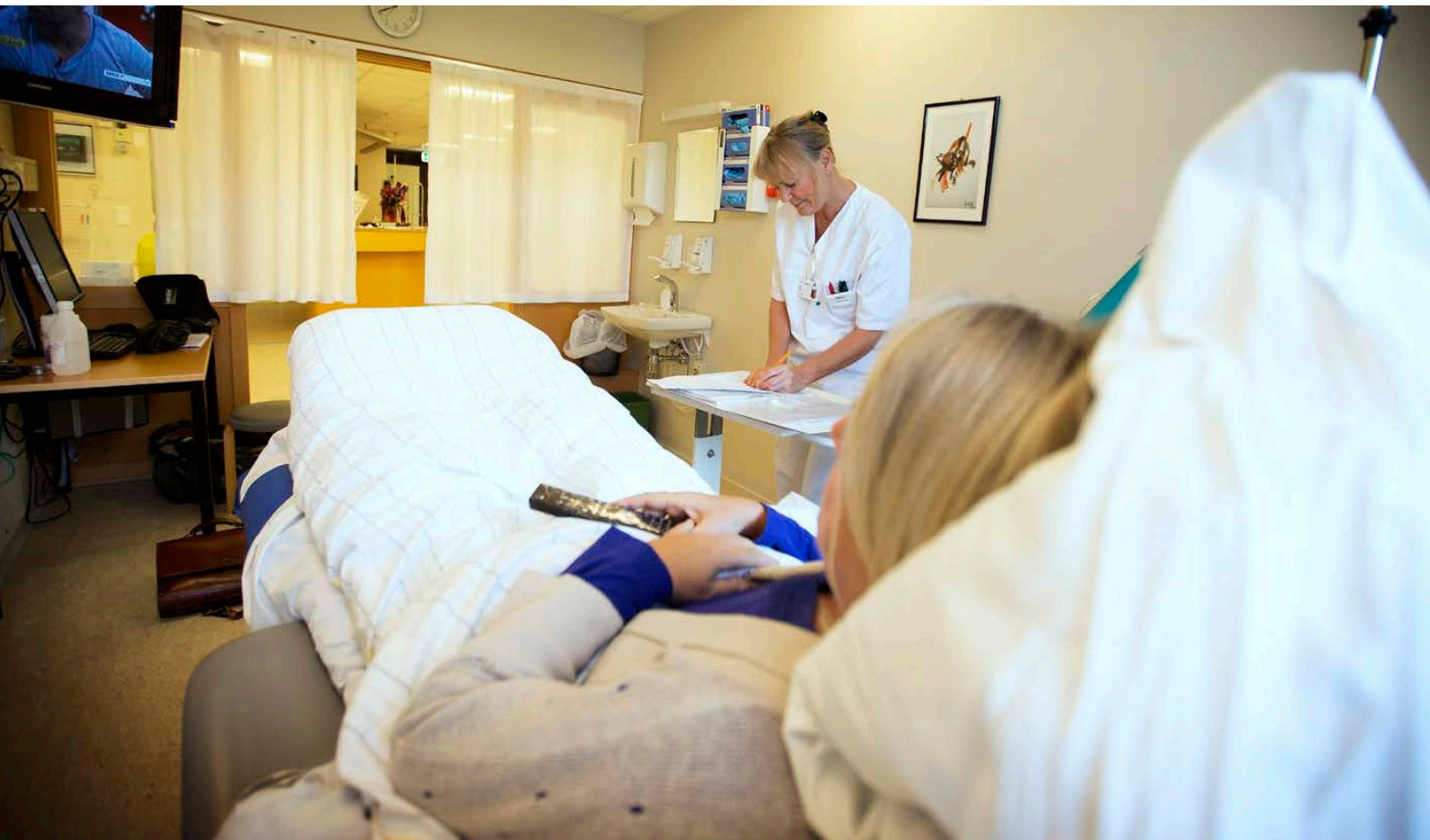
Kjemoterapi

Kjemoterapi betyr kreftbehandling ved hjelp av medikamenter som påvirker kreftcellene. Med kjemoterapi mener vi vanligvis enten cellegiftbehandling eller hormonbehandling.

Cellegiftbehandling

Cellegiftbehandling tar sikte på å bekjempe kreftsykdommen med kjemiske stoffer som dreper kreftceller eller hindrer dem i å dele seg. Det produseres stadig mer effektive cellegifter. Mange av cellegiftene som er i bruk, gir kvalme, oppkast, håravfall og redusert motstandskraft mot infeksjoner. Det skyldes at medikamentene også virker på normale celler i tillegg til kreftcellene. Kvalme og oppkast kan i dag vanligvis unngås eller lindres ved hjelp av forebyggende medikamenter.

Noen cellegifter gis intravenøst, oftest i sykehus, og andre finnes i tablettform. Ved de kreftsykdommene som er hyppigst hos eldre, har cellegiftbehandling vanligvis palliativ hensikt. Ved noen kreftsykdommer



kan cellegift imidlertid ha kurativ virkning. Den eldre pasientens organer er mer sårbare og de utvikler derfor oftere bivirkninger enn yngre. De bruker også lengre tid på å komme seg etter hver behandling.

Hormonbehandling

Denne formen for behandling er særlig aktuell å bruke ved kreft i organer som produserer eller er avhengige av hormoner, for eksempel prostata (blærehalskjertelen hos menn) eller bryst. Behandlingen tar sikte på å ødelegge celler eller å stoppe celledelingen. Hormonbehandling tåles godt også av eldre pasienter.

Strålebehandling

Strålebehandling er behandling med radioaktiv stråling som rettes direkte mot kreftsvulsten. Gjentatte behandlinger tar sikte på å ødelegge kreftcellene, men også friske celler skades av strålene. Strålebehandling rettes mot svulsten og blir forsøkt gitt slik at minst mulig friskt vev skades. Stråling blir oftest gitt i flere omganger som gjør det mulig for det «friske» vevet å komme seg mellom

hver behandling. Dette er en omfattende behandling som ofte kan bli for belastende for den eldre pasienten. Strålebehandling kan gis både før og etter operasjon for å oppnå så godt resultat som mulig. Det kan også brukes som palliativ behandling som blir gitt i én eller noen få behandlinger, og tåles da bedre. Målet er her å redusere svulsten og dermed redusere symptomer som svulsten forårsaker, for eksempel smerter og kvalme.

Nyere behandlingsmetoder

Ved noen krefttyper finnes det i dag andre behandlingsmetoder enn dem vi har nevnt. Mange av disse behandlingsmetodene er utviklet i løpet av de siste 10–20 årene og omtales derfor her som «nye». Både *beinmargstransplantasjon* og *høydosebehandling med stamcellestøtte* er egentlig hjelpemidler til å kunne gjennomføre ekstremt kraftig cellegiftbehandling. Disse to metodene egner seg ikke til bruk hos svært gamle pasienter. *Lokal varmebehandling* forsøkes i spesialavdelinger ved noen få kreftsykdommer. *Antistoffer mot kreftcellene* og andre typer målrettet behandling har kommet i praktisk bruk ved spesielle typer kreft, og vil i

enkelte tilfeller også være aktuelt for gamle. Vaksiner mot kreftceller hører kanskje framtiden til, men har vært utprøvd ved noen få kreftformer.

Noen av de «nyere» behandlingsformene er allerede tatt i bruk i spesielle situasjoner, mens andre er det vi kaller *utprøvende behandling*, det vil si behandling der effekten ikke er godt nok klarlagt til at det er blitt rutinebehandling. Felles for de fleste av disse behandlingsmetodene er at de gjerne blir omtalt i media som «lovende» eller «avgjørende framskritt» før det egentlig er sikkert at metoden vil få noen stor plass i kreftbehandlingen. Mange av de nye behandlingsformene har så alvorlige bivirkninger at de ikke egner seg for svært gamle mennesker. De fleste av dem er dessuten bare aktuelle for noen få spesielle kreftformer, slik at det også her er viktig å huske at kreft ikke er bare én sykdom.

Alternativ behandling

Helsearbeidere får av og til spørsmål fra pasienter eller pårørende om de bør forsøke alternative behandlingsmetoder som de har hørt om av venner eller fått kjennskap til via aviser, fjernsyn eller internett. Alternativ behandling innebærer egentlig en behandling i stedet for den legen og skolemedisinen har anbefalt. De fleste pasienter tenker at alternativ behandling er noe som kan tas i tillegg til den skolemedisinske behandlingen. Det har derfor blitt vanlig å omtale alternativ behandling som komplementær behandling eller supplerende behandling. Mange av disse kan gjennomføres parallelt med vanlig behandling. Det er viktig at pasienten snakker med sin lege om dette da noen preparater eller behandlinger ikke er forenlig med den medisinske behandlingen. Alternativ behandling kan utgjøre en økonomisk belastning for pasienten. Helsearbeideren bør forholde seg nøytral og hjelpe pasienten med å finne god informasjon for å unngå å gi pasienter og pårørende feilinformasjon eller urealistiske forhåpninger. For mer informasjon, se Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling, NIFAB, www.nifab.no.

Kreft og overlevelse

Kreft har blitt en folkesykdom som utgjør omtrent like stor dødsårsak som hjerte-karsykdommer. Antall som overlever kreft er mer enn 50 prosent og stadig stigende. Det er stor forskjell fra kreftform til kreftform hvor stor sjansen er for å overleve. Hvert år dør cirka 10 500 mennesker i Norge av kreft, cirka 6 000 av dem innen ett år etter at de fikk diagnosen.



1. Fortell de andre i gruppen om en pasient du kjenner som har fått behandling for kreftsykdom. Hva slags behandling fikk pasienten? Husk å anonymisere det du forteller.
2. Hvordan reagerte pasienten på behandlingen?

Kommunehelsetjenesten

Helsepersonell i kommunehelsetjenesten kommer ofte ikke i kontakt med kreftpasienter i tidlig fase av sykdommen. Først når symptomene på langt framskreden kreft begynner å bli plagsomme, vil pasientene søke hjelp hos for eksempel hjemmesykepleien. Dette forsøker en nå å endre på ved å ha kreftkoordinator i kommunen som kan komme i kontakt med alle som har kreft. Mange har spørsmål og behov for informasjon og psykisk støtte også i tidlige faser av en kreftsykdom. For dem som ikke blir friske av sin kreft, er det viktig å komme inn tidlig med god informasjon slik at forebyggende tiltak kan innarbeides og pasienten spares for mange plager. For dem som blir friske eller må leve med sykdommen over år, kan samtalegrupper være gode tiltak for mestring.



1. Til neste gang: gjør dere kjent med Kreftforeningens brosjyrer ved å søke dem opp på internett. Bestill eller last ned aktuelle brosjyrer (www.Kreftforeningen.no).
2. På neste møte: diskuter hvordan dere kan bruke brosjyrene på den enkeltes arbeidsplass.

LITTERATUR

Reitan AM, Schjølberg TK (2010) *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe.

Wyller TB (2015) *Geriatrici, en medisinsk lærebok*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

AKTUELLE NETTSTEDER

Om kreft og kreftbehandling:

www.helsenorge.no

www.Kreftforeningen.no

www.oncolex.no

for pasienter og pårørende: *www.kreftlex.no*

Om forekomst av kreft:

www.Kreftregisteret.no

Om alternativ behandling:

www.nifab.no

NOTATER

Lined area for notes with horizontal ruling lines.

Eldreomsorgens ABC – Gariatri

Et økende antall eldre i årene framover vil gi nye utfordringer i eldreomsorgen. Samhandlingsreformen har gitt kommunale helse- og omsorgstjenester nye oppgaver som stiller krav til økt kompetanse hos helsearbeidere i kommunehelsetjenesten. I Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*, vektlegges behovet for økt kompetanse. Tjenestene skal bygge på et helhetlig menneskesyn, basert på medbestemmelse, respekt og verdighet, og være tilpasset den enkeltes behov. Målet er en aktiv omsorg der pårørende og frivillighet blir viktige aktører.

ABC-opplæringen er en modell for kompetansesatsing som har vært i bruk i kommunene i mer enn tjue år. I siste halvdel av 1990-tallet startet opplæringen med *Alderspsykiatriens ABC*. Så fulgte *Eldreomsorgens ABC* fra 2002. *Demensomsorgens ABC* ble utviklet som en del av *Demensplan 2015*, og ble tatt i bruk fra 2008. Fra 2016 ble *ABC Musikkbasert miljøbehandling* tatt i bruk. I 2017 starter opplæring med *Mitt livs ABC*, som er en statlig satsing for å styrke kompetansen i tjenestene til personer med utviklingshemming.

Målet med ABC-opplæringene er at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal tilegne seg oppdatert fagkunnskap. Ny kunnskap, innsyn i relevante etiske problemstillinger, og kjennskap til aktuelt lovverk, gir ansatte mulighet til å reflektere over egen praksis.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har på bakgrunn av gode resultater med ABC-opplæringen, videreført satsingen som en del av *Kompetanseløft 2020* og *Demensplan 2020*. Ved utgangen av 2016 hadde ansatte i 96 prosent av landets kommuner enten deltatt i, eller var i gang med, ABC-opplæring. I alt 25 000 ansatte var registret i opplæringen, og mer enn 20 000 hadde gjennomført minst ett års opplæring. Mange fortsetter opplæringen over flere år.

Denne permen, *ABC Geriatri*, er en del av *Eldreomsorgens ABC*, og bygger videre på *ABC Aldring og omsorg*. Permen ble opprinnelig utarbeidet av Vigdis Drivdal Berentsen i 2002. Denne utgaven er betydelig omarbeidet, oppdatert, og til dels nyskrevet. Redaktør og hovedforfatter av permen er Agnes Brønstad. Hun er sykepleier med videreutdanning i sykepleie til eldre og kronisk syke, faglærer og forfatter av en rekke lærebøker. Andre fagfolk, med spesiell kompetanse på enkeltområder, har bidratt som forfattere på noen hefter. Arbeidet med heftene er finansiert av Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Arild Stegen (f. 1952) Anestesisykepleier med videreutdanning i pedagogikk og veiledning, administrasjon og ledelse. Erfaring fra arbeid i Kreftforeningen og har vært prosjektleder for Videreutdanning/Fagskole i kommunehelsetjenester (2007–2010). Rådgiver i utviklingsenheten for Helse, sosial og omsorg i Drammen kommune.



www.aldringoghelse.no