

FOKUS PÅ

KRÆFT OG SYGEPLEJE



TEMA KOMPLEMENTÆR PLEJE OG BEHANDLING

En enkelt langtidsvirkende dosering med Neulasta® pegfilgrastim fritager patienterne fra daglige injektioner med Neupogen® filgrastim^{1, 2}



Neupogen® sprøjter
efter 5 behandlingsserier



Neulasta® sprøjter
efter 5 behandlingsserier

1: Holmes FA et al. Blinded, randomized, multicenter study to evaluate single administration pegfilgrastim once per cycle versus daily filgrastim as an adjunct to chemotherapy in patients with high-risk stage II or stage III/IV breastcancer. J Clin Oncol. 2002;20:727-731.
2: Green MD et al. A randomized double-blind multicenter phase III study of fixed-dose single-administration pegfilgrastim versus daily Filgrastim in patients receiving myelosuppressive chemotherapy. Ann Oncol. 2003;14:29-35

Neulasta®, pegfilgrastim

Dette er en forkortet produktinformation. Der henvises til produktresuméet, som kan rekvireres hos Amgen Danmark, telefonnummer 39 61 75 00.

Lægemiddelform: Injektionsvæske, opløsning i fyldt injektionssprøjte, indeholdende 6 mg pegfilgrastim til engangsbrug. **Indikation:** Reduktion i varigheden af neutropeni og forekomsten af febril neutropeni hos patienter behandlet med cytotoxisk kemoterapi for malignitet (med undtagelse af kronisk myeloid leukæmi og myelodysplastiske syndromer). **Dosis og administration:** 6 mg Neulasta® anbefales for hver kemoterapi-cyklus, administreret som en subkutan injektion cirka 24 timer efter cytotoxisk kemoterapi. Der er utilstrækkelig data til at anbefale brugen af Neulasta® til børn og unge under 18 år. Behandling med Neulasta® varetages af speciallæger i onkologi/hæmatologi. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor pegfilgrastim, filgrastim, E.coli proteinderivater eller overfølsomhed overfor ét eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brug af Neulasta®:** Sikkerhed og effekt af Neulasta® er ikke blevet undersøgt hos patienter med myelodysplastisk syndrom, kronisk myeloid leukæmi og sekundær akut myeloid leukæmi (AML). Det må ikke anvendes til sådanne patienter. Der skal udvises særlig omhu for at skelne diagnosen blast-transformation af kronisk myeloid leukæmi fra akut myeloid leukæmi. Debut af pulmonale symptomer såsom hoste, feber og dyspnø i forbindelse med radiologiske fund af lungeinfiltrater og nedsat lungefunktion sammen med et forhøjet neutrofiltal, kan være begyndende tegn på Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS). I sådanne tilfælde bør behandling med Neulasta® afbrydes efter lægens vurdering og symptomatisk behandling påbegyndes. Der har været enkelte tilfælde af miltruptur som følge af administration af granulocyt-koloni-stimulerende faktorer. Diagnosen miltruptur bør overvejes hos patienter, der rapporterer smerter i den øvre venstre del af abdomen eller op mod venstre skulder. Behandling med Neulasta® alene forhindrer ikke trombocytopeni og anæmi forårsaget af at fuld dosis myelosuppressiv kemoterapi. Det anbefales derfor regelmæssigt at kontrollere trombocytaltal og hæmatokritværdien. Neulasta® bør ikke anvendes til at øge dosis af den cytotoxiske kemoterapi udover de fastsatte dosisregimer. Publikationer har rapporteret, at høje leukocytaltal er ufordelagtige prognostiske faktorer hos patienter med seglcelleanæmi. Læger bør derfor udvise forsigtighed ved administration af Neulasta® til patienter med seglcelleanæmi og bør monitorere passende kliniske parametre og laboratoriestatus samt være opmærksomme på den mulige sammenhæng mellem Neulasta® og miltforstørrelse eller vaso-okklusive kriser. Leukocytaltal på 100 x 10⁹/l eller højere er set hos mindre end 1 % patienter, behandlet med Neulasta®. Der er ikke blevet rapporteret nogen uønskede hændelser, der direkte kan tilskrives denne grad af leukocytosis. En sådan forhøjelse i leukocytter er forbigående, ses typisk 24 til 48 timer efter administration og er i overensstemmelse med de farmakodynamiske effekter af Neulasta®. Sikkerhed og effekt af Neulasta® til mobilisering af blod stamceller er ikke blevet tilstrækkeligt undersøgt hos patienter eller raske donorer. **Interaktion med andre lægemidler:** På grund af den potentielle sensitivitet af hurtigt delende myeloide celler overfor cytotoxisk kemoterapi, bør Neulasta® administreres cirka 24 timer efter cytotoxisk kemoterapi. Mulige interaktioner med andre hæmatopoetiske vækstfaktorer og cytokiner er ikke blevet specifikt undersøgt i kliniske studier. Muligheden for interaktion med lithium, som også øger frisætningen af neutrofile granulocytter, er ikke specifikt undersøgt. Der er intet, der tyder på at sådan interaktion ville være skadelig. Specifikke interaktions- eller metabolismestudier er ikke blevet foretaget. Kliniske studier har imidlertid ikke indikeret interaktioner mellem Neulasta® og anden medicin. **Graviditet og amning:** Neulasta® bør ikke anvendes under graviditet, med mindre det er klart nødvendigt. Der er ingen klinisk erfaring med Neulasta® hos ammende kvinder. Derfor bør Neulasta® ikke gives til kvinder, der ammer. **Virksomheder på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Der er ikke foretaget undersøgelser af indflydelse på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. **Bivirkninger:** I randomiserede kliniske studier hos patienter med malignitet, der fik Neulasta® efter cytotoxisk kemoterapi, var de fleste uønskede hændelser forårsaget af den underliggende malignitet eller cytotoxisk kemoterapi. Den hyppigst rapporterede lægemiddelrelaterede bivirkning var knoglesmerter (26%). Knoglesmerterne var generelt af mild til moderat sværhedsgrad, forbigående og kunne kontrolleres hos de fleste patienter med traditionelle smertestillende præparater. Allergiske reaktioner, inkluderende anafylaksi, hududslæt, urticaria, angioødem, dyspnø og hypertension, der forekommer under eller umiddelbart efter behandlingen, er blevet rapporteret både ved behandling med Neulasta® og et lignende præparat fra filgrastimgruppen. I nogle tilfælde har symptomerne gentaget sig, dette kunne tyde på en sidevirkning af filgrastim generelt. **Overdosering:** Der er ingen erfaring med overdosering af Neulasta® hos mennesker. **Udlevering:** Begrænset til sygehus.

Opbevaringstid: 30 måneder. **Særlige opbevaringsforhold:** Opbevares i køleskab ved 2-8°C. Neulasta® må udsættes for stuetemperatur (ikke over 30°C) i maksimalt en enkelt periode på op til 72 timer. Neulasta® opbevares ved stuetemperatur i mere end 72 timer bør kasseres. Må ikke nedfryses. Tilfældig udsættelse for frostgrader i en enkelt periode på mindre end 24 timer har ikke nogen skadelig virkning på stabiliteten af Neulasta®. Det anbefales at opbevare beholderen i den ydre karton for at beskytte mod lys. Voldsom omrystning kan medføre, at pegfilgrastim aggregerer og dermed bliver biologisk inaktivt.

Pakning: Varenr. 10070 Neulasta® injektionsvæske, opløsning i sprøjte 6 mg, 1 stk. á 0,6 ml. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Amgen Europe B. V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Holland.

Kontor i Danmark: Amgen AB, Strandvejen 70, 2, 2900 Hellerup, telefonnummer 39 61 75 00.

Revideret: Nov. 2008.

INDHOLD

- Redaktionen har ordet 1
- Formanden har ordet 2
- Indledning til tema,
komplementær pleje
og behandling 3
- Mindfulness 4
- Akupunktur som behandling
mod bivirkninger til kemoterapi . . 5
- Akupunktur og neutropeni 10
- Cancer og zoneterapi 12
- Dit liv er i dine hænder 16

Fortælling fra hverdagen

- Palliativ fysioterapi 19

Nyt til klinikken

- Kinesiotape til behandling
af lymfødeme 26

Uddannelse

- Kræftsyg og sund?
En opgave på diplomstudiet 30

Boganmeldelser 33

Annoncer og information 40

REDAKTIONSGRUPPEN HAR ORDET ...

Så er vi klar med forårets nummer af Fokus på Kræft og Sygepleje. Teamet handler om komplementerende behandling og den dertil hørende pleje. Vi kunne også kalde den understøttende ikke traditionel medicinsk behandling. Tidligere har vi kaldt den alternativ behandling, men egentlig er det ikke så alternativt mere. Det er blevet mere og mere almindeligt og accepteret at benytte sig af andre behandlingstyper, end den der traditionelt tilbydes i det offentlige behandlingssystem.

De artikler, vi bringer i dette nummer er eksempler på hvordan, det komplementære opstår. Altså hvordan den komplementerende behandling kan understøtte den traditionelle medicinske. Læs mere i indledningen til temaet.

Næste tema handler om palliation. Det er nogle år siden, vi sidst havde det som tema og der er sket meget siden da. Ikke mindst opleves det af mange at patienterne lever længere, i takt med at behandlingstilbuddet stiger. Hvad er der så sket på området de senere år, politisk, pleje og behandlingsmæssigt? Er tilbuddet til patienterne blevet bedre? Skriv om jeres oplevelser, erfaringer, undersøgelser, projekter.... **Deadline er 15. maj.**

Rigtig god læselyst til dette nummer...

På vegne af redaktionen

Karen Buur

Redaktionsgruppen



Ansvarshavende redaktør

Karen Buur
Nejedsvej 38
3400 Hillerød
Tlf 4828 6202
karen.buur@gmail.com

Det Palliative Team
Onkologisk og Palliativ afdeling
Hillerød Hospital
Helsevej 2, 3400 Hillerød
Tlf 2048 9969
kaban@hih.regionh.dk



Orlov
Ditte Naundrup Therkildsen
Priorensvej 46
5600 Fåborg
Tlf 2877 9022
ditte.naundrup@gmail.com

Hospice Fyn
Sanderumvej 130
5250 Odense SV
Tlf 6550 5016



Joan Lindholm
Georgsgade 42, 1
5000 Odense C
Tlf 6611 1250 / 2633 7173

Hæmatologisk Afdeling X
Odense Universitetshospital
indgang 84, kælder nord.
5000 Odense C
Tlf 6541 4277
joan.lindholm@ouh.regionyddanmark.dk



Marlene Holmberg
Grejsdalsvej 610
7100 Vejle
Tlf 7572 3048 / 2071 4759
marlenek@ofir.dk

Onkologisk Sengeafsnit A270
Vejle Sygehus
Kabbeltøft 25
7100 Vejle
Tlf 7940 6081
Marlene.Holmberg@vgs.regionyddanmark.dk

Retningslinjer for artikler

Fokus på Kræft og Sygepleje ønsker at bringe indlæg af interesse og betydning for sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter.

Redaktionsgruppen planlægger et tema for hvert nummer. Artikler, kommentarer, indlæg og informationer kan altid indsendes uopfordret til redaktionen, dog forbeholdes ret til at vurdere indholdets relevans i forhold til et fastlagt tema og evt. udsætte et indlæg til næstkommende nummer.

Boganmeldelser publiceres gerne. Du er altid meget velkommen til at kontakte en fra redaktionsgruppen, hvorfra du kan rekvirere retningslinjer for indlæg. Vejledning findes også på hjemmesiden www.dst.dk/fsk.

Indlæg til bladet udtrykker ikke nødvendigvis det faglige selskabs eller redaktionens synspunkt, men står udelukkende for den enkelte forfatters synspunkt.

FOKUS PÅ KRÆFT OG SYGEPLEJE

udgives af FSK, "Fagligt Selskab for Kræftsyrgeplejersker", og udkommer 4 gange årligt i et oplag på 1300.

Årsabonnement: 250 kr.

Grafisk produktion: WERKS Grafiske Hus a/s, Århus.



Birgitte Grube
Formand for FSK

Formanden har ordet

Lige nu ligger sneen over Danmark, men når I sidder med bladet i hånden kan I forhåbentlig mærke foråret der er på vej. Og ved I hvad, der er også noget andet der er på vej og det er ikke en aprilsnar:

Specialuddannelsen i kræftsygepleje!!

I øjeblikket er kompetente folk i arbejdsgrupper fra Øst- og Vestdanmark i fuld sving med at fuldende studieordningen. Uddannelsen udbydes to steder i landet, i Århus, HR afdelingen i Region Midt www.rm.plan2learn.dk og i København, Professionshøjskolen Metropol www.phmetropol.dk.

I løbet af foråret vil I kunne se studieordning med bl.a. adgangskrav, mål, indhold og meritordning på de to institutioners hjemmesider, informationsfoldere vil distribueres til relevante afdelinger og der arrangeres informationsmøder om uddannelsen.

Der planlægges opstart af merituddannelsen ultimo september/primo oktober 2009, og opstart af selve specialuddannelsen primo 2010.

Jeg håber I vil tage godt imod uddannelsen, jeg kan godt forstå og er klar over at man kan være i tvivl om hvad man skal vælge; diplomuddannelse eller specialuddannelse, eller måske begge dele!

Som jeg har sagt mange gange før mener jeg at der er brug for, og plads til begge uddannelser. Specialuddannelsen er for de mange og på lang sigt tænker jeg at den bør være et tilbud til alle sygeplejersker der arbejder med kræftpatienter. Scenariet kunne være, at man som nyansat i en afdeling med kræftpatienter indgik en aftale, at indenfor det første år skulle man påbegynde uddannelsen. Det ville både være et kvalitetsløft og en god fastholdelsespolitik.

Nogle kritiserer specialuddannelsen for at uddanne til en blindgyde, da den ikke er en del af uddannelsessystemet med diplom, master, kandidat og ph.d. Men så skulle alle specialuddannelser være blindgyder? Jeg mener at den uddanner til praksis og alle de specialfunktioner der er vigtige at besidde når man skal pleje og behandle et menneske med kræft.

Diplomuddannelser giver en mulighed for at fordybe sig i enkelt områder, som man måske gerne vil udvikle, eller måske senere forske i, eller man kan sammensætte en hel diplomuddannelse som fleksibelt forløb med uddannelsesplan, som passer til det arbejdsområde man er beskæftiget med.

Hvis I stadig er i tvivl, så kontakt Professionshøjskolerne, som bl.a. udbyder diplomuddannelser eller de to uddannelsessteder der udbyder Specialuddannelsen (jvf. ovenstående).

Og nu til lidt forskelligt kort nyt:

Sundhedsstyrelsen har planer om at udgive et nyhedsbrev med titlen "Nyt om kræft", med nyheder om og forebyggelse. Elektronisk udgave vil kunne ses på www.sst.dk og vores hjemmeside. Papirudgave sendes til alle respektive afdelinger både primær og sekundær sektor. Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker har deltaget som "testperson" på Nyhedsbrevet og specielt lagt vægt på at der skal være områder der er relevante for os!

Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker planlægger at afholde en temadag sammen med 3 andre faglige selskaber – sundhedsplejerskerne, primær- og konsultationssygeplejerskerne. Den fælles temadag afholdes den 28. januar 2010 på Hotel Fåborg Fjord, med forplejning og bus fra Odense banegård. Overskriften er "FS'ere samarbejder – til gavn for kræftramte familier". Endeligt program og yderligere oplysninger/tilmelding vil kunne ses på vores hjemmeside og i næste blad.

I bestyrelsen arbejder vi på højtryk med at arrangere endnu et Landskursus og som altid tager vi udgangspunkt i de mange rigtig gode forslag I er kommet med på sidste års landskursus. Så sæt kryds i kalenderen den 3. og 4. november Munkebjerg Hotel i Vejle. I vil som altid kunne se programmet på hjemmesiden www.dsr.dk/fs13 og i næste blad.

Nu vil jeg ønske jer alle et godt forår!

Birgitte Grube

Komplementerende behandling

Der er i de senere år sket en markant udvikling indenfor kræftfeltets behandlingsområde, samtidig med at interessen for at kombinere den konventionelle/etablerede behandling og den komplementære behandling er stigende.

Vi har derfor med dette temanummer ønsket at sætte fokus på nogle af de komplementerende tiltag der findes, og hvilken betydning disse kan have for den enkelte patient.

Vi vil blandt andet se nærmere på zoneterapiens og akupunkturens verden og blive præsenteret for, hvorledes disse som supplement til den etablerede behandling kan gavne mange patienter i forhold til bivirkningshåndtering og dermed højnelse af livskvaliteten. Som artiklerne og indlæggene, i nærværende nummer, præsenterer, findes der gode resultater i forhold til at kombinere tiltag fra den vestlige verdens naturvidenskab og den østlige verdens komplementære behandlingsformer.

Læserne vil også blive introduceret til en undersøgelse om kinesiotapens virkning hos palliative patienter med lymfødem, og hvilken virkemåde kinesiotapen specifikt har.

Endvidere præsenteres vi for rehabiliteringstiltaget *mindfulness-meditation* hos kræftpatienter, som giver et indblik i, hvorledes dette kognitive redskab kan medvirke til at øge den enkeltes fysiske aktivitetsniveau, livskvalitet og håndtering af angstproblematikker.

Sidst, men ikke mindst, gives, under rubrikken "fortællinger fra hverdagen" et spændende indblik i den palliative fysioterapeuts arbejde gennem en beskrivelse af en kræftpatients profetering på dette ved livets afslutning.

Vi håber med dette temanummer at give indblik i en verden, som mange kræftpatienter tager aktivt del i, i deres behandlingsforløb.

Marlene Holmberg
Redaktionen



Mindfulness-meditation som kræftrehabilitering

Af Lene Hultberg

Stud. Scient. San. Pub., folkesundhedsvidenskab

Internationale undersøgelser viser, at mindfulness-baserede interventioner reducerer stressniveauet og depressive symptomer blandt kræftpatienter. Disse resultater understøtter den potentielle værdi af Kræftens Bekæmpelses rehabiliteringsprojekt

Motion og Mindfulness

Der er i den seneste årrække sket store udviklinger inden for behandlingen af kræft, hvilket betyder, at flere og flere overlever en kræftsygdom og lever med deres diagnose i mange år derefter. Hertil følger en øget risiko for at udvikle senfølger som stress, angst, depression, fysisk smerte og søvnbesvær. Derfor er det afgørende med en effektiv rehabilitering, som kan hjælpe med at forebygge udviklingen af senfølger blandt færdigbehandlede kræftpatienter.

Denne artikel præsenterer grundtankerne bag mindfulness-meditation og

retter fokus mod effekterne af mindfulness-baserede interventioner blandt kræftpatienter. Sidst drøftes, hvorvidt mindfulness-baserede interventioner – herunder *Motion og Mindfulness* – kan udgøre et værdifuldt element i kræftrehabilitering.

Når den primære behandling er ovre, er et effektivt rehabiliteringsforløb afgørende

Kræftens Bekæmpelse vedtog i 2008, at kræftrehabilitering skal være et centralt fokusområde fremover. Som et resultat heraf opstartede Kræftrådgivningen i Odense i starten af 2008 et rehabiliteringsprojekt – *Motion og Mindfulness* – der sætter fokus på motion, psyke og kræft. Interventionen forløber over ti uger med to ugentlige holdsessioner af 75 minutters varighed (jf. model). Målet med projektet er at øge deltagernes fysiske aktivitetsniveau, deres livskvalitet samt deres evne til at håndtere angstproblematikker, som ofte er et resultat af mødet med kræftsygdommen og dens vidtrækkende konsekvenser. Da det er ønsket, at de positive effekter, deltagere forventes at opnå, skal være vedvarende afholdes opfølgende, motiverende samtaler med den enkelte deltager 1, 3 og 6 måneder efter endt intervention. I løbet af 2008 blev der opstartet og afviklet tre hold, hver med 10-15 deltagere.

Evidensen omkring motions gavnlige effekt i forbindelse med kræftrehabilitering er påvist gennem solid forskning over en lang årrække^a. Derimod er mindfulness-baserede interventioner blandt kræftpatienter introduceret indenfor de seneste år, hvorfor viden vedrørende effekter af mindfulness-baserede interventioner blandt kræftpatienter er begrænset. I dette lys er det interessant at afdække, hvorvidt de positive effekter af mindfulness-meditation – som reduktion af stress, angst og depression – der er påvist blandt en bred patientgruppe, også er gældende for kræftpatienter. Derfor udarbejdede forfatteren af denne artikel i foråret 2008 et litteraturstudie, for at afdække den eksisterende viden vedrørende effekterne af mindfulness-baserede interventioner blandt kræftpatienter. På den baggrund ønskedes en vurdering af, hvorvidt mindfulness-baserede interventioner kan og bør udgøre et centralt element i kræftrehabiliteringen^b.

Mindfulness-meditation blandt kræftpatienter

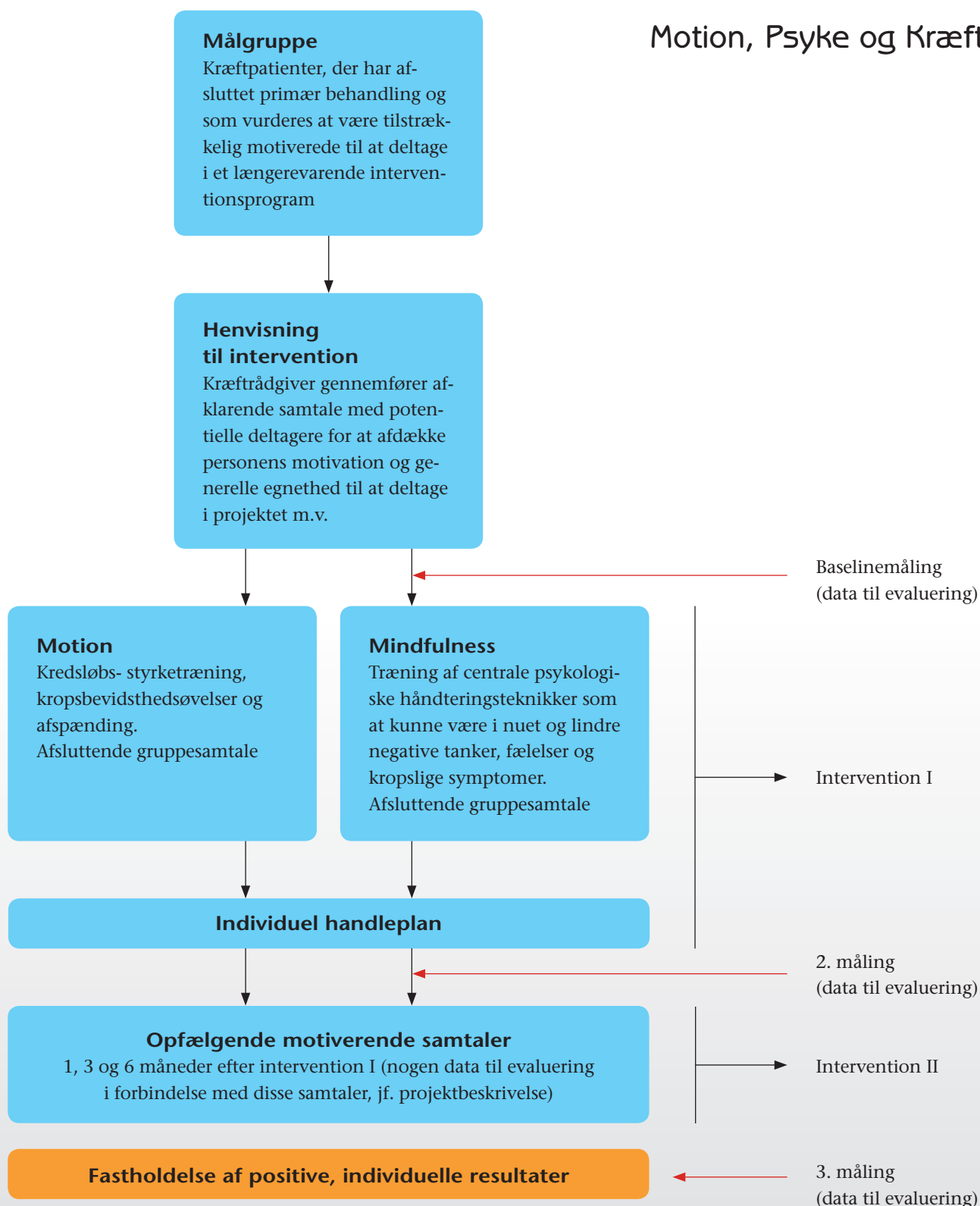
Mindfulness-meditation rummer elementer fra den kognitive terapi og blev udviklet for mere end 25 år siden af den amerikanske læge og professor i medicin Jon Kabat-Zinn^c. Mindfulness defineres som evnen til at være opmærksom på en bevidst måde – i

a Nielsen, G. (2006). Fysisk aktivitet. Fra bogen *Livsstil, sundhed og kræft* redigeret af Nielsen, P.K.

b Litteratursøgningen blev foretaget i databaserne: PubMed, PsycInfo, Ovid og CINAHL

c Kabat-Zinn, J (2005). *Full Catastrophe Living. Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*.

Motion, Psyke og Kræft



det aktuelle øjeblik – uden at dømme. Kernen i mindfulness-meditation er at lære at betragte sine tanker for at øge bevidstheden om, hvilke følelser og reaktioner en tanke bærer med sig

i øjeblikket. Dermed bliver personen i stand til at være nærværende i nuet uden at lade sig rive med af for- og fremtiden.

Et interventionsprogram med mindfulness-meditation består af en række ugentlige sessioner, der er bygget op omkring teoretisk og praktisk undervisning, der indeholder elementer som:

- siddende meditation med åndedrætsøvelser
- body-scan, hvor der bringes fokus på følelser i hele kroppen
- hatha yoga, der bringer opmærksomheden på kroppen i bevægelse
- relateret hjemmearbejde

Mindfulness-baserede interventioner blandt kræftpatienter er som nævnt et relativt uudforsket felt, hvorfor litteraturstudiet baseredes på et begrænset antal studier^d. De mest overbevisende effekter af mindfulness-baserede interventioner er reduktion af stressniveauet blandt de deltagende kræftpatienter. Dette blev undersøgt i syv studier, omhandlende forskellige mindfulness-

ss-forløb, gennem spørgeskemaer, der blev udfyldt umiddelbart før og efter interventionen^e. I seks af disse studier blev der påvist en signifikant reduktion af stressniveauet blandt deltagerne, hvoraf den største reduktion var på 31 %. Dette betyder, at deltagerne samlede oplevelse af negative fysiske, psykiske og adfærdsmæssige reaktioner på stressede situationer blev mindsket betydeligt i løbet af den mindfulness-baserede intervention.

En positiv udvikling af deltagerne fysiske reaktioner betyder, at deltagerne, efter endt intervention, i mindre grad oplevede:

- symptomer fra hjerte, som hjertebanken
- symptomer fra lunger, som vejrtrækningsproblemer
- symptomer fra centralnervesystemet
- symptomer fra fordøjelsessystemet, som mavesmerter
- muskelspændinger

Forbedringer af deltagerne psykiske og adfærdsmæssige reaktioner betyder, at deltagerne sjældnere oplevede:

- depressive tanker
- angst og frygt
- følelsesmæssige forstyrrelser
- uønskede adfærdsmønstre

Den positive effekt på kræftpatienternes sindsstemning er ligeledes overbevisende. Deltagerne sindsstemning blev undersøgt i seks studier, hvoraf der blev fundet en signifikant reduktion i fire af disse^f. Den største reduktion var på 65 %, hvilket betyder, at deltagerne efter endt intervention i mindre grad oplevede:

- angst
- depression
- vrede
- træthed
- forvirring

De omtalte effekter er fundet ved at sammenligne målinger af deltagerne stressniveau og sindsstemning inden opstarten af den mindfulness-baserede intervention og kort tid efter interventionens afslutning. Dermed undersøges den umiddelbare effekt af interventionen.

Blot et enkelt studie har undersøgt den længerevarende effekt af mindfulness-baserede interventioner ved at foretage målinger 12 måneder efter endt intervention. Dette studie viser, at de forbedringer, der blev påvist ved interventionens afslutning, ikke havde ændret sig signifikant 12 måneder senere. Dette tyder på, at den positive effekt, der opnås gennem mindfulness-baserede interventioner, stadig er gældende op mod et år efter endt intervention, hvilket kan ses som positivt.

Tre studier viste desuden en positiv sammenhæng mellem den tid, deltagerne brugte på mindfulness-meditation og reduktionen af deres oplevede stressniveau og depressive symptomer. Dette tyder på en positiv dosis-responssammenhæng, hvorfor det er vigtigt, at deltagerne motiveres til at praktisere mindfulness i hjemmet mellem de fastlagte sessioner for at optimere effekten af interventionen.

Anvendeligheden af de positive resultater

De omtalte studier omhandler ikke kræftrehabilitering specifikt. Trods dette vurderes deltagerne i studierne til at være potentielle modtagere af rehabilitering, da en stor del af disse fik stillet deres kræftdiagnose for gennemsnitligt to år siden. Derfor anses resultaterne for at have stor relevans i forhold til kræftrehabilitering.

Den største svaghed ved den eksisterende viden på området er dens begrænsede omfang. Derudover er de fle-

^d To reviews, der samlet behandler ti effektstudier, der er publiceret i perioden 2000-2004 samt tre separate effektstudier, der er publiceret efter 2004.

^e Deltagerne stressniveau blev målt gennem måleinstrumentet Symptoms of Stress Inventory (SOSI)

^f Deltagerne stressniveau blev målt gennem måleinstrumentet Profile of Mood Stage (POMS)



ste undersøgelser bygget op om svage designs med manglende kontrolgruppe. Dermed er det vanskeligt at afgøre, hvorvidt den fundne effekt skyldes interventionen eller helt andre faktorer. Effekten kan for eksempel skyldes en naturlig udvikling blandt deltagerne eller det psykosociale aspekt ved deltagelse i gruppesessioner. Forskningens styrke svækkes yderligere af de små studiepopulationer og de forholdsvis store frafaldsrater, der skævvrider resultaterne i tilfælde af, at personer, der frafalder, afviger fra de resterende deltagere. De store frafaldsrater kan tyde på, at nogle personer ikke er modtagelige overfor mindfulness-meditation. I implementeringsfasen af mindfulness-baserede interventioner er det derfor vigtigt at overveje, hvordan det er muligt at rette tilbuddet mod de personer, der kan få gavn af interventionen.

Deslige har deltagerne i studierne selv meldt sig til interventionen. Dette kan betyde, at deltagerne er mere motiverede for en adfærdsændring end

den generelle gruppe kræftpatienter, der er potentielle modtagere af rehabilitering. Sidst er det en svaghed, at effekterne er fremvist gennem spørgeskemaer, der er subjektive, øjebliksvurderinger af deltagernes sindsstemning, stressniveau osv.

Fremtidig mindfulness-meditation hos Kræftens Bekæmpelse

Trods den utilstrækkelige viden omkring effekterne af mindfulness-baserede interventioner blandt kræftpatienter vurderes de fremviste resultater – omhandlende deltagernes stressniveau og depressive symptomer – at være overbevisende. Dette støtter op om Kræftens Bekæmpelses rehabiliteringsprojekt *Motion og Mindfulness*. På denne baggrund og grundet deltagernes positive respons på *Motion og Mindfulness* har Kræftrådgivningen i Odense valgt at fortsætte tilbuddet i 2009. Motion og mindfulness tilbydes dog ikke længere som et samlet forløb, men er blevet til to selvstændige tilbud.

Den kvantitative og kvalitative dataindsamling i forbindelse med evalueringen af *Motion og Mindfulness* er i gang, og det er forhåbningen, at evalueringen vil bidrage med yderligere viden vedrørende effekterne af mindfulness-baserede interventioner blandt kræftpatienter. Ud fra de kvalitative data, der på nuværende tidspunkt er indsamlet, synes der særligt at være en effekt ved at kombinere motionen og mindfulness-interventionen med opfølgende samtaler. Den samlede kontakt med deltagerne over ni måneder virker som en god bro mellem rehabiliteringselementerne og den videre nye hverdag for den enkelte.

Lene Hultberg
Stud. Scient.
San. Pub.,
folkesundheds-
videnskab

Akupunktur mod bivirkninger ved kemoterapi

Af Hanne Poulsen

Sygeplejerske og diplomuddannet akupunktør

At få en cancerdiagnose er blandt det værste og ensomste vi mennesker kan opleve. For uanset hvor godt vores netværk er, så er det den enkelte, der bliver truet på livet og som skal stå forløbet igennem. Det er et udsagn, som jeg gang på gang hører hos de cancerpatienter, som jeg møder i mit arbejde som sygeplejerske og akupunktør. At de så oven i købet ofte har et længerevarende behandlingsforløb i udsigt, der er forbundet med en del gener og bivirkninger, kan være svært at overskue for den enkelte.

Det er så her jeg som akupunktør kommer ind i billedet. For jeg opsøges af patienterne, idet de har hørt eller læst, at akupunktur kan hjælpe mod den kvalme, som kemoterapien så ofte er forbundet med. Og jo det kan det, hos de fleste. Men det er ikke kun forebyggelse af kvalme, akupunkturen kan hjælpe dem med. Det er også mange af de andre gener og bivirkninger, som der er forbundet med deres cancersygdom og den kemoterapeutiske behandling. Det kan f.eks. være hede-ture, væskeophobning, træthed, muskelsmerter, obstipation, angst, uro, og dårlig søvn.

Jeg råder altid patienterne til, at de sideløbende med akupunkturen tager den medicin, som de har fået udleveret fra hospitalet til at forebygge og behandle bivirkninger med. Jeg mener nemlig, at det er vigtigt at "spille på flere heste", så de får den bedste og bredest mulige behandling. Nogle har det dog så godt, at de selv reducerer i f.eks. den kvalmeforbyggende behandling, som de har fået udleveret. De vil så gerne, have så lidt medicin som mu-

ligt, idet der jo med det, oftest også er bivirkninger forbundet.

Jeg oplever, at det oftest er kvinder, der opsøger mig med henblik på akupunkturbehandling i forbindelse med deres cancerbehandling. Mændene kommer oftest, når de har fået det så dårligt, at det er deres pårørende, der presser på for at prøve noget alternativt. Heldigvis er det så også muligt at hjælpe disse, men hvor er det synd, at de først skal nå at opleve, at de bliver så skidt tilpas.

Som sygeplejerske arbejder jeg på Gynækologisk afdeling på Hillerød hospital. I 2006 fik vi tildelt midler til at lave et projekt med akupunkturbehandling

til afdelingens cancerpatienter. Det er allerede vist i flere andre undersøgelser, at akupunkturbehandling har en gavnlig effekt på mange af de gener, som cancerpatienter har. Formålet med vores projekt, blev derfor at undersøge, om det var muligt at tilbyde cancerpatienter akupunkturbehandling i hospitalsregi. Projektet henvendte sig til såvel patienter, der skulle i kemoterapibehandling som til palliative patienter indlagt i afdelingen.

De fleste af de patienter, som deltog i projektet, var af forskellige årsager dog de, der skulle i kemoterapibehandling. De blev tilbudt akupunkturbehandling lige inden hver serie kemoterapi og én uge efter. Der var stor tilfredshed fra patienterne. Flere af patienterne havde



"Marianne Hansen er 40 år. Hun opsøger mig mhp. kvalmeforbyggende akupunkturbehandling i forbindelse med den kemoterapi, som hun skal til at starte efter at være blevet opereret for højresidig brystcancer. I forbindelse med operationen, blev der også fjernet glander og hun får jævnligt tappet væske fra operationsområdet. Hun mistede en del blod under operationen og er efterfølgende plaget af træthed. Marianne får i sit forløb akupunkturbehandling dagen før hver serie kemoterapi, samt 4-6 dage efter. Mellem 1. og 2. serie får hun dog nogle ekstra behandlinger, specielt med henblik på at mindske væskeophobningen og øge hendes energiniveau. Inden 2. serie kemoterapi er der ikke længere væskeophobning i operationsområdet og efter hver akupunkturbehandling føler hun sig friskere. I forbindelse med kemoterapien oplever hun kun kortvarigt kvalme og har kun taget ganske lidt af den fra hospitalet udleverede kvalmestillende medicin. Undervejs i hendes behandlingsforløb får hun problemer med obstipation, hede-ture og søvnproblemer og jeg retter akupunkturbehandlingen ind efter at behandle og forebygge dette og formår at holde disse gener nede, på et for hende acceptabelt niveau"



"Susanne er 49 år og får kemoterapi på grund af levermetastase fra en brystcancer. Hun får akupunktur lige inden sin kemoterapi og en lille uge efter. Hun undgår stort set kvalme i forløbet, men hun får prednisolon i dagene efter kemoterapien, hvilket hun oplever ubehageligt, idet det holder hende vågen om natten. I samarbejde med hospitalet, reduceres prednisolonbehandlingen og hun får det så godt, at hun efterfølgende kan genoptage sit arbejde dagen efter hver serie kemoterapi."

før fået kemoterapi uden akupunktur og havde samstemmende opfattelsen, at der var stor forskel i deres gener efter tilføjelsen af akupunkturbehandling. Især hvad angår kvalme og opkastninger, men de oplevede også en hurtigere restitution. Hvor ville det være dejligt, hvis alle patienter i kemoterapibehandling på sygehusene kunne tilbydes akupunkturbehandling. Det ville så for den enkelte, ikke være et spørgsmål om økonomi, viden og overskud, der skulle afgøre om de kunne få denne supplerende behandling, mod deres gener og bivirkninger.

Det er mit indtryk, at for de der op søger alternativ behandling i forbindelse med deres cancerlidelse, er det

vigtigt selv at gøre noget aktivt i forhold til deres sygdom og deres velbefindende. At de selv tager ansvar. Udover at få behandlet specifikke gener oplever mange, at de i forbindelse med akupunkturbehandlingen bliver afspændte og "ladet op", alt sammen med til, at de føler sig bedre rustet, til

at klare deres sygdomsforløb. Det at de kan have det godt imellem deres kemoterapibehandlinger, er med til at de ikke hele tiden føler sig sygdomsramte. De har sådan brug for indimellem at kunne være "almindelige" og ikke hele tiden blive konfronteret med, at de er syge.



"Sten er 33 år og behandles med kemoterapi 5 dage i træk hver 3. uge pga. recidiv fra en testikelcancer. Han kommer til mig på kraftig opfordring fra hans familie på 3. dagen i hans kemoterapi, idet han er svært plaget af kvalme. Da han kommer til mig, er han næsten ikke i stand til at tale pga. kvalmen. Jeg akupunkturbehandler ham og på vej ud af døren kan han både smile og tale. Han oplever, at en væsentlig del af kvalmen er forsvundet."



Undersøgelse på Vejle Sygehus vedrørende sammenhængen mellem

I 2005 påbegyndte man på Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus, en pilotundersøgelse vedrørende akupunkturs virkning på immunforsvaret hos patienter med lungecancer under cytostaticabehandling.

Hensigten var at undersøge akupunkturs evne til at nedsætte antallet af indlæggelser med febril neutropeni, hos patienter, der modtager palliativ kemoterapi for lungecancer.

Akupunktur

Akupunktur er en asiatisk (kinesisk) diagnose- og behandlingsmetode, der har været anvendt i over 5000 år til at behandle forskellige symptomer og sygdomme. De gamle kinesere fandt ud af, at sundhed opretholdes af en energi, der strømmer igennem 14 bestemte kanaler (meridianer) i kroppen. På disse meridianer findes nogle punkter – akupunkturpunkter – der ved påvirkning kan genoprette kroppens balance.

Akupunktur er derved baseret på stimulation af disse punkter på kroppen ved anvendelse af nålestik. Ved at påvirke disse akupunkturpunkter kan man formentlig øge kroppens evne til at opretholde homøostatisk balance, og man kan muligvis bedre kroppens immunforsvar.

Nervesystemet aktiveres ved enhver akupunkturbehandling, idet der både i huden og den underliggende muskulatur findes ganske fine nervespidser. Disse nervespidser påvirkes af akupunktur nålen og begynder derved at sende svage, elektriske impulser til rygmærken og hjernen. Her sker en bearbejdning af disse signaler, som i omarbejdet form vender tilbage dels til det lokale akupunkturumråde samt til andre vigtige systemer i kroppen fx indre organer, kirtler og andre dele af nervesystemet.

Denne elektriske signaltrafik i ner-

vesystemet er det, der muliggør akupunkturens brede virkningsflade.

Akupunktur er undersøgt i forskellige sammenhænge, og metoden er anerkendt af WHO til behandling af forskellige sygdomme og tilstande.

Akupunktur og kemoterapi

Akupunkturs rolle i kombination med konventionel medicinsk behandling er undersøgt i flere videnskabelige undersøgelser. Det er her vist, at akupunktur kan reducere smerter og nedsætte kvalme og træthed hos patienter, der modtager kemoterapi.

Der foreligger undersøgelser fra Kina om akupunkturs virkning ved kemoterapi induceret immunsuppression, men kun to undersøgelser i engelsksproget litteratur – resultaterne er dog uklare.

Der er, såvel i Danmark, som i det øvrige Skandinavien, en betydelig interesse for akupunktur. Dette gælder ikke mindst i forhold til cancerpatienter, der ofte benytter akupunktur sammen med kemoterapi.

Det er velkendt, at patienter, der modtager kemoterapi, ofte udvikler knoglemarvsdepression – dette gælder også for patienter med lungecancer. Knoglemarvsdepressionen kan medføre anæmi, trombocytopeni, leukopeni og neutropeni. Neutrofile celler spiller en

vigtig rolle i kroppens immunforsvar ved at bekæmpe infektioner forårsaget af bakterier og svampe. Penien opstår, når knoglemarven ikke producerer tilstrækkeligt med leukocytter og neutrofilocytter, eller når de hurtigt går til grunde – dette kan skyldes behandling med cytostatica.

Neutropenien nedsætter kroppen immunkompetence, og patienterne vil ofte blive indlagt med febril neutropeni. Denne tilstand kan være livstruende og skal straks behandles med relevant antibiotika. Knoglemarvsdepressionen kan herudover medføre udsættelse af den planlagte kemoterapi, ligesom dosis af cytostatika ofte må reduceres.

Undersøgelsen på Onkologisk Afdeling på Vejle Sygehus er derfor iværksat med henblik på, at belyse om akupunktur kan forbedre immunforsvaret hos patienter, der modtager palliativ kemoterapi for lungecancer.

Undersøgelsens målgruppe og behandlingsstrategi

Undersøgelsen har taget udgangspunkt i patienter med nydiagnosticeret lungecancer, der opstarter et palliativt behandlingsforløb.

Patienterne, der er indgået i undersøgelsen, har modtaget kemoterapi efter afdelingens sædvanlige retningslinjer. Patienterne har fået planlagt en be-

akupunktur og neutropeni

handling, der inkluderer 6 serier kemo-terapi med 3 ugers mellemrum.

Der er givet akupunktur 1 gang om ugen, således, at der er planlagt 18 behandlinger til hver patient.

Akupunkturbehandlingen har været en kombination af indstik af nåle og el-stimulering af udvalgte akupunkturpunkter. Det har været en standardbehandling, der bygger på traditionel kinesisk akupunktur.

Resultat af undersøgelsen

I skrivende stund foreligger der desværre intet resultat af undersøgelsen, idet undersøgelsesaktiviteten er nået til processen, hvor alle informationer, undersøgelsesresultater og -statistikker skal samles og analyseres.

Der kan derfor ikke på nuværende tidspunkt sættes et svar på om akupunktur har en virkning på immunforsvaret hos patienter med lungecancer under cytostatikabehandling. Svaret er selvfølgelig interessant at forholde sig til, så i et senere blad vil vi selvfølgelig følge op på denne undersøgelse med en lille notits om effekten.

Det er dog hensigten, at dette indlæg omhandlende ovennævnte undersøgelse har givet et indblik i komplementerende behandling – her akupunktur – hos patienter med lungecancer – og ikke mindst hvad akupunkturens verden indeholder.

Yderligere oplysninger om undersøgelsen kan fås hos studiekoordinator og afdelingslæge Parvin Adimi, Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus.

Afdelingslæge
Parvin Adimi
Onkologisk Afdeling,
Vejle Sygehus

Sygeplejerske
Marlene Holmberg
Onkologisk
Sengeafdeling,
A270,
Vejle Sygehus



Eneste kontraindikation er terapeuten!



Cancer og zoneterapeutisk behandling – anno 2009

Cancer som kontraindikation ved zoneterapi

Tidligere var den generelle holdning, at cancer opfattes som en kontraindikation indenfor det zoneterapeutiske behandlingsfelt.

Cancer/autoimmune sygdomme og graviditetsgener generelt er områder som hovedparten af de erhvervsaktive zoneterapeuter har været tilbageholdende med at starte behandlingsforløb op på. Mange fordomme og myter har hersket – specielt i forhold til behandling af kræftpatienter. Her nogle af postulaterne:

- zoneterapi kan aktivere celledelingen yderligere
- zoneterapi kan sprede canceren ved stimulering af kredsløbet
- det er usundt for terapeuten at behandle en patient i kemobehandling.

Sådan er det ikke længere...

Både i Danmark og på verdensplan er der voksende interesse for arbejdet med zoneterapi i forhold til diagnosen cancer - uanset cancertype og lokalitet. Herhjemme gør det sig blandt andet gældende i forhold til brancheforeningen FDZ – Forenede Danske Zoneterapeuter* – som i 2009 har valgt at sætte yderligere fokus på området. Blandt andet via deltagelse i international conference og landsdækkende foredragsaktivitet hvor ny viden præsenteres – med såvel nationalt som internationalt afsæt. **Erfaringerne fra praksis viser med stor tydelighed, at behandling med zoneterapi til cancerdiagnoser overhovedet ikke er uforenelige.**

Hvor er det reelt zoneterapi har sin berettigelse i forhold til cancer?

Helbredelse er naturligvis det patienten håber på. Uanset om behandlingsmetoder fra det etablerede (eks. strålebehandling eller kemoterapi) eller komplementære felt (eks. zoneterapi/akupunktur/massage) søges, er helbredelse ikke en garanti. Indenfor zoneterapiens behandlingsområde er udgangspunktet altid, at terapeuten skal informere klienten om, at helbredelse ikke kan/må garanteres. Hvis man oplever andet derude i det alternative/komplementære felt, vil jeg stærkt anbefale, at man søger anden behandler omgående. Men hvis terapeuten derimod oplyser, at **zoneterapi tegner til at kunne gøre en reel forskel i**

forhold til at reducere bivirkninger ved den traditionelle behandling, styrke immunforsvaret, dæmpe angst og give øget psykisk og fysisk velvære, så er der i praksis gode erfaringer med netop disse kerneområder. Det kan godt være helbredelse ikke opnås – men der er en reel chance for, at livskvaliteten styrkes på mange planer via den zoneterapeutiske tilgang!

Sidste nyt ude fra

På en netop afholdt international conference (arrangeret af The Israel Forum for Reflexology) i oktober 2008 i Shefayem, Israel, talte erfaringerne sit tydelige sprog. **Beretninger fra Israel, USA, England, Australien og Irland konkluderede samstemmende, at zoneterapi helt klart har en plads i den etablerede behandling af cancer, og at den eneste kontraindikation er terapeuten selv.**

Eksempler på erfaringer med zoneterapi

Sygeplejerske og zoneterapeut Susan Berenson (fuldtidsansat på privat cancerhospital i New York) oplyste, at zoneterapi på hendes arbejdssted er en af de mest benyttede integrerede medicinterapier. Erfaringerne fra hospitalet fortæller, at **zoneterapi mindsker symptomer og fremmer afslapning, giver tryghed via berøring, er en sikker og ikke-invasiv metode, kan tilpasses patienten uanset sygdomsstadie og forbedrer patientens livskvalitet.** Som generel smertelindring og afhjælpning af bivirkninger fra konventionel medicin anvendes zoneterapien i udstrakt grad. Samtidig viser erfaringerne, at der hvor zoneterapi kan være en fravalgt metode, er hvor patienten har tromboser, stærke smerter, voldsomme ødemer, åbne sår eller lignende, metastaser i hofte/ben eller fod samt ved psykoser. Behandlingen tilpasses altid individuelt ud fra behov og symptomer.

Sygeplejerske og zoneterapeut Edwina Hodgkinson fra Christie Hospital NHS Foundation i Manchester, hvor hun er ansat som zoneterapeut på onkologisk afdeling udtalte, at den værst tænkelige behandling, er at afvise en patient! **Zoneterapien anvendes på afdelingen for at berolige før en operation og til at fremme helingsprocessen efterfølgende.**

Zoneterapeut Ruth Springer fra onkologisk børneafdeling på Tel Hashomer Hospital i Tel Aviv havde et meget bevægende indlæg på konferencen. Hun fortalte om de overvejelser, man er nødt til at gøre sig, hvis man vil arbejde med så syge børn (såvel på det faglige som det personlige plan). Zoneterapiens plads på afdelingen havde haft en svær start – først efter lang tid blev zoneterapeuterne accepteret som en del af teamet og fik lov til at få indsigt i eksempelvis patientbehandlingsplaner, hvilket for dem som faggruppe også var et vigtigt udgangspunkt for den zoneterapeutiske behandling. **Efterhånden da man i afdelingerne kunne se, at behandlingsmetoden blev meget godt modtaget af både patienter og pårørende og at behandlingen rent faktisk gjorde en positiv forskel, blev terapeuterne accepteret.**

Dr. Doris Gamus – ligeledes fra Tel Hashomer Hospital i Tel Aviv – fortalte, at man på rehabiliteringsafdelingen havde arbejdet med komplementær behandling gennem 13 år. Også her havde starten været svær, men status er, at der nu er en zoneterapeut ansat 2 dage om ugen til at hjælpe patienterne. Foruden zoneterapi anvendes også homøopati, akupunktur, urter med mere på afdelingen.

Konferencen anskueliggjorde ret tydeligt, at flere lande er nået meget længere i forhold til at integrere behandlingsmetoden zoneterapi som en ligeværdig del af det konventionelle systems behandlingstilbud.

Hvorfor er Danmark langt bagud i forhold til at integrere komplementære behandlingsmetoder i det offentlige sundhedsvæsen?

Historisk har vi en meget naturvidenskabelig tilgang til de behandlingsmuligheder som vinder accept i det etablerede sundhedssystem. Samtidig er det kendt, at langt fra alle behandlingsmetoder som i dag anvendes indenfor sygehusvæsenet, har været genstand for videnskabelige undersøgelser og dokumentation. Alligevel er **manglende (dansk) naturvidenskabelig forskning af det komplementære/alternative behandlingsområde den gentagne stopklods for accept indenfor specielt lægestanden.** Men det virker måske også provokerende for faggruppen, hvis komplementære terapeuter "får lov" til at få en regulær plads i de etablerede behandlingstilbud – emnet fagkamp bliver pludselig relevant... Men hvor skal fokus sættes – i forskningsdesigns, dokumentation og fagkamp eller i den praktiske evidens og erfaring gennem århundreder – eksempelvis indenfor zoneterapi? Det er påfaldende, at akupunktur som metode har en nemmere adaptation hos lægerne – det virker mere klinisk/operationelt, at sætte nåle i patienten. Men selv om metoderne er forskellige, funderes de i samme østlige filosofi og anvender ofte enslydende teoretiske referencerammer.

Vigtigheden af dokumentation er naturligvis uimodsig-

lig – man kan kun håbe på, at der snart udvikles en accepteret forsknings- og dokumentationsmetode som matcher zoneterapiens spændingsfelt – til gavn for zoneterapiens integration i det etablerede sundhedsvæsen. Personligt er jeg ydmyg overfor zoneterapiens mangeårige fundament og anvendelse verden over – det sender et tydeligt og seriøst signal, der ikke kan negligeres. Det niveau zoneterapien anvendes på i dag indenfor det konventionelle system, er for eksempel via patienter som kender muligheden for at hente zoneterapeuten ind på afdelingen og dermed personligt koordinerer behandlingen. Tankevækkende at en patient, som ofte i forvejen har manglende balance mellem belastninger og ressourcer og typisk en nedsat grad af egenomsorgskapacitet også skal finde overskud til dette. Der er mulighed for forbedring og udbygning af samarbejdet!

Hvordan arbejder en zoneterapeut?

Når et menneske (herefter klient) henvender sig til en zoneterapeut, opleves typisk et "møde med mennesket" (ikke mødet med en diagnose) og meget ofte udtrykkes glæde ved netop dette samt oplevelsen af, at der er tid nok. Zoneterapeuten anvender naturligvis evt. eksisterende diagnose (eksempelvis cancer mammae) som fundament for det videre forløb. I sin diagnosticeringsproces dataindsamler terapeuten også helt bredt (for eksempel fysisk/psykisk og socialt) oplysninger fra klienten for at få et overblik. Dette udgør samlet grundlaget for planlægningen af behandlingsforløbet. Terapeuten vurderer ud fra sin faglige baggrund, hvorledes den zoneterapeutiske tilgang til klientens problematik skal udmønte sig som konkret trykteknik og kombinationer på fødderne. Klienten inddrages i behandlingsforløbet fra start til slut. Hvilke belastninger ønskes som fokus i behandlingen – hvilke forandringer ønsker klienten – hvilke ressourcer kan der bygges videre på for at eliminere belastningsniveauet og sikre klientens fortsatte livskvalitet? Behandlingsforløbet justeres kontinuerligt ud fra reaktioner og klientens oplevelse af situationen. Se evt. min hjemmeside for yderligere information*.

Symptombehandling versus årsagsrettet behandling.

Som sygeplejerske og zoneterapeut oplever jeg personligt en stor fordel i, at have "et ben i begge lejre." Jeg er uddannet med den vestlige anatomi, fysiologi- og sygdomsforståelse og har via min uddannelse som zoneterapeut bygget den østlige teori ovenpå. Min viden og erfaring fra det konventionelle system kombineres med en faglig fundering i det traditionelt kinesiske system. Dermed sikres en komplementær – meget årsagsrettet og helhedsbetonet – tilgang til det at behandle et andet menneske. **Min erfaring fra det etablerede system har generelt vist en symptomrettet tilgang til patienten med specifikt fokus på enkeltstående problematikker.**

>

Formål med brobygning?

Mennesket er en utrolig sammensat organisme – på mange planer. Hvis et symptom viser sig ét sted, er det ikke sikkert dette er hovedproblemet – det kan ligge et helt andet sted; måske influerer en følelsesmæssig problemstilling? Det faktum oplever jeg en komplementær metode som zoneterapi er bedre rustet til at tage udgangspunkt i og handle efter. **Det konventionelle og det komplementære systems forskellige tilgange til mennesket, til symptombilleder, diagnosticering og valg af behandling har meget godt at byde hinanden og sundhedsvæsenet i det hele taget** – min påstand er, at en kombination i mange tilfælde kan optimere udbyttet og livskvaliteten hos hovedpersonen – patienten. Den samfundsøkonomiske gevinst er en helt anden, men ligeså oplagt positiv konsekvens.

Hvorfor skal sygeplejersker overhovedet beskæftige sig med zoneterapi?

Befolkningens store søgning til komplementær behandling i det hele taget og ønsket om et mere bredspektret behandlingstilbud slår igennem og må tages seriøst. For eksempel taler udviklingen indenfor Sygeforsikringen "danmark" sit helt tydelige sprog. Tilskud til zoneterapi har gennem en længere periode været et medlemsønske og pr. 1. januar i år er det en realitet. En historisk begivenhed i og med, at det er første gang nogensinde et tilskud er godkendt uden at behandlingsmetoden i forvejen er tilskudsberettiget via den offentlige sygesikring! Se www.sygesikring.dk for yderligere information om ordningen.

Interessante tal

Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering under Syddansk Universitet (CAST) lavede i 2007 en undersøgelse som viste følgende:

- i Danmark anslås at være ca. 2700 komplementære/alternative behandlere (KAB)
- halvdelen af deltagerne i undersøgelsen (svarende til ca. 800 terapeuter) kontaktes årligt af cancerpatienter og har i gennemsnit 9 klienter i klinik
- af de cancerpatienter som får zoneterapi anvender 88 % komplementær/alternativ behandling (KAB) som supplement til konventionel behandling
- 4 % af patienterne takker helt nej til traditionel kræftbehandling via sygehusene (kilde: Kræftens Bekæmpelse)
- brystcancer er hyppigste diagnosetype hos KAB
- i 2007 anvendte 28,5 % kvinder og 16,1 % mænd alternativ behandling
- i 2005 anvendte i alt 22,5 % KAB svarende til 976.000 personer
- der ses 50 alternative behandlere pr. 100.000 indbyggere

- - 65 læger i almen praksis pr. 100.000 indbyggere
- - 54 praktiserende tandlæger pr. 100.000 indbyggere
- ca. 4 % henvises af konventionelle system til alternativ behandling
- ca. 13 % henvises af alternative system til konventionelle system.

Hvordan kan du som sygeplejerske vejlede en patient vedr. anvendelse af zoneterapi?

En undersøgelse foretaget af Kræftens Bekæmpelse* viser, at kun få cancerpatienter taler med sundhedspersonalet om alternativ behandling – men at flere har spørgsmål de savner at drøfte i det regi. Hvis man ikke via sin arbejdsgiver eller personligt har fået et minimum af indsigt indenfor området, er det ikke underligt, at det virker ret uoverskueligt! Tidligere tegnedes et meget forskelligartet niveau på det alternative felt og ordet kvaksalver var ikke ukendt...

Registreringsloven

I dag har brugerne af alternativ og komplementær terapi en væsentlig rettesnor at gå efter – nemlig Registreringsloven fra maj 2004. Loven er som sådan ikke en decideret blåstempling af de registrerede terapeuter og metoder, men dog med Sundhedsstyrelsen som øverste tilsynsmyndighed. Med loven gav Sundhedsstyrelsen registreringsberettigede organisationer ret til at administrere en registrering af sine medlemmer.

For at blive RAB – Registreret Alternativ Behandler – skal man leve op til nogle helt kontante krav. Blandt andet skal terapeuten have et vist uddannelsesniveau, efterleve god klinisk praksis, etiske regler, journalføring, tavshedspligt, ajourføring og brugeren af eksempelvis zoneterapi hos en RAB-registreret har altid en klagemulighed (modsat ikke registrerede). En milepæl indenfor udviklingen i Danmark. På min hjemmeside under Nyheder*, på www.fdz.dk eller www.sst.dk kan du søge mere information.

På sidstnævnte side kan du også finde en oversigt over hvilke terapiformer og organisationer der dags dato er blevet registreringsberettigede.

Derudover kan det være meget anvendeligt at vide, at på www.fdz.dk kan interesserede søge nærmeste behandler under "Find en terapeut" – ved at skrive sit postnummer ind, kommer en liste frem med mulige kontakter i nærområdet. **Vær opmærksom på, at kun behandling hos en RAB-registreret zoneterapeut, har mulighed for at udløse tilskud fra Sygeforsikringen "danmark."**

Sidst – men ikke mindst – er hjemmesiden www.cancer.dk også aktuel (søg evt. på patienter og pårørende – alternative behandlingsformer – zoneterapi). Her ses relevant information til såvel uddannet fagperson som patient.

Er danske sygeplejersker klædt på til alternativ behandling?

Under SDU og CCESCAM* foregår i øjeblikket en undersøgelse omkring emnet: Er danske sygeplejersker klædt på til mødet med patienter, som anvender alternativ behandling? Projektet udføres af videnskabelig assistent Anita Lunde*. Undersøgelsens konklusion bliver interessant at følge.

Plads til zoneterapi i fremtidens danske sundhedsvæsen?

Der er sket meget indenfor såvel zoneterapiens grunduddannelsesniveau, terapeutens arbejdsområder (flere og flere arbejder tværfagligt og erhvervsrettet) og en øget brobygning mellem det konventionelle og komplementære område er absolut en mulighed fremadrettet. Også fra det traditionelle system ses en åbenhed og interesse for alternativ og komplementær behandling – primært i forhold til de mest anvendte metoder herhjemme, som er zoneterapi, akupunktur og massage.

Udviklingen indenfor Dansk Sygeplejeråd

FSKOMP* – Fagligt Selskab til fremme og integration af komplementære terapiformer i sygeplejen blev stiftet 4/6 2005. Også her arbejdes på en bred front i forhold til blandt andet at implementere andre tilgange til behandlingstilbuddene indenfor det offentlige sundhedsvæsen. Nogle af selskabets formål (i stikord) lyder:

- fremme professionel tilgang og anvendelse af komplementære terapiformer i sygeplejen
- udvikle og synliggøre en sygeplejefaglig, organisatorisk og sundhedspolitisk profil indenfor området
- fremme dokumentation, evaluering og forskning indenfor området
- **styrke og fremme brobygning og dialog mellem det etablerede sundhedsvæsen og de alternative behandlingsmiljøer**
- fremme befolkningens og det politiske systems kendskab til og forståelse for komplementære terapiformer.

Forhåbentlig vil FSKOMP fremadrettet kunne påvirke udviklingen generelt!

Visioner

Jeg gav min gamle bedstemor zoneterapi i et længere forløb frem til hendes død. Det var ikke altid hun var 100 % klar, men en dag under behandlingen, spurgte hun mig, hvad det nu var for en afdeling inde på sygehuset jeg var på – altså dér hvor der kun var zoneterapeuter? ... Måske var hun alligevel utroligt klarsynet – i hvert fald visionær!

Jeg ser med stor forventning frem til den dag ansættelse af veluddannede zoneterapeuter i såvel primær som sekundær sundhedssektor bliver en realitet.

Hvor samarbejdet tager udgangspunkt i at sætte "hele mennesket/patienten" i fokus og hvor forebyggelse og sundhedsfremme (eksempelvis via zoneterapeutisk behandling) i langt højere grad får en højt prioriteret plads på dagsordenen i sundhedsvæsenet.

Vær med til at sætte dagsordenen på det sundhedspolitiske felt – vær med til at tale din patients sag og vær med til via fokus på samarbejde og integration af forskellige komplementære behandlingsmetoder, at sikre retten til et godt og sundt liv.

Kilder:

- www.fdz.dk
(seneste udgave af fagbladet Zoneterapeuten nr. 1 2009 s. 15-19)
- www.cancer.dk
(Kræftpatienters brug af alternativ behandling - Rapport nr. 04/2006)
- www.sdu.dk (CAST)

Links:

- www.sygeforsikring.dk
(se sidste nyt om tilskudsmuligheder for 2009)
- www.sst.dk (tilsyn – alternativ behandling)
- www.cancer.dk (Kræftens Bekæmpelses hjemmeside)
- www.vifab.dk
(se blandt andet information om forskning og Cochrane)
- www.kufab.dk (læs om tværvideenskabelig forskning i effekt og virkningsmekanismer ved behandlingsformerne akupunktur, mindfulness meditation og zoneterapi – på hjemmesiden omtales to undersøgelser vedr. zoneterapi).
- www.medicinkkombination.dk (hjemmeside under Lægemiddelstyrelsen – her kan der søges på samtidig brug af medicin, naturlægemidler, stærke vitaminer og mineraler og grapefrugtjuice. Der kan søges på enten navn eller indholdsstof).
- www.dsr.dk (FSKOMP)
- www.sdu.dk (søg under CAST og igangværende forskningsprojekter – "Komplementær og alternativ behandling – en analyse af udbudssiden i Danmark").
- www.ccescam.dk (Center for tværvideenskabelige evalueringsstudier af komplementær og alternativ behandling. CCESCAMs overordnede formål er at skabe grundlaget for en tværvideenskabelig og tværfaglig forståelse for forskellige effektbegreber og undersøgelsesmetoder og at udvikle modeller for tværfaglig effektforskning. I centrets første periode fokuseres på KAB i relation til kræftsygdomme).

Anita Lunde: e-mail: alunde@health.sdu.dk

Telefon: 65 50 41 15 for yderligere information vedr. undersøgelse om sygeplejersker (se afsnit i artiklen).

Artiklens forfatter:

Sygeplejerske og FDZ-zoneterapeut (RAB) Lillian Neldeborg

Se venligst www.birkums-zoneterapi.dk for yderligere information og eventuel kontakt.

"Dit liv er i dine hænder"

Resumé af foredrag ved Ellen Strandgaard den 13. januar 2009.

Arrangeret af Fagligt Selskab for komplementærsygepleje og afholdt i DSR's lokaler på Tornerosevej i Herlev

Ellen Strandgaard er fysioterapeut og oversætter. Har oversat bogen "Dit liv i dine hænder" af Jane Plant, som hendes foredrag tager udgangspunkt i. Derudover har Ellen Strandgaard haft brystkræft for 5 år siden.

Ellen Strandgaards historie

Uddannet fysioterapeut i 1970, men følte at hun var kommet på den forkerte hylde, læste derfor dansk litteratur på universitetet og blev cand. fil. Begyndte i 1984 at oversætte bøger og arbejdede samtidig som fysioterapeut. Har i dag sin egen fysioterapeutiklinik og oversætter samtidig bøger fra engelsk, svensk og norsk.

Fik i sommeren 2003 konstateret brystkræft og blev opereret på Rigshospitalet med brystbevarende operation og fik fjernet 24 lymfeknuder. Fik herefter adjuverende kemoterapi, som afsluttedes i januar 2004. Ellen genoptog sit arbejde under kemobehandlingen og vil opfordre alle til at gøre det samme. For hende gav det en følelse af i højere grad at være mellem "de levende". Hun følte det meget frustrerende ikke at kunne gøre noget selv, bare at "måtte tage imod behandling" og begyndte derfor at skrive om det.

På et tidspunkt fik Ellen en artikel af sin svigerinde, skrevet af Jane Plant, som handlede om sammenhængen mellem brystkræft og indtagelse af mælkeprodukter: Jane Plant havde selv haft brystkræft for år tilbage. Arbejdsmæssigt forskede hun i jordbrugsanalyser og havde af den grund arbejdet en del i Kina. Der havde hun undret sig over hvorfor kinesiske kvinder så sjældent blev ramt af brystkræft, ca. 1 ud af 100.000. I Kina bliver sygdommen kaldt de rige kvinders sygdom,

idet forekomsten er markant høje blandt de velstillede kinesiske kvinder. Jane Plant bed mærke i kosten, som i Østen traditionelt ikke indeholder mælkeprodukter, hvor den i vesten indeholder mange mælkeprodukter. Det kunne være forklaringen på at de rige kinesiske kvinder, som i langt højere grad spiser vestlig kost, oftere end de fattige får brystkræft. Jane Plant havde haft tilbagefald af sin sygdom 4 gange og dermed i alt haft brystkræft 5 gange. Hun havde fået gentagne behandlinger med kemoterapi, stråler og operation. Hun havde flere gange forgæves efterspurgt en kostplan, som ikke indeholdt hormoner, da hun havde fået at vide, at brystkræft og hormoner hang sammen. I 1987 begyndte hun imidlertid at spise som man gør i Østen, og kort tid efter kunne hun konstatere, at en knude, som netop var verificeret som tilbagefald af brystkræften, forsvandt. Siden har hun holdt den kostplan og har efter nu 18 år ikke haft tilbagefald af sin sygdom. Efter at hun var blevet symptomfri, begyndte hun at undersøge, hvad forskere har afdækket om brystkræft og mælkeprodukter og opdagede, at der eksisterer en omfattende forskning i dette emne, som uafviseligt peger på en sammenhæng. I 2000 udkom hendes første bog om sammenhængen mellem brystkræft og mælkeprodukter og hormoner.

Ellen Strandgaard fik fat i bogen og satte sig for at oversætte den til dansk, da hun synes bogens budskab var så vigtigt, at det bare måtte ud til danske kvinder. Det følgende er udsagn og budskaber fra den nyeste udgave fra 2008 af Jane Plants bog, formidlet af Ellen Strandgaard:

Bogen beskriver et stort antal videnskabelige undersøgelser, som beviser sammenhængen mellem brystkræft og mælkeprodukter. Den del af kroppen, som bliver syg, rummer nøglen til forståelsen af sygdommen og kan forklare årsager til sygdommens opståen. Filosofien er, at mælk fra et dyrs mælkekirtler kan sende forkerte signaler til et menneskes brystkirtler og på den måde være medvirkende årsag til at sygdom opstår.



Praktiske råd
om kost og livsstil
til alle med brystkræft,
æggestokkræft og
prostatakræft

De farlige stoffer

Dyremælk (og menneskemælk) indeholder både væksthormoner og kvindelige kønshormoner. Moderne forædlingsmetoder af kvægracer og proteinberiget foder har forøget komælkenes indhold af vækstfaktorer og hormoner. Forskning fra førende forskningsmiljøer, publiceret i tidsskrifter, der publicerer forskerbedømte (peer-reviewed) artikler, viser, at der er en sammenhæng mellem kræft og vækstfaktorer og hormoner i komælk. Jane Plants bog har et noteapparat med mere end 600 henvisninger til sådanne artikler. Med statistisk materiale fra WHO/IARC, (International Agency for Research in Cancer) redegør hun for den markante forskel i kræftforekomsten mellem lande, hvor der konsumeres mange versus få mælkeprodukter. Jane Plant henviser bl.a. til bogen "China Studies" af den amerikanske ernæringsforsker T. Colin Campbell fra Cornell University.

De kræftfremkaldende stoffer er bundet til fedtet og proteinet i mælken. Østrogen binder sig til mælkefedtet og er en anerkendt risikofaktor i forhold til brystkræft. Der udover er det at være overvægtig i sig selv en risikofaktor. Mere fedtvæv, mere østrogen. Østrogen og progesteron indgår direkte i udviklingen af kræftvæv. Østrogenniveau påvirkes ifølge de forskere, som Jane Plant henholder sig til, f.eks. T.

Colin Campbell, af kosten, som igen påvirker tidspunktet for menstruationens indtræden og ophør, altså tidspunktet for menopause.

De vækstfaktorer i mælken, som binder sig til proteinet, er også til stede i fedtfattige mælkeprodukter og udgør en særlig risiko. Det gælder f.eks. IGF (insulinlignende vækstfaktor). Den fremmer vækst af både bryst- og prostatakræft i initierede celler og er meget modstandsdygtig over for enzymnedbrydning. Forskerne peger på to mulige mekanismer, der kan forklare den stærke sammenhæng mellem blodets indhold af IGF og kræft:

IGF påvirker muligvis steroidniveauet og / eller forøger hermed kønshormondannelsen

IGF påvirker muligvis direkte udvikling af kræftceller i prostata og brystvæv.

<

En amerikansk forsker sammenkædede allerede i begyndelsen af 90'erne forekomsten af vækstfaktoren IGF og udviklingen af både brystkræft og prostatakræft. Forekomsten af stoffet er relativt større i dyremælk end i menneskemælk, da en dyreunge er "programmeret" til at vokse meget hurtigere end et menneskebarn.

Anerkendte risikofaktorer

- Brystkræft i familien
- Kvinder der er førstegangsfødende efter at de er fyldt 30 år
- Kvinder som ikke føder
- Godartede knuder i brystet
- Alkohol
- Hormonindtagelse, enten som p-piller eller hormonsubstitution i klimakteriet
- Overvægt

Det er bevist (T. Colin Campbell), at østrogenholdig kost medfører tidligere menstruation og senere menopause, hvilket medfører et længere tidsrum med påvirkning af østrogen.



Bogen "Dit liv er i dine hænder", som Ellen Strandgaard har oversat, er som sagt skrevet af Jane Plant. Den er udgivet af forlaget "Aransen" og fylder 546 sider.

Mælk

Moderne mælkeforarbejdningsmetoder har forøget forekomsten af vækstfaktorer i mælken. Homogenisering splintrer mælkens bestanddele, hvorved de lettere optages i blodet gennem tarmvæggen. En række forskere mener, at dette har betydning for den øgede forekomst af tarmkræft. Mange, både børn og voksne, drikker mælk for at få kalcium nok, bl.a. for at mindske risikoen for osteoporose. Ellen Strandgaard gør opmærksom på at 70 % af jordens befolkning aldrig drikker mælk og ikke af den grund får underudviklet vækst eller større risiko for f.eks. osteoporose. Et argument der i den sammenhæng hentes fra "China Studies" fremhæver at mennesker som de eneste pattedyr fortsætter udover vækstperioden med at indtage mælkeprodukter og det endda fra et andet pattedyr. Ellen fremhæver at der er rigelig kalcium at få fra grønne planter, soja, grønkål, nødder etc.

Hvorfor har vi ikke fået det at vide?

Ellen Strandgaard sammenligner dette spørgsmål med rygning og lungekræft. Hun fremfører, at der gik rigtig lang tid fra de første advarsler og til det blev anerkendt viden i behandlerkredse og i befolkningen. Hun drager endnu en sammenligning til Ignaz Semmelweis, der var fødselslæge i Wien i midten af 1800-tallet, som hævdede, at så mange kvinder døde i barselsseng på grund af fødselslægenes manglende hygiejne – de vaskede ikke hænder – når de gik fra obduktion af kvinder, der var døde af barselsfeber, til tilsyn af fødende kvinder. Hans iagttagelse mødte så stærk modstand, at han blev afskediget.

Hun tror altså, at det drejer sig om tid, før det bliver anerkendt at forekomsten af vækstfaktorer og hormoner i kosten har en direkte sammenhæng med udviklingen af ikke alene brystkræft, men også andre former for kræft. Hun tror også, at der er en modvilje mod at anerkende et så relativt enkelt budskab. Hun mener at både politik – sundhedsstyrelsen – og økonomi – mælkeindustrien – har en stor betydning i forhold til at denne viden ikke er kendt af samtlige danskere. Ellen henviser til en artikel i "Økologisk jordbrug" fra 13. juni 2008, der starter med ordene: "Om 10 år er der ingen med interesse for sundhed, der vil røre mælkeprodukter" og til en kronik i Politiken fra 18. december 2008, der indleder med spørgsmålet: "Er det overhovedet sundt at drikke mælk? Holdes nødvendig viden tilbage af sundhedsmyndighederne? Af mejerierne?"

Ellen Strandgaard har selv levet mælkefrit i 3 år, efter Jane Plants anvisninger. Hun har ingen tegn på tilbagefald af sygdommen, men er klar over at hun er i risikogruppe for at få brystkræft igen, mælkefrit kost eller ej. Hun har kendskab til flere brystopererede kvinder, som har fulgt den mælkefrit kostplan, og som ikke har haft tilbagefald af sygdommen.

Redaktør Karen Buur

Palliativ fysioterapi til terminale kræftpatienter

Af palliativ fysioterapeut Karina Rosenløv-Løjtved

Hendes krop efterlod ingen tvivl om at hun var dødssyg. Et levende skelet var denne 50-årige kvinde. I ansigtet var huden trukket stramt over knoglerne og der var ikke en antydning af fedt eller muskler.

Øjnene var direkte og alvorlige, et varmt smil og en meget livlig tale og mimik, inviterede til spørgsmål omkring hendes behov og nuværende situation.

Jeg bemærkede spændingerne omkring kæbeleddene, når hun havde et smertegennembrud.

Manden sad i sengen ved siden af og de fortalte nu, at der ikke var mere at stille op behandlingsmæssigt. Han var rolig og supplerede hendes historie. Hans skuldre sad dog oppe under ørerne og han var rød på halsen og kinderne, han kunne også se smerterne hos hende, men hun skulle ikke have ekstra lindring af den grund sagde hun, da jeg spurgte om hvornår hun skulle have medicin næste gang.

Hun talte længe og i mindste detalje om sit forløb, om sine tanker før og nu.

Det skulle blive sådan alle vore sessions startede de kommende intense tre uger, med en indgående opdatering om kroppens smerter forandringer og følelser hendes forventninger til behandlingen denne dag.

Hun var et menneske der var vant til at have kontrol over hele sit liv, desuden styr på familien, huset, haven og sin egen krop selvfølgelig, indtil sygdommen kom, ondartet og intensiv i sit forløb.

Selvfølgelig var hun rystet som hun sad der ovenpå kræftlægens endelige kapitulation denne eftermiddag, men hun slap ikke styringen, der hvor hun havde en mulighed endnu for at tale med, der ville hun. Han ville støtte hende alt det han kunne, men mente nok hun fik i underkanten af smertestillende.

Der var ringet til mig fra det palliative team samme dag, om det kunne tænkes jeg kunne lindre denne meget forpinte kvinde, som kæmpede med bugspytkirtelkræft i sygdommens sidste fase. Den palliative sygeplejerske var meget indstillet på at hjælpe med lindrende behandling, hun følte sig i dette tilfælde en smule handlingslammet, for patienten her var selv højtuddannet og kvalificeret i forhold til medicin, der lå da også altid et medicinsk opslagsværk i sengen hos hende. Hun ville ikke have mere end højest nødvendigt af nogen form for medicin. Alle foreslåede medikamenter blev slået op og bivirkningerne studeret nøje.

De fleste blev der takket pænt nej tak til. De blev noteret og måske kunne det tænkes at senere kunne det komme på tale.

Det betød, at hun sad her med virkelig store smerter, det var hun fuldstændigt indforstået med. Hendes argumentation herfor var klar og krævede respekt. Hun ville gerne gøre intensivt brug af det palliative tilbud om støtte. Den Palliative Sygeplejerske var forbi ret ofte og hun var til at få fat på over telefonen. Medicinen blev løbende justeret efter nøje overvejelser. Sådan følte hun sig hørt og hun var tryk.

Hun ønskede sikre sig at hun var helt klar og vågen til det sidste.

Hun kiggede direkte på mig denne første dag og spurgte om jeg troede jeg kunne hjælpe hende, hun der end ikke kunne tåle at ligge i sengen mere end få timer ad gangen, knapt sidde op, vende sig, eller blive rørt ved uden smerter...

Hun ville også være helt sikker på at jeg ikke kunne sprede kræftcellerne så hun døde hurtigere med min behandling end uden, hun havde stadig ting der skulle ordnes med familien inden hun var klar til at tage af sted.

En hurtig opringning af ægtefællen til en onkologisk overlæge afkræftede dette. Hun kunne roligt tage imod lindrende massage.

Jeg er palliativ Fysioterapeut og arbejder i et lille nicheområde indenfor fysioterapien. Jeg kan sammen med palliative sygeplejersker, læger, præster og psykologer som fysioterapeut være med til at øge bredden i den lindrende indsats i hjemmet, med hele det team kommunen mobiliserer omkring patienten i hverdagen.



“Lindrende fysioterapi er helhedsorienteret i sin grundform og bestemmes af den aktuelle situation lige præcis den dag behandlingen skal gives.”

Behandlingen søges via lægen, til den terminale patient, på en § 122-bevilgning i kommunen. Fysioterapi i hjemmet kan ydes hvis det er fastslået at yderligere behandling er udsigtsløs og at prognosen er forventet kort levetid.

“Lindrende fysioterapi er helhedsorienteret i sin grundform og bestemmes af den aktuelle situation lige præcis den dag behandlingen skal gives.”

Den stiller ingen krav til patienten. Hos denne patient kunne det være et mål at forsøge at bryde den smertespiral der normalt ville kræve øget mediciner. Mange oplever uro og angst og bekymrer sig om fremtiden. Det kan sidde som spændinger i kroppen og mindske blod gennemstrømningen, det er ønskværdigt at lindre og afspænde denne fysiske tilstand, måske kan det give et bedre udbytte af medicinen. Nogle føler de får et pusterum under og efter behandlingen og føler et øget velvære og dermed måske mere livskvalitet, om det så blot er for een dag ad gangen. I hjemmet kan familien, hvis de vil eller orker, blive inddraget i behandlingen, det kan være rart at kunne gøre noget fysisk for sin pårørende i en svær situation.

Jeg havde god tid og det fik jeg brug for. Hun var meget på vagt overfor enhver bevægelse og berøring den første gang. Derefter overgav hun sig og jeg blev mødt med glæde på dørtærsklen af familien, for det lindrede i dette tilfælde, gudskelov.

Jeg arbejder med Massage, som er min kerneydelse, mine hænder er på patienten, næsten i al den tid jeg er hos patienten, også imens vi taler i starten inden selve behandlingen. Det

forventes af en fysioterapeut at vi rører og det er meget privilegeret, at vi har den indgangsvinkel til kroppen, som jeg oplever ofte fungerer udenom hovedet og det kan være fantastisk at gøre brug af de forskellige teknikker. Jeg bruger min intuition og lytter mig ind til de behov der opstår her og nu.

Den første gang blev en blid massageopdagelsesrejse over hele kroppen, med lun olie.

Hun blev lejret med puder mellem benene, under armene under nakken dækket til med lune tæpper så meget som muligt. Jeg selv fik repeteret hver en knogle og muskeltilhæftning på hele ryggen, for vi kommunikerede uafbrudt. Hun modtog ikke passiv behandling, hun var aktiv og ville vide alt. Jeg var meget opmærksom for “det er svært at regne ud, hvad sygdommen gør ved kroppen, hvordan spændingerne fordeler sig for hver eneste patient har sit eget smertemønster.” Jeg trak vejret i hendes rytme og mærkede at hun lå højcostalt, kom aldrig ned i maven, mine hænder var kogende var-

me, jeg ville så gerne lindre med mine strøg, lytte med fingerspidserne og løsne blidt. Hendes mave var spændt som hos en gravid i 7 måned., det var som et trommeskind at berøre hendes mellemgulv og hun var byldeø. Ingen tvivl om at hun havde litervis ascites, men hun turde ikke længere blive tømt ud, det var bare skruen uden ende mente hun. Jeg holdt hånden forskellige steder og hun prøvede at trække vejret ned i den udspilede bug, det var svært og i stedet kom hun med små suk. Nederste del af maveskindet var fuld af gul blå og lilla mærker, det var stik fra morgensygeplejersken der nænsomt fik givet et prik dagligt så hun ikke fik yderligere blodpropper i benene udover den ene hun havde fået ugen forinden. Hun syntes det var rart at blive strøget over maven og på skulderåget. Hun slappede af. Begge ben var væskefyldte. Hun havde fået taget mål til strømper, men hun ville under ingen omstændigheder have dem på mere.

Jeg listede rundt på kroppen, star-

“det er svært at regne ud, hvad sygdommen gør ved kroppen, hvordan spændingerne fordeler sig for hver eneste patient har sit eget smertemønster.”

tede små hvirvler i lymfepunkterne, ved halsen, lysken og cisternerne for at øge lymfegennemstrømningen i hele kroppen. Blide greb, lange strøg i den øverste del af huden. Når der kom uro i kroppen eller sitren holdt jeg i hvilepunkter under nakken eller holdt begge ben i blidt ved anklerne.

Hendes fødder havde føleforstyrrelser i forsålerne, men hun kunne lide at få massage.

Hun efterspurgte zoneterapi men var meget urolig for om det ville være for kraftigt. Hun fortalte om tidligere gode erfaringer med zoneterapi og akupunktur til andre lidelser førhen i livet.

Jeg kender gode punkter under fødderne og bruger dem sammen med andre punkter rundt omkring på kroppen. Jeg synes næsten altid det er relevant at give en god fod og ben massage af mange grunde, især til mennesker der ligger meget ned og har mistet fodfæstet en smule så at sige.

"Er der smerte, træthed, åndenød, obstipation eller kvalme er det naturligt for mig at gå blidt henover de zonepunkter under foden", for samtidig at lindre med f.eks. en mavemassage i tyktarmens forløb imens vi taler om hvornår medicinen er reguleret og hvilke tiltag der er gjort medicinsk for at hindre forstoppelse. Hvis fokus er på fordøjelsen kan indlæggelser måske undgås. På samme måde arbejder jeg omkring kredsløb og lymfepunkter under og ovenpå fødderne, hvis der er væskefyldte hævelser på kroppen, men det er ikke en hel zoneterapi man får af mig, jeg er ikke zoneterapeut. Det er en fodmassage der skal afspænde, øge cirkulationen, bedre jordforbindelsen

og stimulere fodsålernes nervepunkter jeg ved bare, hvor punkterne der kan målrettes forskellige organer siges at ligge. Jeg er vendt tilbage til zoneterapien gennem de seneste 30 år fordi jeg kan se det lindrer. I min værktøjs-

det tog lang tid hver gang, men det var utrolig rart for hende og en stor udveksling foregik mellem os i disse uger, jeg følte en stor meningsfuldhed i at lindre og i at opleve at det blev modtaget.

"Er der smerte, træthed, åndenød, obstipation eller kvalme er det naturligt for mig at gå blidt henover de zonepunkter under foden"...

kasse som fysioterapeut, ligger der mange massageteknikker og teorier om berøring og jeg bliver inspireret til at bruge dem hos patienterne, jo sværere de er at lindre jo mere kreativ må jeg være.

Jeg sluttede med ansigts og kæbemassage.

Roen var overvældende i værelset, det blev en magisk stund, hun overgav sig og var stille, så længe det varede... Vi aftalte at når jeg kom, skulle jeg høre hvordan det stod til. Derpå skulle jeg behandle i stilhed, så hun kunne følge fornemmelsen i kroppen og med sine suk slippe de steder hun mærkede spænding og ubehag. Det blev vores arbejds måde fremover.

Jeg var der fire gange om ugen og

Smerterne tog til. Hun ville helst være hjemme i den sidste tid, men jeg hørte også, at hun ikke var helt sikker på om familien magtede det, hvis hun blev meget plejekrævende. De ville helst ikke have for mange i huset.

Hun kunne måske have gavn af et medicinsk justeringsophold på hospice tænkte jeg, hvis smerterne accelererede. Hun ville ikke have mere medicin end den palliative sygeplejerske nemt kunne justere mente hun, men hun ville dog gerne tale med dem på hospice og så var papirarbejdet ordnet, hvis det blev aktuelt.

Jeg fortalte om mit kendskab til en læge der tog ud i hjemmet og lindrede med akupunktur til kræftpatienter, var det mon noget?

Mens han fik massage fik vi talt om hvor fantastisk hun klarede den og hvor hårdt det samtidig var, hvornår lidelserne dog fik ende og hvor længe de ville kunne klare den herhjemme.

Det var det og næste dag havde hun været der og det var gået godt.

Nu fik hun igen lidt kontrol over smerter og kvalme og træthed, uden at medicinen blev sat særlig meget op.

Nætterne var frygtelige – for hende og sandelig også for manden.

Hun kunne ikke finde hvile. Den velvillige kommune havde forsøgt med alle deres specialmadrasser, men den bedste var alligevel deres egen i elevationssengen. Hun skulle have mandens hjælp til at justere puder og stillinger hver anden time natten igennem.

Hun havde en viljestyrke udover det sædvanlige. Hun skulle i bad hver dag, det klarede hun selv til sidste stund. Totalt udmattet var hun, når jeg kom.

Hun ville spise lidt hver dag, for at holde sig i live, trods kvalme, det gjorde hun – og beskrev ofte de lækre ting vennerne medbragte. Jeg tror kun det blev til bittesmå nip.

Hun ville gerne have nære venner på besøg, hun opdagede ikke timerne gik, hun sad og sov mens der blev talt og hygget med familien i sofaen, for op skulle hun; vågnede indimellem med en replik, der fortalte de andre at hun var med.

Det lykkedes hende at klare alle disse ønsker lige til den sidste dag. Hun havde selvironi og humor og hendes hørelse var bedre end kattens.

De skulle ikke prøve at gå ud og tale et andet sted i huset.

Manden fik sovet nogle gange i løbet af dagen og de sidste to uger før hun

døde havde jeg lokket ham til at modtage lidt massage, når hun skulle sove efter behandlingen, så også han kunne holde til disse svære dage.

Det var hårdt tiltrængt, han kunne ikke tillade sig at gå i byen og få fysisk hjælp, han havde ikke lyst til at forlade hende et sekund, jeg synes det er naturligt at støtte hele familien i den situation, når de står overfor at skulle klare den sidste svære tid. Det kan være deres kræfter der er afgørende for om ægtefællen kan forblive i hjemmet. Det betyder meget at man kan efterkomme en døendes ønske om at blive i eget hjem. Mens han fik massage fik vi talt om hvor fantastisk hun klarede den og hvor hårdt det samtidig var, hvornår lidelserne dog fik ende og hvor længe de ville kunne klare den herhjemme.

Det gik ned ad bakke og pludselig var der ikke livskvalitet i samme grad som bare en uge før, hun blev sprød af alle de smerter og sagde til mig:

"Jeg er begyndt at sige noget vrøvl og være uklar, smerterne er ved at være uudholdelige, kvalmen bølger, trætheden er overvældende jeg har ikke mere livskvalitet nu, det er som om intet hjælper mere, jeg vil ikke mere nu, er det ikke ok at jeg slipper?" Hun græd. "Det her er for hårdt for familien. Tror du jeg skal på hospice nu og få fred?"

Jeg var nødt til at være modig nu, jeg syntes hun var for syg til at skulle flytte på hospice nu, tiden var i mine øjne forpasset – og jeg fik sagt det:

"Det bliver for hårdt for dig og for familien hvis du skal flyttes, og på

hospice kommer du måske ikke til at nyde godt af deres gode tilbud, flytningen vil være en stor fysisk smerte og omvæltningen vil forkorte dit liv, måske."

Jeg synes også jeg skal støtte hende på dette tidspunkt i hendes og familiens store ønske om at hun må blive i hjemmet og de skal klare det selv og det skal blive så fredfyldt som muligt. Hun kiggede intenst på mig med sine store øjne: "Jamen kan de klare det her nu familien?" sagde hun og jeg mente nok at det kunne de. De havde uendelig meget kærlighed og omsorg for hende og de turde være vidne til hendes smerte, de var samtidig fysisk stærke. Med støtte fra hjemmeplejen, lægen og Det Palliative Team ville det gå. Måske skulle hun give en smule slip og få lidt mere lindring til allersidst... Manden kom ind med tårerne løbende, han havde hørt det hele, han var enig, hun skulle ikke flyttes, nu kom en vigtig tid; at få taget afsked og få rundet af. Hun så lettet og taknemmeligt på ham. Hun ønskede allermost at være hjemme, men testede lige og ønskede ikke at blive til besvær. De to græd sammen, jeg lod mine egne tårer trille, imens jeg listede ud i køkkenet og lavede et opkald.

Jeg ringede til den palliative sygeplejerske, det var fredag eftermiddag, hun foranledigede effektivt at en sommerfugl blev lagt i hendes lår, i fald hun ikke kunne synke sin medicin henover weekenden, hun spiste ikke længere mad men drak lidt; ny medicin til injektion blev bestil og lagt i køleskab hos familien og hun lod sin telefon være åben i weekenden.

"Jeg sagde farvel, det gør jeg altid efter hver eneste behandling, men her bad jeg en stille indvendig bøn, mens jeg sad med hende i hånden, bad om at hun ville få en fredelig overgang". Hun havde set en præst i huset ugen for inden og havde valgt gravsted og alt var der taget hånd om, så det blev som hun synes og så de ikke skulle have besvær med at gætte hvad hun ville synes om.

Lørdagen gik, jeg modtog en sms, der sagde, alt er fredeligt her.

Lægen har lige givet akupunktur.

Søndag kom, hun døde med mand og børn om sig, efter at hun havde været oppe en sidste gang. Hun lå med et smil på læben og sagde til dem at hun da godt var klar over at hun talte helt sort nu!! Så sukkede hun stille og blev helt rolig.

Hun havde styret sit medicinindtag til det sidste, men det var en god ting at vide for alle parter at der lå ekstra medicin klar i huset indenfor rækkevidde. Datteren havde givet fod massage og det nød hun meget, måske har det været med til at aflede smerten og kvalmen, det var godt for dem begge. Behøver jeg at nævne at familien følte sig forløste og lettede og midt i sorgen uendelig opløftede over at de havde magtet at imødekomme hendes ønsker?

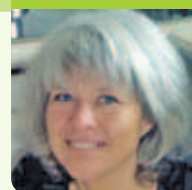
Det er ikke altid det lykkes sådan at få alting til at spille sammen, det er meningsfyldt at medvirke til lindring i hjemmehospiceregi, især når det hele lykkes til sidst, man kan blot aldrig vide noget helt sikkert på forhånd.

Ikke to mennesker er ens eller går døden i møde på samme måde, det er en virkelig god ide at lytte ind til patienterne og at samarbejde tværfagligt.

Jeg har haft kontakt med familien to gange siden og er overbevist om at det har hjulpet dem i den sorg de nu skal bearbejde og bære med sig, at de har nemmere ved det på alle måder, fordi der slutningen på hendes liv, blev som hun havde håbet på... når det nu ikke kunne være anderledes end at hun skulle fra dem i utide.

"Jeg sagde farvel, det gør jeg altid efter hver eneste behandling, men her bad jeg en stille indvendig bøn, mens jeg sad med hende i hånden, bad om at hun ville få en fredelig overgang"

Karina Rosenløv-Løytved



- Født 1960. Gift og mor til 3 børn.
- Uddannet fysioterapeut i 1985.
- Nuværende interesseområde og speciale er palliation/lindrende fysioterapi.
- Har siden 1999 arbejdet med smertehåndtering og lindring af alvorligt syge mennesker, der har fået stillet en kræftdiagnose.

Erfaringer fra:

- Sankt Lukas Hospice i Hellerup
- Juliane Marie Centerets børnekræftafdeling Rigshospitalet samt fra egen praksis som Mobil Palliativ Fysioterapeut i Frederiksborg Amt, Nordsjælland.

Tidligere:

- 12 års erfaring som privat praktiserende fysioterapeut og grundlægger af Nørreport Fysioterapi & træningscenter, KBH.
- Flere års erfaring med specialfysioterapi til psykomotorisk handicappede børn i specialbørnehave regi.
- Videreuddannelse indenfor ledelse og kommunikation samt integreret dynamisk psykoterapi.
- Løbende kurser indenfor fysioterapeutiske kerneydelser, samt indenfor alternativ holistisk behandling gennem 25 år.
- Interessefelter her og nu.: etik, teologi, psykologi.

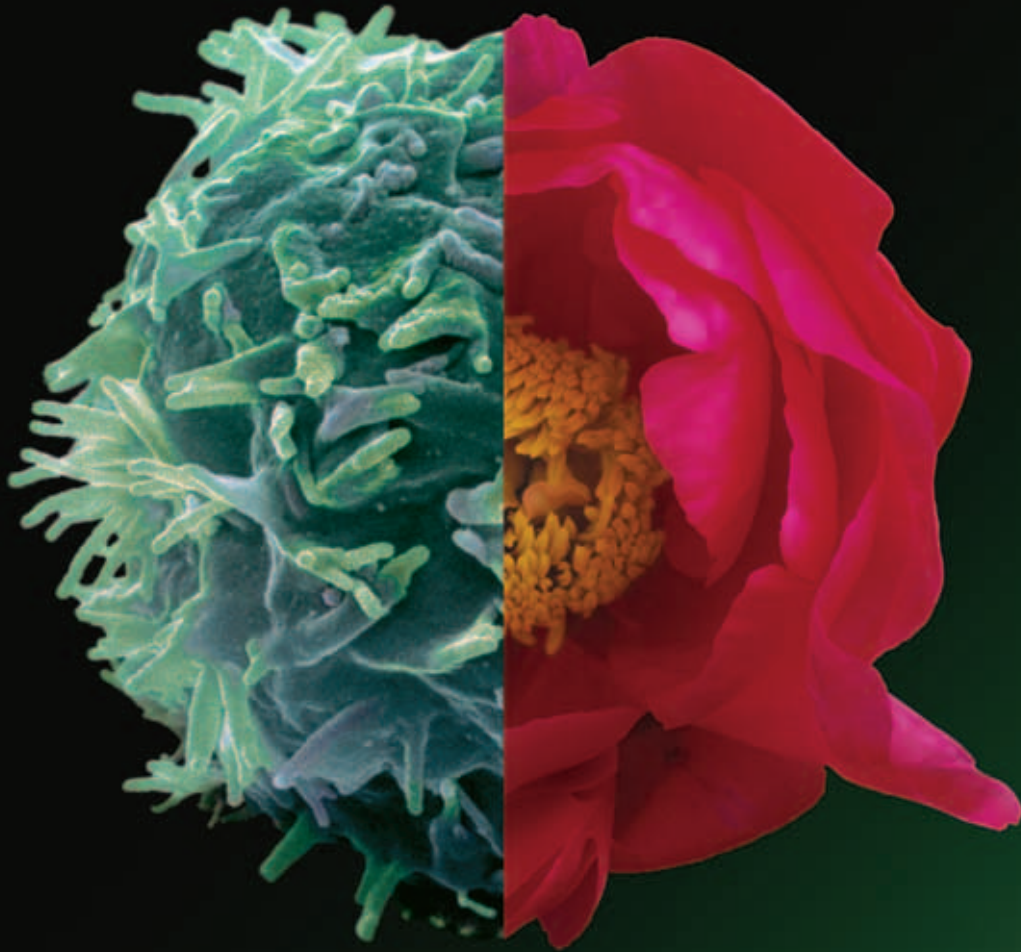
Overskud til mere

NYHED Resource® addera plus er en klar og energirig ernæringsdrik, baseret på naturlig frugtjuice. Resource addera plus er lækende og meget letdrikkelige og derfor perfekt som måltidsdrik eller som mellemmåltid. Med sit høje proteinindhold (højere end mælk) bidrager Resource addera plus til en effektiv genopbygning af kroppen, samtidig med at den giver ekstra energi og næring. Lyst og overskud til mere – ganske enkelt.



Enhancing the quality of life

www.nestlenutrition.dk



Receptorhæmning inden i kræftcellen giver håb om liv udenfor^{1,2}

Tyverb® plus capecitabine er godkendt til behandling af ErbB2 (HER2)-positiv avanceret eller metastatisk brystkræft. Patienterne skal have progredierende sygdom efter tidligere behandling med anthracyklin, taxan og trastuzumab. Trastuzumab skal være givet for metastatisk sygdom.



Tyverb® (lapatinib)

Indikation: Tyverb, i kombination med capecitabin, er indiceret til behandling af patienter med avanceret eller metastatisk brystkræft, hvis tumorer har overekspression af ErbB2 (HER2). Patienterne skal have progredierende sygdom efter tidligere behandling med anthracyklin, taxan og trastuzumab. Trastuzumab skal være givet for metastatisk sygdom. **Dosering:** Lapatinib tages i kombination med capecitabin. Den anbefalede dosis af lapatinib er 1250 mg (fem tabletter) en gang daglig. Lapatinib bør tages enten mindst en time før eller en time efter et måltid. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler:** Lapatinib har været associeret med rapporter om fald i venstre ventrikels udrydningsfraktion (LVEF) og der skal udvises forsigtighed, hvis lapatinib gives til patienter med tilstande, der kan hæmme venstre ventrikels funktion. LVEF skal evalueres hos alle patienter før initiering af behandling med lapatinib og bør evalueres, så længe der behandles med lapatinib. Patienterne bør monitoreres for pulmonal toksicitet. Der skal udvises forsigtighed hos patienter med moderat eller svært nedsat leverfunktion eller med svært nedsat nyrefunktion. Der er rapporteret om diarre inkl. svær diarre ved behandling med lapatinib. Pro-aktiv behandling af diarre med obstopantia er vigtigt. Svære tilfælde af diarre kan nødvendiggøre indgift af perorale eller intravenøse elektrolytter og væsker, og afbrydelse eller seponering af lapatinib-behandlingen. **Interaktioner:** Den systemiske optagelse af lapatinib øges ved indgift samtidig med stærke inhibitorer af CYP3A4 (fx ritonavir, saquinavir, telithromycin, ketoconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol, nefazodin), og samtidig indgift bør undgås. Indgift af lapatinib samtidig med moderate inhibitorer af CYP3A4 bør ske med forsigtighed, og kliniske bivirkninger bør monitoreres omhyggeligt. Den systemiske optagelse af lapatinib falder ved indgift samtidig med induktorer af CYP3A4 (fx rifampicin, rifabutin, carbamazepin, phenytoin eller perikum), og samtidig indgift bør undgås. Inhibitorer og induktorer af transportproteinerne Pgp og BCRP (henholdsvis fx ketoconazol, itraconazol, quinidin, verapamil, cidosporin, erythromycin og rifampin, peri-

kum) kan ændre optagelsen og/eller fordelingen af lapatinib. Samtidig behandling med stoffer, der øger gastrisk pH, bør undgås, idet opløseligheden og absorptionen af lapatinib kan reduceres. Lapatinib hæmmer CYP3A4 og CYP2C8, og samtidig administration af lapatinib med lægemidler, der har et smalt terapeutisk vindue, og som er substrater for CYP3A4 (fx cisaprid, pimozid og quinidin) eller CYP2C8 (fx repaglinid) frarådes. Hvis lapatinib gives i kombination med paclitaxel kan svær neutropeni indtræffe sammen med diarre. Lapatinib hæmmer transportproteinerne Pgp, BCRP og OATP1B1 in vitro. Grapefrugtjuice kan øge biotilgængeligheden af lapatinib og bør ikke indtages under behandling med lapatinib. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes. **Bivirkninger:** Følgende bivirkninger er rapporteret for lapatinib alene eller for lapatinib i kombination med capecitabin. Meget almindelig: Diarre, som kan medføre dehydrering, kvalme, opkastning, udslæt (herunder dermatitis acneiform), anoreksi, træthed, dyspepsi, tør hud, stomatitis, forstoppelse, abdominalsmerter, palmo-plantar erytrodysestesi, smerter i ekstremiteterne, rygmerter, slimhindeinflammation, søvnløshed. Almindelig: Nedsat udrydningsfraktion fra venstre ventrikel, hovedpine. Ikke almindelig: Interstitiel lungesygdom/pneumonitis. **Udlevering:** BEGR.

Pakninger og priser (dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk)

Vnr 07 43 15 Filmovertrukne tabletter 250 mg, 70 stk. 9.090,48 kr. AIP, 12.246,45 kr. AUP. Fuldt produktresumé fås hos GlaxoSmithKline Pharma A/S, Nykær 68, 2605 Brøndby, tlf. 36 35 91 00. November 2008.

Referencer:

1. Bartsch R, Wenzel C, Zielinski CC et Steger GG. Biodrugs 2007;21(2):69-77.
2. Tyverb, Godkendt produktresumé, 2007. Tilgængeligt på <http://emea.europa.eu>

Nyt projekt for lymfødempatienter:

Kinesiotapes effekt på lymfødem efter operation for livmoderhalskræft

Af sygeplejerskerne

Birgitte Rauff Mouritsen og Berit Vedel Kjærgård
og social og sundhedsassistent Gurli Nielsen

Introduktion

"Kan kinesiotape bruges til kvinder, der har fået lymfødem efter operation for livmoderhalskræft?"

Dette spørgsmål stillede vi os selv efter at vi havde set kinesiotapens virkning i praksis og været på kursus i applikationsteknikken. Der forligger endnu ingen videnskabelige undersøgelser af kinesiotape. Vi satte os for at undersøge dette.

Baggrund

På gynækologisk obstetrisk afdeling Y5, Århus Universitetshospital Skejby, som har landsdelsfunktion i behandling af gynækologiske cancerformer, manglende vi supplerende tilbud til kvinder med lymfødem i underekstremiteterne.

I 2006 fik vi på et palliationskursus på Hospice Fyn kendskab til at kinesiotape bruges til palliative patienter med lymfødem. På det tidspunkt havde vi en kvinde i afdelingen til palliativ pleje og behandling. Kvinden var voldsomt

plaget af lymfødem i underekstremiteterne, der indskrænkede hendes bevægelighed. Efter at have drøftet problemstillingen i det tværfaglige team og indhentet patientens tilladelse tog vi kontakt til forhandleren m.h.p. hjælp og vejledning med at lægge kinesiotape på. Patienten responderede godt på behandlingen. Omfangsmål af benene mindske­des med flere centimeter og patienten fik bedre bevægelighed. Patienten fik i det følgende døgn lungestase og blev behandlet for dette. Vi havde overvejet om dette kunne ske, men blev overrasket over at det faktisk skete.

Efterfølgende tog vi flere kinesiotapekurser (se sidst i artiklen) og ud fra denne viden begyndte vi at tape. Opbakningen fra lægerne var stor, og de begyndte at henvise patienter til os med lymfødemproblematikker.

Vi fik bl.a. henvist en kvinde, der tre år tidligere var opereret for vulvacancer med efterfølgende strålebehandling. Patientens gener efter behandlingen var hævelse i genitalia og smerter strækkende op under kuverturen, som hun skulle videreundersøges for. Hun havde svært ved at sidde oprejst, cykle og havde ikke mulighed for intimt samliv.



Under supervision af underviseren fra kinesiotepekurset planlagde vi en applikationsteknik. Vi tapede patienten en gang ugentlig i fem uger. Patienten oplevede meget hurtigt bedring: hævelse og smerter aftog hurtigt. Efter et par dage kunne hun sidde normalt og hun kunne cykle efter et par uger. Samlivet kunne genoptages efter 4 uger. Smerterne i mellemgulvet forsvandt og patienten har ikke haft brug for nærmere udredning siden.

På denne baggrund besluttede vi os for at lave en systematisk undersøgelse af kinesiotes virkning på lymfødeme¹.

Hvad er kinesiotepe?

Kinesiotepe er udviklet af en japansk kiropraktor og kinesiolog, Dr. Kenso Kase, i 1973, hvor målet var at udnytte kroppens naturlige helingsprocesser 24 timer i døgnet. Tapen er lavet i bomuld med akrylbelægning og vævet i bølger. Den er specielt rettet mod hud og muskulatur og understøtter bevægeligheden i muskulaturen. Den virker ved efter påsætning ud fra fastlagte principper i forhold til led- og muskelstilling, at danne rynker i det tapede område. Herved stimuleres og aktiveres både lymfesystemet²,

det endogene analgetiske system og muskel- og ledfunktionen. Tapen ligger på huden 4-6 dage ad gangen op til ca. gange efterfulgt af individuelle pauser. Den kan kombineres med andre behandlinger som f.eks. kompression og massage.

Metode

En norsk undersøgelse³ beskriver, at 14 % af de kvinder, der er opereret for cervix cancer er meget generet af lymfødeme og denne type operationer foretages på vores afdeling.

Kvinderne, der er opereret for livmoderhalskræft og som ikke har fået efterbehandling i form af stråle- eller kemoterapi, går til kontrol i afdelingens ambulatorie: det første år hver tredje måned, derefter hvert halve år og én gang årligt de sidste to år. I alt fem år.

Undersøgelsen omfatter 45 kvinder, der er opereret for cervixcancer stadie 1b. eller 2a. indenfor de sidste fem år, som ikke har fået efterfølgende stråle- eller kemoterapi og som har grad et lymfødeme af benene d.v.s. ødemet er reversibelt og svinder natten over eller ved elevation.

>

1. Flølo, Voetelink Aline. Specialfysioterapeut v. St. Olavs Hospital. "Lymfe og lymfødeme, hva er det?" Nordisk Konferanse om Kvinner og gynekologisk Kræft. P 1
2. Terence J. Ryan. The International Journal of Lower Extremity Wounds 2002;1;" Risk Factors for the Swollen Ankle and Their Management at Low Cost; Not Forgetting Lymphedema" p203
3. Bergmark, Karin m.fl. Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica 2002;81;"Patient-rating of distressful symptoms after treatment for early cervical cancer"p.443-449

Kurser i kinesiotalping som projektgruppen har deltaget i:

- En dags kursus ved kinesiotalpeinstruktør, ergoterapeut Karin K. Rønhøj, feb. 2007 (Berit Kjærgård, Birgitte Rauff Mouritsen, Gurli Nielsen)
- En dags kursus i lymfødembtaping ved lymfødembtapeut Clara Feenstra april 2008 (Berit Kjærgård, Birgitte Rauff Mouritsen, Gurli Nielsen)
- To dages basiskursus ved kinesiotalpeinstruktør og fysioterapeut Christian Seest (Berit Kjærgård og Gurli Nielsen) september 2007
- To dages basiskursus i kinesiotalping ved fysioterapeut Konstantinos Diamantopoulos, Grækenland (Birgitte Rauff Mouritsen) juni 2007
- To dages udvidet kursus i kinesiotalping ved fysioterapeut Konstantinos Diamantopoulos, Grækenland (Birgitte Rauff Mouritsen) maj 2008

Kvinderne må ikke have problemer med kredsløbet, skrøbelig hud eller haft gener i benene før.

Vi startede projektet 1 februar 2008 og det forventes afsluttet i slutningen af 2010. Projektet varetages udelukkende af 2 sygeplejersker og 1 So.Su. assistent, som alle er udlærte i kinesiotalpebehandling.

Deltagerne i projektet er opdelt i henholdsvis en interventions og en kontrolgruppe. I interventionsgruppen får deltagerne kinesiotalpe lagt på efter specielle principper, der skiftes en gang ugentlig i i alt 5 uger. Benene måles på specifikke steder og deltagerne udfylder for hver gang et VAS skema for uro, tyngdefornemmelse, hævelse og smerte i benene. BMI ved første og sidste undersøgelse samt fotos af benene med kinesiotalpe ved hver besøg. Udvidet spørgeskema ved første og sidste besøg i afd. I kontrolgruppen følges deltagerne ved 2 årlige vanlige kontroller i afdelingen i forbindelse med deres operation. De får målt BMI og målt benene og udfylder et udvidet skema begge gange, som ved interventionsgruppens første og sidste besøg.

Projektet er godkendt af Region Midtjyllands videnskabsetiske komite og superviseres af en overlæge og forskningssygeplejerske fra afdelingen.

Foreløbige resultater

Ved interview forud for undersøgelsen viste det sig, at mange af kvinderne var meget generet af det lette stadie et lymfødemb d.v.s. hævelse, uro, tyngde og smerter i benene. Det begrænser dem i hverdagen og en del kvinder ser det som prisen for at blive rask.

Vores foreløbige resultater af undersøgelsen er lovende. Besvarelsene af spørgeskemaerne viser, at deltagerne subjektive gener i benene er aftagende.

Perspektivering

Såfremt vi kan dokumentere en positiv effekt af behandlingen, vil vi implementere denne praksis i afdelingen og oplære pårørende i at lægge det på. Hjælp til selvhjælp!

Kvinderne kan bruge det som et supplement til anden lymfødembtreatment (lymfødembmassage, kompression, selvdrainage³ m.v.) så de får flere valgmuligheder i behandlingen af lymfødemb⁴.

Projektet er også med til at sætte fokus på problemet og synliggøre det. Herved kan vi på et tidligere stadie måske medvirke til at forebygge at et lymfødemb udvikler sig til sværere stadier⁵.

På nuværende tidspunkt kan vi ikke sige, hvor lange perioder kvinderne skal bruge tapen og hvor lange pauser de kan holde fremover. Dette må kvinderne individuelt vurdere.

Vi vil gerne tilbyde kvinder fra landets andre regioner at deltage i projektet såfremt de opfylder inklusionskriterierne. Vi kommer gerne ud og fortæller herom.

Projektet er støttet af firmaet Sportspharma. Sportspharma yder også kørselsgodtgørelse i form af 1,78 kr. pr. km. til alle deltagere i projektet.

3. Bergmark, Karin m.fl. Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica 2002;81;"Patient-rating of distressful symptoms after treatment for early cervical cancer" p.443-449

4. Nielsen, Solveig. DALYFO. Bestyrelsens beretning til DALYFOs generalforsamling d. 25/3 2007 s. 3

5. Holt, Marianne. Fysioterapeuters Faggruppe for Lymfødembtreatment. Feb. 2005 Anatomi/Fysiologi s. 6-8,10



**For yderligere oplysninger,
kontakt:**



*Birgitte Rauff Mouritsen,
Træffes ikke før 18 juni
Projektleder, sygeplejerske,
Gynækologisk Obstetrisk afdeling Y5,
Århus Universitetshospital, Skejby
E-mail: birgmour@rm.dk*



*Berit Vedel Kjærgård
Sygeplejerske,
Gynækologisk Obstetrisk afdeling Y5,
Århus Universitetshospital Skejby
E-mail: beritmvk@hotmail.com*



*Gurli Nielsen
Social-og sundhedsassistent,
Gynækologisk Obstetrisk afdeling Y5,
Århus Universitetshospital Skejby
E-mail: gurlniel@rm.dk*

Kræftsyg og sund

Af palliativ sygeplejerske og redaktør Karen Buur

Det følgende er udpluk fra problemstillingen, empirien og perspektiveringen fra opgaven, der i sin helhed fylder 12 sider.

Opgave på obligatorisk modul på diplomuddannelsen, "klinisk undervisning og sundhedsformidling" februar 2008.

Problemstilling

I mit arbejde som sygeplejerske i Det Palliative Team, arbejder jeg med uhelbredeligt syge kræftpatienter og deres pårørende. I teamet møder vi patienterne, når helbredende behandling ikke længere er mulig og de ofte, men ikke altid, er afsluttet fra behandlende afdeling og hospital. Vi arbejder efter WHO's¹ definition på palliation: "Palliation er den aktive helhedsomsorg for patienten i en fase af en livstruende sygdom, hvor de sygdomsspecifikke behandlingstilbud er opbrugte og hvor symptomkontrol og kontrol af psykologiske, sociale og åndelige problemer er de mest essentielle for patienten". Som vi i teamet fortolker dette: "Den palliative behandling og omsorg er en indsats, som skal opretholde eller forbedre livskvaliteten for mennesker og deres familier, som lever med en livstruende sygdom" Et af vores funktionsområder er at: "Tilbyde støttefunktion for at patienten kan leve så aktivt som muligt indtil døden."² Vi arbejder altså ud fra begreber som livskvalitet, at leve så aktivt som muligt og kontrol af psykologiske, sociale og åndelige problemer.

Når jeg læser i litteratur som f.eks. "Palliasion" (Stiner Kårså), og "Palliation" (Per Sjøgren med flere)... er det oftest begrebet patient og sygdom, der bruges; f.eks. "Den uhelbredeligt syge kræftpatient". Når jeg og mine kolleger beskriver vores funktion for enten patienter, pårørende, eller sundhedspersonale, gør vi det samme. Altså fokuserer på det syge og på patientbegrebet. I samme litteratur støder jeg ofte på begrebet "livskvalitet", men jeg møder ikke ord, som handlekraft. Søger jeg på ord som kræftpatient og livskvalitet på Google, får jeg et utal af dokumenter, der alle siger noget om hvad der antages eller beviseligt giver bedre livskvalitet til kræftpatienter. Søger jeg derimod på sundhed og kræftpatienter, får jeg ganske vist mange resultater, men kun ganske få, der tager begrebet sundhed ind i forhold til kræftpatienter. Når jeg i arbejdsrelateret sammenhæng mødes med kollegaer (f.eks. Kræftens Bekæmpelse, onkologisk afdeling, palliativ afdeling, diverse konferencer), er det ligeledes ord som sygdom, patient, livskvalitet og aldrig begrebet sund, jeg støder på.

1 Sundhedsstyrelsens definition 2002

2 Præsentation af det palliative team, powerpoint, Hillerød Hospitals netværk, medicinsk enhed I

Når jeg læser om "det åbne sundhedsbegreb" som f.eks. beskrevet af Steen Wackerhausen (2000) og BB Jensen (2000), får jeg den tanke, at begreberne sundhed og handlekraft måske kunne berige vores arbejde med mennesker med kræft til en for dem mere positiv tilgang til det liv, de har tilbage.

I relation til ovenstående, vil jeg i det følgende beskrive nogle eksempler på de situationer, jeg oplever i praksis, hvor jeg mener begreber som syg, patientrolle, identitet og livskvalitet er implicit, når mennesker med en kræftsygdom ikke længere kan gøre sig håb om helbredelse og skal prøve at acceptere, at de må leve med sygdommen resten af livet:

Nogle mennesker giver sig helt hen i sygerollen og lader de pårørende tage over, kan ikke tage stilling til noget og lader den pårørende påtage sig ansvaret for deres velbefindende. Jeg har oplevet mennesker som fra den dag, de fik at vide, at deres sygdom var uhelbredelig, lagde sig i sengen for at vente på døden. De pårørende, som naturligt føler med deres kære, oplever jeg ofte påtage sig rollen som sygepassere, idet de forestiller sig at det drejer sig om kort tid og at tilstanden hurtigt forværres. Det gør den imidlertid ikke altid, ofte vil tilstanden bedres et stykke tid efter endt behandling og det kan paradoksalt nok give anledning til store problemer i familiedynamikken. Patienter og pårørende fortæller, at de ikke aner hvad de skal stille op med den tid, de på en eller anden måde får foræret, samtidig med sorgen over at have fået frataget håbet om og muligheden for at leve et normalt langt liv med hinanden.

Jeg hører andre patienter beskrive, at de føler sig syge og alligevel ikke, de føler omgivelserne opfatter dem som syge, at der skal tages hensyn til dem og at de ikke må belemres med dagligdags problemstillinger, da intet jo kan måle sig med det at skulle forholde sig til at være uhelbredeligt syg.

Fælles for mange af disse patienter, som jeg hører det, er deres opfattelse af at have svært ved at udfylde den rolle i familien, de havde hidtil. De oplever det som et hårdt angreb på deres identitet som f.eks. forælder, ægtefælle, ven og i det hele taget deres værd som borger i samfundet. Patienterne fortæller, at de oplever deres livskvalitet væsentligt forringet. Min oplevelse i samtale med mange kræftpatienter er, at begrebet sund efter manges opfattelse er uforeneligt med begreberne kræft og syg.

Der er mange områder, man kunne undersøge jævnfør ovenstående; f.eks. identitet, menneskesyn, mestring, roller – alt sammen sat i relation til det kræftsyrge menneske. Der er mange etiske aspekter og synsvinkler, som kunne være spændende at arbejde med. F.eks. det etiske aspekt i forhold til om jeg overhovedet kan tillade mig at tale med uhelbredeligt syge kræftpatienter om sundhed. Jeg har valgt at se på begreberne sundhed og sygdom sat i relation til mennesker, som skal leve deres oftest meget forkortede liv med en livstruende kræftsygdom. Som

tidligere nævnt, er det min opfattelse, at lige netop denne relation eller sammenhæng, ikke er at finde i litteraturen omkring hverken palliation eller sundheds og sygdomsopfattelse. Hvilken betydning kan menneskers sygdoms og sundhedsopfattelse have i forhold til at skulle leve med visheden om uhelbredelig sygdom og uvisheden om hvor længe der er igen. At leve på lånt tid, som nogen beskriver det. Kan man være alvorligt syg og alligevel opleve eller opnå følelsen af en hvis grad af sundhed? Kan det påvirke patientens handlekraft i positiv retning?

Empiri

Det følgende er en case, der til dels ligger til grund for problemstillingen, som jeg opfatter den. Jeg har oplevet problematikken i mange andre situationer, men denne case synes jeg beskriver den særlig godt og præcist. Af samme grund, har jeg valgt at bruge netop en case som min empiri. Det gør problemstillingen konkret og, synes jeg, gør det enklere at analysere i forhold til de teoretikere, jeg har valgt at bruge.

Case: Patienten, som jeg i det følgende vil kalde Per, er en 71-årig mand med uhelbredelig nyrecancer. Sygdommen blev opdaget for ca. 2 år siden og der har siden været perioder med opblussen af sygdommen. I sommeren 2007 opdagede man spredning af sygdommen og den helbredende behandling ophørte. På det tidspunkt var Per meget påvirket fysisk og psykisk af sygdommen og man skønnede, at der ikke var lang tid igen. Han fortæller, at han har været storryger hele sit liv, levet et stresset liv med stor arbejdsbelastning og aldrig har været meget for at motionere, bl.a. fordi han ikke har haft tid. Selv om han nu oplevede en bedring i tilstanden, var han fortsat meget træt og måtte hvile sig mange gange om dagen. Han fik smertestillende medicin, som også forøgede trætheden. Per kom sjældent udenfor, da han var nødt til at bevæge sig med rollator.

På det tidspunkt hvor jeg kom ind i billedet, var Per i begyndende bedring. Han oplevede færre smerter, kunne begynde at gå omkring med rollator og var begyndt at tage på i vægt, selv om appetitten stadig var ringe. Alligevel gav det anledning til frustration hos både manden selv og hans pårørende. Han beskrev for mig, at han selvfølgelig var taknemmelig for at have fået lidt mere tid og glad for at have fået det bedre, men at han havde svært ved at finde sin rolle i familien og også følte, at både ægtefælle og datter havde svært ved at håndtere, at han nu alligevel ikke skulle dø lige med det samme. Per havde fornemmelsen af, at de ikke rigtig vidste hvordan de skulle forholde sig til ham. Per følte han havde svært ved at få sin datter i tale, hun virkede oftest indelukket og svarede kun med enstavelsesord over for sin far, hvilket han oplevede som helt nyt i forholdet.

Per beskrev for mig, at han følte sig som en gammel syg mand og også oplevet som sådan af sin kone og datter. De kunne aldrig planlægge aktiviteter sammen, da han aldrig kunne vide, om han var frisk nok til det, hvilket ifølge Per gav anledning til den ene skuffelse efter den anden, for datteren og også for ham selv. Han følte sig uden for deres fællesskab og blev ikke involveret i dagligdags problemstillinger, som f.eks. skole og lektier etc. Per følte sig som en, der bare var der og som ikke rigtig var medinddraget i familielivet på samme måde som før. Han måtte opgive sit arbejde, som havde været familiens hovedindkomst og en meget stor og tidskrævende del af hans liv. Som en følge af det, var familiens økonomiske situation væsentligt forringet.

Han udtrykte stor tristhed over, at vennekredsen var skrumpet ind, bla. fordi han havde svært ved at komme af sted (måtte opgive at have bil, da han på grund af sygdommen måtte holde op med at arbejde og dermed ikke havde råd) og ikke følte han havde særlig meget at byde på. "han var jo syg og oplevede ikke andet, end besøg af hjemmesygeplejerske og mig", som han selv beskrev det. Han følte sig begrænset i sine muligheder for at handle selv. Han oplevede egentlig fremgang i sin fysiske tilstand, men uden rigtig at kunne glæde sig over den, fordi, som han beskrev det, jo var alvorligt syg, og skulle dø snart under alle omstændigheder.

I analysen kom jeg ind på følgende områder:

- Den moraliserende sundhedsopfattelse (BB Jensen, 2002)
- Fundamentalistisk sundheds opfattelse (Wackerhausen, 2002)
- Subjektiv sundheds og sygdomsopfattelse (Birkler, 2003)
- Det åbne sundhedsbegreb (BB Jensen 2002, Wackerhausen, 2002, Birkler 2003)
- Handlekraft (BB Jensen, Wackerhausen, 2002)
- Mål (Wackerhausen, 2002)

Perspektivering

Inden jeg begyndte at undersøge sundhed og handlekraft i forhold til mennesker i den palliative fase i denne opgave, havde jeg egentlig ikke tænkt decideret sundhed og handlekraft i mit arbejde. Måske arbejdede jeg ubevidst med begreberne og måske gør mange mennesker inden for mit område det samme, uden at gøre sig bevidst, hvad de gør. Jeg forestiller mig, at jeg med min nye forståelse af begreberne sundhed og handlekraft, kan være med til at udbrede begreberne inden for mit arbejdsfelt og dermed skabe debat og diskussion: I Det Palliative Team bliver vi ofte brugt som undervisere, dels i primær sektor og meget ofte i sekundær sektor. Endvidere præsenterer vi vores arbejdsfelt i mange forskellige sammenhænge, bl.a. på sygeplejeskolen i Hillerød og i Sundhedsfagligt Råd vedrørende palliation, hvor jeg sidder med, og har dermed også på højere niveau, mulighed for at skabe diskussion og debat. Som tidligere nævnt i problemstillingen, er jeg ikke stødt på begreberne i relation til mennesker i den palliative fase af deres sygdom, og jeg er derfor forberedt på, at jeg ikke uden videre kan "pådutte" andre min forståelse af begreberne. Men jeg kan som skrevet, og har stor mulighed for det, skabe debat og diskussion.

Helt konkret i forhold til mit arbejde med samtaler med den palliative patient, tror jeg på den positive vinkel og på, at sundhed for de fleste er positivt. Jeg mener, at jeg ved at bringe begrebet sundhed ind i samtalen med den palliative patient, vil kunne medvirke til, at patienten opnår bedre handlekraft og at det ville kunne påvirke patientens liv i positiv retning.

En svunden tid med værdi i kræftfeltet

To erfarne og kompetente kræftsyrgeplejersker skriver vidunderlig og vigtig bog.

Det er ikke hver dag, at kræftsyrgeplejersker udgiver bøger, hvorfor denne får ekstra fokus og omtale i bladet.

Radiumbehandlingen af den første kræftpatient i 1914 på Radiumstationen i Århus var lige ved at glippe, fordi professoren glemte tasken med radium i toget fra København, hvor han havde været ovre at hente det!

En vigtig og vidunderlig bog har set dagens lys, nemlig **"Det vidunderlige stof. Erindringer fra Radiumstationen i Århus 1914-2008"**.

Den er skrevet af cand.cur. og klinisk sygeplejespecialist Birgitte T. Espersen og pensioneret, tidligere afdelingssygeplejerske Anne-Lise Roager.

Bogen er et historisk tilbageblik på Radiumstationen i Århus og beskriver stedets tilblivelse og udvikling gennem næsten et århundrede.

Man følger kræftbehandlingens fremkomst og ekspansionen af de fysiske rammer, ledsaget af den voldsomme vækst i patientantal og personalenormeringer.

Og man møder et stort persongalleri af personale og patienter i beskrivelser af det hverdagsliv, der blev levet bag de efeubeklædte mure.

Man får indblik i den kultur, der herskede i de tidlige år, hvor samspillet mellem personer i huset skete inden for rammerne af strenghed og disciplin, men samtidig også i en ånd af hjertevarm hensyntagen til patienters individuelle behov.

Og man følger moderniseringens generelle indflydelse på mange aspekter af sygepleje-/kræftfeltet frem til vore dage såsom sygeplejeuddannelsen, plejeformer, etiske dilemmaer samt etableringen af Stråleterapiuddannelsen, Kræftens Bekæmpelse, Klinisk Forskningsenhed, Fagligt Selskab for Kræftsyrgeplejersker (FSK) m.fl.

Bogens fundament udgøres af et stort historisk materiale inklusive billeder samt fortællinger fra tidligere og nuværende ansatte og patienter.





1920'erne. Sygeplejersker ruller gaze

(billede fra bogen)

Radium

Røntgen og den første specifikke behandling af kræft, radium, indleder bogen og fylder en del i den første halvdel.

Det er hårrejsende læsning med vore dages viden i baghovedet, fyldt med beskrivelser af pionerer, der satte livet på spil i deres bestræbelser på at forbedre kræftbehandlingen, fordi næsten ingen sikkerhedsforanstaltninger var knyttet dertil.

Det skete eksempelvis et par gange, at patienter trods advarselsopslag på afdelingen forlod stedet med radium på sig. Professoren måtte i det ene tilfælde i hast suse af sted i egen bil for at få fat på det og nåede det lige akkurat, inden toget med patienten afgik.

I det andet tilfælde blev det fundet ved hjælp af en geigertæller på en byggeplads i nærheden.

Den mest markante skikkelse i bogen

Overlæge og professor Carl Krebs er bogens mest markante og udførligt beskrevne enkeltperson. Han blev ansat som Radiumstationens leder i 1922 og virkede i 40 år på stedet.

Krebs var med en patients ord "en velsignelse" og fremstår gennem bogen som en mand, der forvaltede sin position og magt på bedste vis, og som var rollemodel og til inspiration for alle.

Han var ikke alene en flittig forsker, der gjorde hospitalet til "Disputatsfabrikken", men også et menneske i ordets bedste forstand med hjertet på rette sted.

Der er mange billeder og historier med relation til ham i bogen, bl.a. om hvordan han arrangerede juleaften og udenørs kaffebord om sommeren for patienter og personale, delte valnøddelagkage ud på sin fødselsdag og sendte læger og sygeplejersker på ekskursion ud i det blå, mens han selv blev hjemme og passede patienterne.

Hvordan han igangsatte behandlingsforsøg med indtagelse af rå æggeblommer i dusinvis pr. patient og altid forsøgte at skabe opmærksomhed om kræftsagen, bl.a. ved at gå foran i demonstrationstog gennem byen sammen med sygeplejerskerne.

Der er de kæreste beretninger om hans godhed over for patienter, f.eks. om den lille dreng, der genvandt livsmodet og lysten til at genoptræne, da Krebs bevilgede et sæt cow-boytøj til ham, fordi det var hans højeste ønske.

Og der var patienten med modernærkekræft, som oplevede Krebs' omsorg meget konkret og direkte:

"Aftenen før jeg skulle opereres, kom han stille ind på stuen, satte sig på sengekanten, tog min hånd og talte venligt med mig. Han spurgte bl.a., om jeg havde en god mand, og om jeg havde haft et godt barn-domshjem. Tænk at give sig tid til det"(s.104).



1930'erne. Patienter og personale på græsplænen ved Radiumstationen

(billede fra bogen)

Det fremstår klart gennem bogens første halvdel, at denne mand ikke alene var lederen – *han var selve indbegrebet af stedet*. En vigtig brik i manifestationen af den gode ånd, der trods eller på grund af sygdommenes dybe alvor tydeligvis har hvilet over dette sted igennem årtier og – understøttet i bogen – stadig gør det.

Sygeplejen

Sygeplejen bevæger sig i starten af bogen fra "ro, regelmæssighed og renlighed" til et stigende sygdoms- og symptomfokus.

Helt frem til 1929 arbejdede sygeplejersker 84 timer pr. uge, og en vagt varede eksempelvis fra 6 til 20. Nogle år senere gik man ned til 12-timers vagter, arbejdede 14 dage i træk og havde derefter 2 fridage.

I begyndelsen var sengelejet, diæt, helkropsvask af patienter hver 14. dag samt afvaskning af senge og at rulle gaze blandt de vigtigste sygeplejefaglige indsatsområder. Og man havde pligt til at bo på hospitalet og skulle have langt hår, ellers måtte man købe en fletning at sætte på i nakken.

Indstillingen til patienterne var kærlig og empatisk trods ofte skarp overvågning af disciplinerende ledere inden for sygeplejen.

Bogen fortæller f.eks. om en mor, der cyklede 130 km fra Haderslev til Århus for at besøge sit syge barn, fordi hun ikke havde penge til en togbillet. Det kom sygeplejerskerne for øre, og næste dag fik moderen bevilget penge til togbillet gennem hele barnets indlæggelsesperiode.

Senere i bogen behandles et evigt aktuelt sundhedsfagligt tema som information til patienterne om diagnosen/prognosen.

I Lærebog og Håndbog i Sygepleje fra 1926 stod skrevet:

"Sygeplejersken må aldrig på nogen Maade nævne ordet Kræft eller fortælle Patienten, at det er en "ondartet Svulst" eller lignende"(s.48).

Lærebogen dannede udgangspunkt for sygeplejeundervisningen frem til 50'erne.

Udsagnet blev overholdt, dog ind imellem med modifikationer, men også jævnligt udfordret de efterfølgende årtier.

Debatten blev ofte initieret af sygeplejersker, som mente, at "sandheden bliver ikke til forfærdelse, men hjælp".

I 80'erne fik holdningen om sandheden omsider mere fæste, og der kom fokus på større åbenhed. Århus' kræftafdelinger blev foregangsmænd i "Den svære samtale", og personalets viden og kompetencer på det psykologiske



1950'erne. Kræftdag på Strøget i Århus. Ledende overlæge Krebs fører an i sygeplejerske-flokken

(billede fra bogen)

og kommunikative område blev udbygget, bl.a. via visualisering og fantasirejser.

I bogen antydes dog også, at forandringen på visse områder tog overhånd, og at spørgsmål til patienterne som "Hvad vil du helst have, strålebehandling eller kemoterapi?" havde fået løsningen på problematikken til at kamme over.

Kronologisk ordnede erindringer

Bogen er inddelt kronologisk i henhold til årtierne i tidsperioden, den beskriver. Det gør den overskuelig med hensyn til at differentiere og skabe sig overblik over epokernes særkende og nemt tilgængelig, hvis den anvendes som opslagsværk i forhold til at udrede "hvornår var det nu, det var?".

Der er en overvægt af indhold, som er relateret til de tidlige årtier og de seneste. 40'erne får færrest ord med på

vejen. Det kunne også have været interessant at følge Radiumstationen under 2. verdenskrig, men formentlig ikke muligt. I forordet angives bl.a., at man – i sagens natur – ikke har kunnet finde øjenvidneskildringer til de første årtier fra nulevende personer.

Ordet erindringer i bogens titel er velvalgt, fordi det i høj grad er erindringer, der kendetegner og ligger til grund for bogen. De direkte citerede fortællinger samt historier og anekdoter gør bogen afvekslende og nærværende, og den er fyldt med dejlige billeder fra en svunden tid.

Titlen "Det vidunderlige stof" står i fin modstrid til undertitlen og den implicite viden om behandling med radium, man nu kender til, og er et sigende udtryk for den pionerånd/-tid, bogen beskriver så levende.

Forfatterens baggrund?

Der mangler en side om forfatterne i bogen. De to sygeplejersker, som har arbejdet i årtier på Radiumstationen i Århus, har også selv været frontkæmpere i kræftfeltet udadtil – den ene bl.a. som næstformand i FSK, den anden som redaktør for nærværende blad.

Det er vigtigt i bøger som denne at redegøre for den kontekst, bogen er blevet til i, og dermed hvilken forforståelse

der ligger til grund for udvalg og bearbejdning af tekster osv. Den ene forfatter nævnes et par gange ved navn og titel i bogen. Et kvalificeret gæt i fremtiden vil blive, at forfatterne er (kræft)sygeplejersker, men ellers er det ikke muligt i år 2050 at få forfatternes faglige tilhørsforhold stadfæstet mere konkret i bogen, og det er nødvendigt. For bogen vil få et langt og godt liv!

Bogen kan varmt anbefales

Det er en fremragende bog, som varmt kan anbefales, og som bør forefindes på enhver Radiumstation (læs onkologisk/hæmatologisk afdeling) i landet.

Bogen er særdeles interessant – beskrivende, troværdig og rørende. Den er både se- og læseværdig, velskrevet og let tilgængelig og såvel skønlitterær som fagligt dokumentarisk, medtagende mange fakta-oplysninger.

Der er for nylig udkommet bøger, der omhandler psykiatriens opkomst i Danmark og – inden for sygeplejen – sundhedsplejen gennem 70 år. Det er godt, at nærværende bog om tidligere tider inden for et andet vigtigt, sundhedsfagligt specialområde nu også findes.

Bogen synliggør mange vigtige elementer af kræftbehandling og -sygepleje op gennem tiden. Den går ikke i dybden med dem, men det er heller ikke dens formål, idet den primært "ser med øjeblikkets øje" hos den, der huskede og (gen)oplevede i hukommelsen og fortalte eller nedskrev på forfatterens foranledning.

Vinklerne på kræftfeltet er velvalgte, og fortællingerne er mangeartede og belyser ikke alene stedet og samtiden inden for dele af sundhedsvæsenet ud fra patienters, lægers og sygeplejerskers indfaldsvinkel, men også fra tidligere laboranternes og lægesekretærers.

De direkte gengivne fortællinger er en gave i bogen – hver med deres særkende, men også gennemskrevne til en fin helhed, som giver bogen et sammenhængende udtryk.

Man fornemmer den næsten kærlige hensynsfuldhed, respekt og også humor, som forfatterne har udvist i deres valg og bearbejdning af materiale, og som samtidig repræsenterer den ånd, som kendetegner stedet og bogen.

Hvis man arbejder på en af kræftafdelingerne i Århus, er bogen selvfølgelig "et must". Den er lokalhistorisk, ja, men bestemt også af generel interesse.

Banker ens hjerte heftigt for kræftfeltet et andet sted i landet, er der også god grund til at eje bogen – og det uanset, om man er læge, sygeplejerske, sosu-assistent osv.

Den kan ikke alene anbefales til alle sundhedsfaglige grupper, men også til mennesker, som finder sundheds-

området spændende, set i et kultur-, samfunds- eller udviklingsmæssigt perspektiv samt andre med generel historisk interesse.

Ønsker man en dybere forståelse af kræftområdet specifikt, at kende sine rødder eller måske at finde temaer i fortiden som belæg for argumentation i opgaver og afhandlinger, eller som kan udforskes mere indgående, kan bogen hjælpe én på vej.

En unik og betydningsfuld go', gammel ven

Jeg slugte bogen råt fra ende til anden. Den var som en go', gammel ven, der pludselig dukkede op i mit liv igen og snakkede med mig om alle minderne fra en svunden tid.

Jeg tilhører som forfatterne gruppen af "antikke" kræftsyrgeplejersker, der ikke frivilligt giver slip på kræftsyrgeplejen, idet jeg har arbejdet, levet og overlevet i 25 år på Radiumstationen – i Odense!

Det er en vigtig og nødvendig bog, som bevarer aspekter af kræftfeltet for eftertiden, og som dokumenterer det specifikke ved og i kræftfeltet og dets "medlemmer".

Uanset om man sætter kræftafdelingen, patienten eller det enkelte personalemedlem i fokus, gælder nedstående i boksen:

>

*Enhver er mere end blot sig selv
og repræsenterer også det unikke,
det meget specielle og altid
betydningsfulde og usædvanlige
punkt, i hvilket verdens fænomener
mødes kun én gang på denne vis
og aldrig igen.*

Herman Hesse



Det er vigtigt at dokumentere "én gang på denne vis og aldrig igen"!

Måske især i disse år, hvor kræftfeltet kontinuerligt eksponeres i medierne – og oftest ikke med rare og rosende ord. Hvor det konstant presses af dekretter om effektivisering, og hvor hver dag på den enkelte afdeling er en evindelig kamp omkring arbejdsplanlægningen, der "aldrig går op".

Den til dels udefinerbare, men dog alligevel kendte og ofte omtalte "ånd", der altid har været til stede på medicinske kræftafdelinger, synes i fare.

En svunden tid er forbi og kommer "aldrig igen" – på samme måde.

Men bogen kan være med til at udpege og fastholde de værdier, der udsprang i kølvandet på kræftbehandlingens og -sygeplejens fødsel. Den dokumenterer f.eks. på enestående vis, at "enhver er mere end blot sig selv". Den understøtter tillige "det unikke, det meget specielle og altid betydningsfulde" i hvert eneste menneske, der passerer gennem kræftafdelingerne.

Og forhåbentlig og trods nutidens ubarmhjertige tand kan bogen medvirke til at skabe indsigt, forståelse og inspiration for fremtidige generationer af kræftpersonale.

Vi er mange, der føler og oplever, at kræftområdet er specielt og unikt, har sit eget særkende og sine egne problemstillinger – måske mest af alt sine egne "typer" af patienter og personale.

Det synes overmåde bekræftet i denne bog. Køb den!

Århus Universitetsforlag

1. udgave, 1. oplag 2008

ISBN: 9788779343856

269 sider

Billigste udgave på nettet: 232 kr.

www.wiliamdam.dk



Udviklingssygeplejerske

Joan Lindholm

Hæmatologisk Afdeling X

Odense Universitetshospital

Medlem af redaktionsgruppen

Ny sorgtrilogi

Af Rikke Høgsted

Fra dansk psykologisk forlag er udkommet tre nye sorgbøger, alle skrevet af Rikke Høgsted.

Trilogien dækker over de tre titler:

- Sorgbogen
- Mindebogen
- Med kærlig hilsen

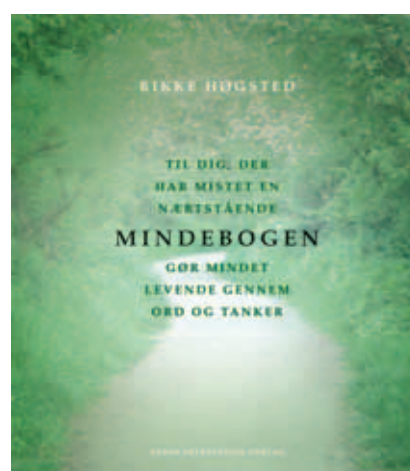
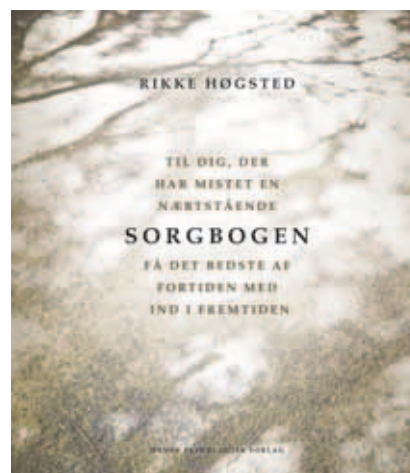
Fælles for de tre bøger er, at de henvender sig meget bredt, idet stort set alle tænkelige og utænkelige aspekter af sorgprocessen kan sættes i spil, når man læser i de enkelte bøger. De udmærker sig ved, at man kan tage dét af bøgerne, man kan bruge, og altså ikke nødvendigvis skal forholde sig til hele bogen. De er enkle at gå til, overskueligt bygget op, og så har de et smukt layout, der gør dem meget indbydende og som samtidig har noget roligt over sig.

Sorgbogen fremkommer blandt andet med forslag om, at man arrangerer en mindekomsammen og der er forslag til en invitation. Den indeholder desuden et forslag om, at man skal skrive et brev til sig selv fra fremtiden, og virker generelt meget fremtidsorienteret og kan måske være med til, at man, bevidst som ubevidst, begynder at forholde sig til tiden, der kommer, og måske endda også får synliggjort, at man har håb for fremtiden. 91 sider, kr. 238

Mindebogen er en bog, der har noget evigt over sig. Det er en bog, man vil kunne tage frem gang efter gang, kigge i, fylde i, drømme over, græde og grine over. Der er plads til det hele, og det er vel også dét, der er kendetegnet ved minder, det er her mangfoldigheden om den enkelte ligger gemt. Den kan være med til at gøre den afdøde nærværende. Bogen virker også meget børnevenlig, idet det er en bog man kan gøre levende. 91 sider, kr. 238

Med Kærlig Hilsen er en lidt anden slags bog. Den henvender sig til den døende selv, og er vel det, man med andre ord kan kalde for en 'eftermæle-bog'. Det kræver erkendelse at være eller blive i stand til at skrive i bogen. Omvendt kan man fristes til at sige, at det måske er tidens trend, at man som selvstændigt individ forsøger at have planlagt og tilrettelagt alt, inklusiv sin død. I en sådan sammenhæng findes bogen yderst relevant. Bogen er egnet som en livsbog, hvor man gennem livet skriver lidt, og vil da ende som et livsværk, hvor man er med til at forme sine spor i livet... 59 sider, kr. 198

Bøgerne kan købes ved boghandlere eller på www.dpf.dk.



Af sygeplejerske Birgitte Boman
& medlem af red.gruppen
Ditte Therkildsen



KURSUS

Sorg – Livsmød

Et kursus om sjælelige strabadser hos kræftpatienter og deres pårørende

Kurset henvender sig primært til læger og sygeplejersker fra onkologiske afdelinger i direkte kontakt med kræftpatienter og deres pårørende.

Formålet med kurset er at give deltagerne viden om sorg hos efterlevende, om depression og eksistentiel lidelse hos kræftpatienter, og om livsmødets og håbets betydning for et liv med kræft.

Dag 1 underviser to internationalt anerkendte forskere i sorg, Margart Stroebe og Henk Schut, begge professorer i psykologi ved Utrecht Universitet, Holland. Stroebe og Schut har lanceret en teori, ifølge hvilken den sørgende skiftevis "arbejder med" og "holder fri fra" de mange følelsesmæssige, praktiske, sociale, kropslige, åndelige og kognitive vanskeligheder, der følger med at være pårørende til en kræftpatient. Dagen afsluttes med en perspektivering til danske forhold.

Dag 2 indeholder tværfaglige oplæg fra sygeplejerske, psykolog og præst, der vil tale om depression hos kræftpatienter, lidelse og mestring, livsmød og håb.

Emnerne er tunge, men handler til gengæld om det, der i høj grad optager de patienter, vi møder. Der vil være tid og plads til at diskutere alle emner i relation til egen arbejdssituation

Første undervisningsdag vil blive afholdt på engelsk. Et letforståeligt engelsk.

Kursusleder: Psykolog Bo Snedker Boman
sygeplejerske Hanne Skovfoged

Tid og Sted: 16.-17.4.2009,
Admiral Hotel, København

Kursusafgift: Fastsættes senere, men afhænger af om du skal overnatte eller ej.

Tilmelding: Hold øje med SKA's hjemmeside:
www.skaccd.org



KURSUS

Supportive Care

SKA arrangerer som noget helt nyt et 5 dages kursus i Supportive Care – understøttende behandling. Kurset er i 2 moduler.

Den hastige udvikling indenfor kræftbehandlingen og den dertil nødvendige understøttende behandling, har de senere år udfordret det sundhedsfaglige personale på landets onkologiske afdelinger. (Stigende krav til effektivitet i det daglige kliniske arbejde begrænser mulighederne for at både læger og sygeplejersker kan mobilisere det fornødne overskud og tid til at bevare et detaljeret fagligt overblik.)

Det er kursets formål at give deltagerne en evidensbaseret og opdateret indsigt i de vigtigste emner indenfor den moderne kræftbehandlings behov for understøttende behandling. Fokus vil ligge på behandlingsrelaterede bivirkninger, samt psykosociale og rehabiliteringsmæssige forhold.

Kurset vil være delt i 2 moduler med ca. 6 ugers mellemrum. Formen vil være en blanding af katedralundervisning, gruppearbejde, sygehistorier og dialog samt kommunikationstræning.

Kurset henvender sig primært til yngre læger og sygeplejersker ansat på onkologiske afdelinger, personale i direkte kontakt med kræftpatienter.

For at få det fulde udbytte af kurset bør deltagerne som minimum have mere end seks måneders erfaring indenfor det onkologiske speciale.

Kursusleder: Overlæge Svend Ottesen, Roskilde
Hanne Skovfoged, sygeplejerske SKA

Tid og Sted: Modul 1: 27+28.4.2009
Modul 2: 8+9+10.6 2009

Hotel Kong Arthur, København

Kursusafgift: Fastsættes senere, men afhænger af om du skal overnatte eller ej.

Tilmelding: Hold øje med SKA's hjemmeside:
www.skaccd.org

Novartis Oncology

Rejse- og uddannelsesstøtte inden for klinisk onkologi og hæmatologi

Novartis Oncology rejse- og uddannelsesstøtte på kr. 100.000,- har til formål at støtte deltagelse i kongresser, møder og efteruddannelseskurser for sundhedspersonale på afdelinger med onkologisk/hæmatologisk funktion.

Ansøgning bedes indsendt i **3 eksemplarer** indeholdende oplysninger om den aktuelle aktivitet og begrundelse for deltagelse, ansøgers curriculum vitae samt anbefaling fra arbejdssted. Der ønskes endvidere i ansøgningen anført en oversigt over de anslåede udgifter samt tidspunkt for rejsen.

Ved ansøgning til kongresdeltagelse prioriteres ansøgninger med præsentationer (kopi af abstracts vedlægges). Kun individuelle ansøgninger og kun ansøgninger, der opfylder ovenstående krav, kan tages i betragtning.

De indsendte ansøgninger bedømmes af et udvalg bestående af:

Professor, overlæge, dr. med. Henning Mouridsen, Onkologisk afd., H:S Rigshospitalet.

Overlæge, dr. med. Jørn Andersen, Onkologisk afd., Århus Sygehus.

Kvalitets- og udviklingskoordinator, Dorte Hemmingsen, Onkologisk og palliativ afd. Hillerød Hospital samt næstformand i Fagligt Selskab for Kræftsygeplejesker.

Ansøgning bedes indsendt senest den 24. april 2009 til:

Novartis Healthcare A/S

Lyngbyvej 172

2100 København Ø

Kuerten mærkes "Novartis Oncology rejsestøtte"





INTERNATIONAL SOCIETY
of
ORAL ONCOLOGY



Please save the date!

SUPPORTIVE CARE IN CANCER

MASCC / ISOO

2009 International Symposium

June 25-27, 2009 / Rome, Italy

Symposium Organizer



**BUSINESS SERVICES
INTERNATIONAL, INC.**

Debbie Kurth

Phone: (760) 480-2525 USA

Fax: (760) 480-2544 USA

E-mail: debbiekurth@bsiincorp.com

Symposium Co-Chairs - 2009

Fausto Rolla, MD

Perugia, Italy

Sebastiano Mercadante, MD

Palermo, Italy

Maurizio Tonato, MD

Perugia, Italy

MASCC Contact

Cynthia N. Rittenberg

RN, MN, AOCN

Executive Director, MASCC

Phone: (504) 296-2095 USA

E-mail: cyndyrit@bellsouth.net



Sheraton
HOTELS & RESORTS

For Meeting Information
Visit the MASCC Website:
www.mascc.org



2ND

EUROPEAN PERSPECTIVES IN

HEAD & NECK CANCER

24-25 APRIL 2009
PRAGUE, CZECH REPUBLIC
PRAGUE MARRIOTT HOTEL

CHAIRS:

K. Kian Ang, MD, PhD

M.D. Anderson Cancer Center
Houston, Texas, United States

Jean-Louis Lefebvre, MD, PhD

Centre Oscar Lambret
Lille, France

Jan B. Vermorken, MD, PhD

University Hospital Antwerp
Edegem, Belgium

LOCAL CHAIR:

Jan Kozar, MD

Charles University
Prague, Czech Republic

2nd Announcement

EDUCATION IS THE BEST MEDICINE®

WWW.IMEDEX.COM



Specielle Interessegrupper



Fagligt Selskab
for Kræftsygeplejersker (FSK),
er en landsdækkende organisation.

En Speciel Interessegruppe
under FSK består af en gruppe
sygeplejersker med landsdækkende
repræsentation, som arbejder med
et klinisk interessefelt inden for
sygeplejen til kræftpatienter.

Formål med SIG

- At højne kvaliteten af den professionelle sygepleje
- At studere, udvikle og udveksle informationer, erfaring og ideer, som kan forbedre sygeplejen til kræftpatienter
- At tage aktiv del i at udvikle sygeplejen
- At skabe en ekspertgruppe på landsplan

Tilmelding til SIG

Sygeplejersker, der er medlem af FSK, kan skriftligt søge om optagelse i en SIG.

En SIG folder med yderligere orientering kan rekvireres hos formanden for FSK Birgitte Grube.

Husk!

SIG Nyheder er tilgængelige på FSK's hjemmeside:
www.dsr.dk/fs13

og SIG Årsberetning i Fokus på Kræft og Sygepleje findes på hjemmesiden fra januar 2009.

SIG-Formænd

SIG Emesis:

Formand: Lise Bjerrum Thisted
Bregnevej 25, 3500 Værløse
Tlf. 4448 0888, E-mail: lbt@webspeed.dk

Rigshospitalet, Finsencenteret,
Onk. Afd. 5043/5044
Tlf. 3545 5043, E-mail: RH05389@rh.hosp.dk

Sekretær: Tove Brinck, Nørrebrovej 11,
6720 Fanø, tlf.: 75162374 / 29272374
E-mail: tovebrinck@hotmail.com

Onkologisk Ambulatorie, Sydvestjysk Sygehus,
Finsensgade 35, 6700 Esbjerg, tlf.: 7918 2232



SIG Træthed/Fatigue:

Formand: Helle Gyldenvang
Tværevej 58, 2830 Virum
Tlf. 4585 0717, E-mail: hellegyldenvang@yahoo.dk

Onk. Amb. 5012, Finsencenteret, Rigshospitalet
Tlf. 3545 5012

Sekretær: Karen Anna Riis-Petersen
Svanemøllevej 21, 2100 København Ø
Tlf.: 3927 1683, E-mail: karp@get2net.dk

Onkologisk amb. 5014,
Finsencenteret, Rigshospitalet
Tlf. 3545 5014 / 3545 4817,
E-mail: rh10206@rh.hosp.dk



SIG Ernæring:

Formand:
Anne-Lene Rye Markussen
Højgaard Allé 46, 2880 Bagsværd
Tlf. 4444 7810, Email: markussen@webspeed.dk

Onkologisk ambulatorium 5014, Rigshospitalet
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø,
tlf.: 3545 4637

Sekretær: Inge Stub,
Skoleparken 17, 2 th., 6705 Esbjerg Ø,
tlf. 75145262, E-mail: lg@esenet.dk

Onkologisk Ambulatorium, afd. 531,
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg,
Haraldsgade 7A, 6700 Esbjerg,
Tlf.: 7918 2233



SIG Projektsygeplejersker:

Formand: Kirsten Arndt

Klinisk forskningsenhed,
onkologisk afdeling, Hillerød Hospital

Sekretær: Annette Rehmeier,
Ellevang 26, 7100 Vejle,
tlf.: 2991 4319, E-mail: rehmeier67@hotmail.com

Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus, 7100 Vejle,
Tlf.: 7940 6042, E-mail: anreh@vgs.vejleamt.dk

Sygelejerforskning, udvikling og formidling:

Formand: Biddy Madsen
Lindevej 42, 5250 Odense SV
Tlf. 6614 3486, E-mail: biddy@madsen.mail.dk

Onk.-hæm.afdeling, Odense Universitetshospital
Tlf. 6541 1654,
E-mail: biddy.madsen@ouh.fyns-amt.dk

Sekretær: Lone Jørgensen
Krogestykket 51, 2730 Herlev
Tlf.: 4494 0846,
E-mail: lonejorg@joergensen.mail.dk

Hæm. afd. 121, KAS Herlev, 2730 Herlev
E-mail: Lojr@herlevhosp.kbhamt.dk



SIG Transplantation:

Formand: Tina Lanther
Faksingevej 6, 2700 Brønshøj
Tlf. 3879 2245, E-mail: lanther@jubiimail.dk

KMT-afsnittet 4043/4044, Rigshospitalet
Tlf. 3545 4945, E-mail: lanther@rh.dk

Sekretær: Hanne Thomsen
Stenmaglevej 9, 2700 Brønshøj
E-mail: caha@thomsen.mail.dk

Hæmatologisk Afdeling L121, KAS Herlev
E-mail: hahtho@herlevhosp.kbhamt.dk



SIG Smerte:

Formand: Anne Marie Kjærsgaard-Andersen,
Bekkasinevej 29, 8283 Hinnerup
Tlf. 8691 1683, E-mail: amka@dadlnet.dk

Palliative Team, Randers Centralsygehus
Tlf. 8910 2219, E-mail: aka@rc.aaa.dk

Sekretær: Connie Uldal, sygeplejerske

Hæmatologisk Ambulatorium, Århus Sygehus THG
Tage Hansensgade 2, 8000 Århus C,
Tlf.: 89 49 72 00
E-mail: connieuldal@hansen.mail.dk



SIG Strålebehandling:

Formand: Mona Bjærre
Skelagervej 516, 8200 Århus, Tlf. 8678 3014

Strålebehandlingsafsnittet, Århus Kommunehospital
Tlf. 8949 2493, Email: monab@akh.aaa.dk

Sekretær: Mette Kirstine Jensen
Hørsholmsgade 16 4. th., 2200 København N,
tlf.: 3583 7738 / 2250 5538,
E-mail: mettekirjen@get2net.dk

Stråleterapien 50F1, Herlev Sygehus,
Herlev ringvej 75,
2730 Herlev, tlf.: 4488 3108





S | K | Ø

ARRANGEMENT

Kulturmødet

- temaeftermiddag for sygeplejersker

Torsdag den 28. maj vil SKA gerne invitere alle onkologiske og hæmatologiske sygeplejersker i Østdanmark til temaeftermiddag.

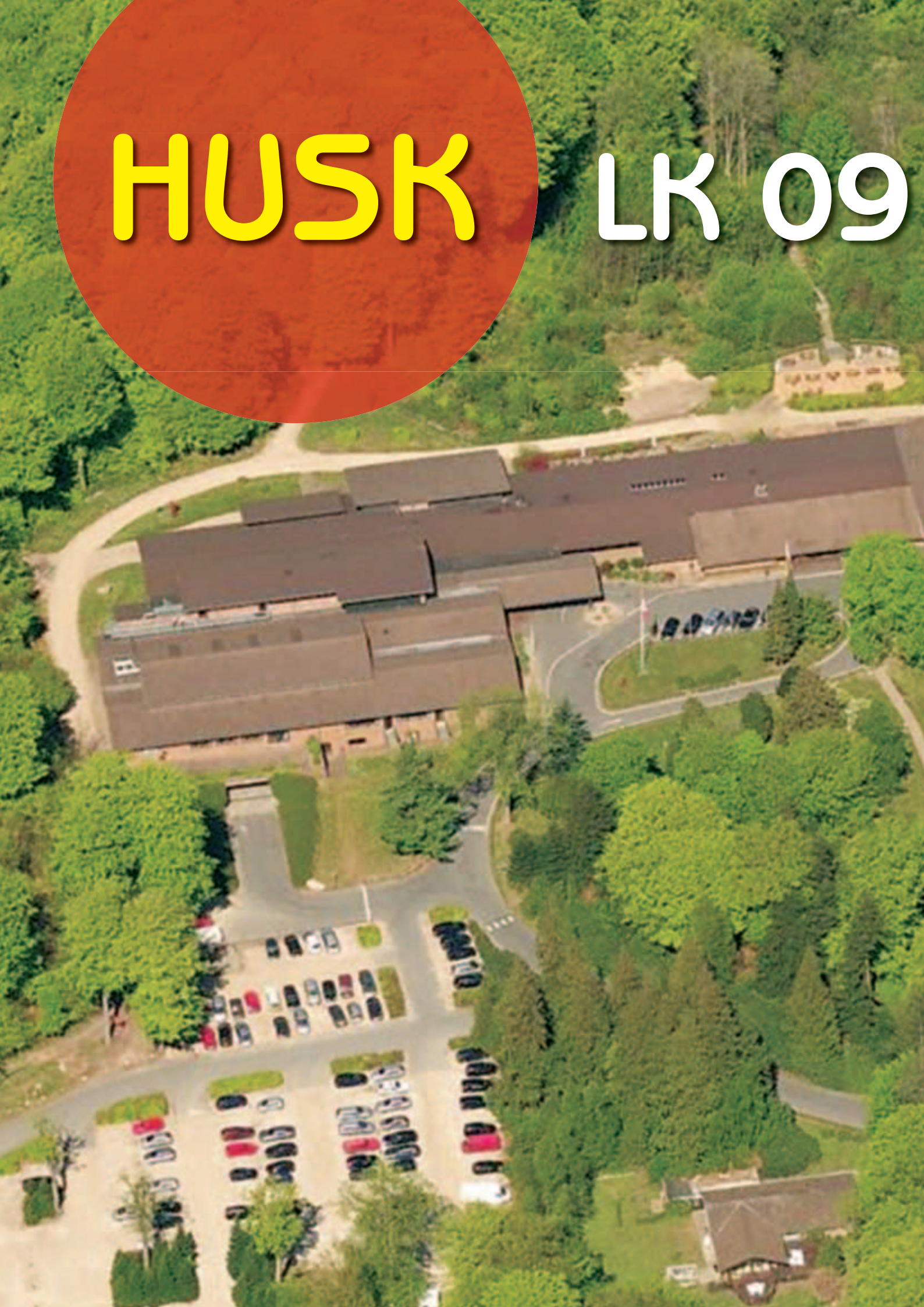
Det kan være en stor udfordring når mødet mellem sygeplejerske og patient, samtidig bliver et møde mellem mennesker med vidt forskellige baggrunde og kulturer. I år vil vi derfor fokusere på emnet **kulturmødet**.

Temaeftermiddagen finder sted
torsdag den 28. maj 2009 klokken 14-18
i lille auditorium på Herlev Hospital.

Program og registreringsblanket findes på
www.skaccd.org

HUSK

LK 09



An aerial photograph of a sports facility on Munkkebjerg. The image shows a large, dark-roofed building, a tennis court, and a circular green area, all surrounded by dense green trees. A road is visible on the right side of the image.

på Munkkebjerg

den 3.-4. november

**Programmet kan ses på
hjemmesiden sidst i maj**

Tilmeldingsprocedure i junibladet

**Formand og Web-ansvarlig**

Birgitte Grube
Sandparken 15, Vindinge
4000 Roskilde
Tlf.: 4636 3217 / 2125 1709
birgitte.grube@gmail.com

Professionshøjskolen Metropol
Turkisvej 14
2730 Herlev
Tlf.: 7228 2969
bigr@phoe.dk

**Næstformand**

Dorte Hemmingsen
Bøgholmen 23
2840 Holte
Tlf.: 4542 2191 / 2440 2252
dortefsk@mail.dk

Hillerød Hospital
Onkologisk & Palliativ afdeling
Helsevej 2, 3400 Hillerød
Tlf.: 2440 2252
dhe@hih.regionh.dk

**Kasserer**

Nina Wendelboe Rasmussen
Rosenkrantzvej 7, Ålum
8920 Randers
Tlf.: 3512 4671 / 3026 4671
nina.wendelboe@yahoo.dk

Regionshospitalet Randers
Mave/tarm kirurgisk afd. B6

**Medlemssekretær**

Gitte Kjeldsen
Rødegård 9
2300 København S
Tlf.: 3258 8398 / 4041 7042
gitte.fsk@gmail.com

Klinisk Forskningsenhed, ONK 5072
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf.: 3545 5113 / Dect. 3545 0883

**Kursussekretær**

Sidse Hertz Larsen
Søndre Fasanvej 31 st. th.
2000 Frederiksberg
Tlf.: 3810 5071 / 2628 1468
sidse.fsk@live.dk

Kræftens Bekæmpelse
Strand Boulevarden 49
2100 København Ø
Tlf.: 3525 7986
sih@cancer.dk

**Redaktør (suppleant for Ditte Naundrup Therkildsen)**

Karen Buur
Nejedevej 38, Nejede
3400 Hillerød
Tlf 4828 6202 / 5155 9362
karen.buur@gmail.com

Det Palliative Team
Onkologisk og Palliativ afdeling
Hillerød Hospital
Bakkedraget 8, 2th., 3400 Hillerød
Tlf 2048 9969
kaban@hih.regionh.dk

**SIG-ansvarlig**

Karen Marie Abildskov
Ferskenvej 16
8900 Randers
Tlf.: 8640 9600 / 2129 5814
kma-hh@anarki.dk

Sygeplejerske
Afdeling R170
Århus Sygehus THG
Tage Hansens gade 2, 8000 Århus C
Tlf.: 8949 7595

**Suppleant, NSG, EONS og int. ansvarlig**

Nina Sørensen
Hareskovvej 5, 1. th.
2700 Brønshøj
Tlf.: 2972 6493
nscanina@gmail.com

Hæmatologisk afdeling L124
Herlev Hospital
Herlev Ringvej 75
2730 Herlev
nihaso01@heh.regionh.dk

HYCAMTIN® (TOPOTECAN) – NY ORAL FORMULERING TIL RECIDIVERENDE SMÅCELLET LUNGECAncer

Få mere luft¹⁾

- Mindre dyspnø for patienter med recidiverende SCLC¹⁾
- Næsten en fordobling af medianoverlevelsen versus Best Supportive Care^{2,3)}



HYCAMTIN®
TOPOTECAN

Med tanke på livskvalitet⁴⁾

Hycamtin® (topotecan)

Indikation: Infusionsvæske: Topotecan-monoterapi er indiceret til behandling af patienter med metastaserende ovariecarcinom, hvor førstebehandling eller efterfølgende behandling er slået fejl, samt til patienter med recidiverende småcellet lungecancer (SCLC) for hvem gentagelse af førstebehandling ikke anses for hensigtsmæssig. Topotecan i kombination med cisplatin er indiceret til behandling af patienter med cervixcancer, som recidiverer efter strålebehandling eller til patienter i sygdomsstadie IVB. Patienter, der tidligere har fået cisplatin, skal have et vedvarende behandlingsfrit interval, for at kombinationsbehandlingen er berettiget. Kapsler: Som monoterapi til behandling af voksne patienter med recidiverende SCLC, for hvem gentagelse af førstebehandling ikke anses for hensigtsmæssig. **Dosering:** Infusionsvæske: Ovariecarcinom og SCLC: 1,5 mg/m² legemsoverflade/dag som i.v. infusion over 30 minutter i 5 dage. Dosis gentages hver 3. uge. Hvis behandlingen er veltolereret, kan den fortsættes, indtil sygdommen progredierer. Cervixcancer: 0,75 mg/m² legemsoverflade/dag som i.v. infusion over 30 minutter i 3 dage. På dag 1. administreres cisplatin 50 mg/m² legemsoverflade. Behandlingsmønstret gentages hver 21. dag 6 gange eller indtil progression. Kapsler: SCLC: 2,3 mg/m² legemsoverflade/dag i 5 dage. Dosis gentages hver 3. uge. Hvis behandlingen er veltolereret, kan den fortsættes, indtil sygdommen progredierer. Behandlingen bør kun administreres under overvågning af en læge, der har erfaring i brugen af kemoterapi. **Kontraindikationer:** Tidligere hypersensitivitetsreaktioner over for topotecan eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Amning. Knoglemarvssuppression, defineret som et baseline-neutrofilantal på < 1,5 x 10⁹/l og/eller et trombocytantal på ≤ 100 x 10⁹/l. **Forsigtighedsregler:** Den hæmatologiske toksicitet er dosisafhængig, og det samlede blodbillede bør monitoreres jævnligt. Risikoen for myelosuppression, neutropenisk colitis og tumorblødning skal overvejes. Omhyggelig vurdering af performancestatus skal foretages ved behandlingsstart. Topotecan bør ikke anvendes til patienter med alvorlig nedsat nyre- eller leverfunktion pga. utilstrækkelig erfaring. Pro-aktiv behandling af diare er vigtigt. **Interaktioner:** I kombination med andre kemoterapeutika skal doseringen af hvert af de enkelte lægemidler reduceres for at forbedre tolerance. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes. Kontraindiceret ved amning. **Bivirkninger:** Anoreksi, febril neutropeni, neutropeni, trombocytopeni, anæmi, leukopeni, kvalme, opkastning, diare, forstoppelse, stomatitis, dyspepsi, mavesmerter, neutropenisk colitis, mucositis, træthed, asteni, pyreksi, alopecia, infektion, pancytopeni, overfølsomhedsreaktioner, udslæt, utilpashed, pruritus, hyperbilirubinæmi, sepsis, anafylaktisk reaktion, angioødem, urticaria, extravasation, interstitiel lungesygdom. **Overdosering:** Kan medføre knoglemarvssuppression og mucositis. Ingen kendt antidot. **Udlevering:** BEGR.

Pakninger og priser (dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk):

Vnr 45 48 50	Pulver til infusionsvæske, opløsning	4 mg	1 hætteglas	AIP kr. 2.420,00	AUP kr. 3.266,30
Vnr 12 63 85	Kapsler, hårde	0,25 mg	10 stk.	AIP kr. 1.210,00	AUP kr. 1.637,35
Vnr 12 63 74	Kapsler, hårde	1 mg	10 stk.	AIP kr. 4.840,00	AUP kr. 6.524,25

Forkortet udgave af det af EU-kommissionen godkendte produktresumé, der fås hos GlaxoSmithKline Pharma A/S, Nykær 68, 2605 Brøndby, tlf. 36 35 91 00. November 2008.

Referencer:

1) Pawel JV et al. J Clin Oncol 1999; 17: 658-667. 2) Godkendt produktresumé. 3) Scientific discussion Hycamtin, EMEA, 6. januar 2006. Tilgængeligt på <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/Hycamtin/070996en6.pdf>. 4) Gralla RJ. The Oncologist 2004; 9 (suppl 6): 14-24.

Returneres ved varig adresseændring

Afsender: **FSK** v/ Gitte Kjeldsen, Rødegård 9, 4. th., 2300 København S

Beskyttet

Alle systemer til håndtering
af lægemidler er ikke lige gode.

Ét er unikt: PhaSeal – det eneste klinisk
dokumenterede, lukkede system til
håndtering af lægemidler.

ErgoMotion™

PhaSeal Injector Luer Lock er i centrum
til den lukkede lægemiddelhåndtering.
Med en enkel bevægelse og et nemt greb
får du nu den beskyttelse, du fortjener.



PhaSeal®

Carmel Pharma ab | Box 5352 | 402 28 Göteborg | Sverige
Tel: +46 702 67 67 69 | Fax: +46 31 703 04 04
E-mail: gunilla.bjorkman@carmelpharma.se

carmel.
Carmel Pharma