

Viktig fysioterapi i en palliativ fase



Britt Carlsen,
fysioterapeut, spesialist i onkologi og lymfologi, Enhet for fysioterapi, Avdeling Hospice, Lovisenberg Diakonale Sykehus, www.lids.no,

e-post: britt.carlsen@lids.no

Dette **fagessayet**, mottatt 07.03.09 og akseptert 12.04.10, er redigert av Kjartan Vårbakken og ikke eksternt fagvurdert.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen.

Sammendrag

- Artikkelen bygger på ni års klinisk erfaringer med fysioterapi for palliative pasienter på Hospice Lovisenberg. Den redegjør for hvorfor fysioterapi er et viktig tiltak og gir de viktigste tiltakene. Dette illustreres med to pasienthistorier.
- Pasientene på Hospice sliter med mange symptomer som ulike fysioterapitiltak kan lindre. Hospice gir et tverrfaglig behandlingstilbud til alvorlig syke og døende pasienter på en dag- og en døgnpost. De aller fleste har kreft. Det er fire hovedtiltak:
- **Komplett fysikalsk lymfødembehandling** har som målsetting å redusere ødem, lindre sprengsmarter og opprettholde eller forbedre funksjon. Det er en tidkrevende behandlingsform som raskt viser bedring. I tillegg virker manuell lymfedrenasje avspennende. Tiltaket kan være svært viktig for denne pasientgruppen.
- **Lungefysioterapi** byr på mange relevante tiltak: sekretmobilisering passive/aktive teknikker, øvelser, optimal utnyttelse av lungekapasiteten, ulike hjelpemidler, informasjon om årsakene til respirasjonsproblemene og hjelp til selvhjelp.
- **Berøring/massasje** hjelper mange av pasientene med langtkommen kreftsykdom, høy tonus i muskulaturen og anspenthet etter langt tids sykdom. Berøring påvirker fysiologiske prosesser som virker gunstig på pasientens tilstand.
- **Trening** for pasienter med langtkommen kreftsykdom har effekt på fysisk kapasitet, livskvalitet og fatigue eller utmattende trøtthet. Pasientene på Hospice har gjennomført et gruppetilbud over seks uker som viser dette.
- **Nøkkelord:** fysioterapi, palliasjon, komplett fysikalsk lymfødembehandling, lungefysioterapi, berøring/massasje, trening.

Innledning

Mange spør meg hvorfor jeg vil jobbe på Hospice. Hvis jeg snur problemstillingen og spør: «Hva kan fysioterapi tilføre mennesker i livets slutfase?» blir det lettere å svare.

I denne artikkelen vil jeg med to pasienthistorier vise betydningen av fysioterapi for denne pasientgruppen. I tillegg vil jeg gi en liten oversikt over de viktigste tiltakene tatt brukt innen palliativ eller lindrende og ikke-kurativ fysioterapi. Tiltakene er:

- komplett fysikalsk lymfødembehandling
- lungefysioterapi
- berøring/massasje
- trening

Hensikten med fysioterapi er ikke bare

å gjenvinne funksjon, men også å bevare en eksisterende funksjon. Ved en progredierende sykdom som kreft, kan målet være å opprettholde funksjonsevnen eller å bremse en negativ utvikling med progredierende funksjonstap (1).

Fysioterapi forbindes ofte med styrke, sunnhet og bevegelse. Det er viktig å ha fokus på dette, også for alvorlig syke mennesker. Man kan bevege seg på mange nivåer. Å få beveget beina og armene for pasienter som er sengeliggende, kan være svært meningsfullt. Det å beholde styrken i beina lengst mulig for å kunne gå på toalettet, handler om livskvalitet. Pasientene sier ofte at de er takknemlige for at det blir fokusert på det friske.

Fysioterapi er et viktig bidrag for at pasienten skal kunne være selvhjulpent lengst mulig, kunne opprettholde fysisk funksjon og føle psykologisk støtte (2). Sentrale elementer er mellommenneskelighet og tverrfaglighet. Den mellommenneskelige relasjonen er spesielt viktig i behandlingen av denne pasientgruppen. Egenskaper som er viktige for fysioterapeuter som jobber med palliasjon er evnen til empati, til å kunne være vitne til andres lidelse, å tåle psykisk stress, evnen til å skape tillit og trygghet, ha evnen til aktiv lytting og samarbeid (3).

For å kunne gi pasient og familie eller pårørende et tilfredsstillende tilbud, er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming. Dette kan best ivaretas ved at flere profesjo-



Jeg sa god helg til Guri en fredag ettermiddag. Lørdag døde hun. Guri satte spor hos oss.

ner, slik som leger, sykepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, klinisk ernæringsfysiolog, ergoterapeut, psykolog, musikkterapeut og prest arbeider sammen i team (4).

Historien om en pasient med lymfødem

Guri ble lagt inn på døgnposten. Hun kom gående med en krykke; henvist til fysioterapi for lymfødembehandling. Guri var 40 år, hadde stor sykdomsinnsikt og visste hva hun ønsket seg den siste delen av livet sitt. Hun hadde diagnose cancer uteri stadium 3 (av maksimalt 4), som er en svært alvorlig og sannsynligvis dødelig diagnose. Guri var en pasient som hadde utviklet lymfødem (forklart seinere) i begge bein. Guri ønsket å opprettholde best mulig funksjon så lenge som mulig. Hun ville gjerne ha lymfødembehandling, men likte ikke berøring av fremmede. Guri ville ha mindre ødem i beina, og hun skjønte at hun da måtte tåle berøring. Løsningen ble en tablett Valium før hver daglige behandling. Etter hver behandling ble hun bandasjert. Bandasjene tok jeg av neste dag før den nye behandlingen. Guri hadde også et genitalt ødem. Jeg viste henne hvordan hun kunne jobbe med dette selv, for hun synes ikke det var greit å bli behandlet på genitaliene.

Behandlingen ga resultater. Ødemene i legger og lår ble redusert med tre til fem cm i løpet av de fjorten dagene Guri var på døgnposten. Hun ble vant til berøringen og sluttet med Valium før behandlingene. Under behandlingene hadde vi mange, spennende samtaler. Hun snakket om alle tapene hun nå opplevde: Det ikke å kunne ha samleie, ikke å kunne gå med høyhælte sko, som hun likte svært godt, og ikke kunne være hjemme.

Hun dro hjem med «lettere» bein og mindre smerter. Hun var avhengig av fortsatt lymfødembehandling. Da det ikke var tilbud om denne behandlingen på hjemstedet hennes, fikk hun komme på dagposten for videre behandling. Hun fikk også delta i tilbudene på dagposten.

Guri var hjemme i tre måneder. Hun kom til dagposten to ganger i uken og fikk behandling. Hun var nå blitt glad i berørin-



LYMFØDEM Lymfødembehandling kan redusere ødem, lindre sprengsmerter og opprettholde funksjon. Illustrasjonsfoto: Britt Carlsen

gen. Lymfødemene ble mindre, og Guri var fornøyd med at hun nå kunne gå uten stokk og handle julegaver.

Seint på vinteren ble Guri søkt inn på døgnposten igjen. Da hadde hun hatt store magesmerter og økende acites (unormal oppsamling av væske) i buken. Fortsatt klarte hun å gå fram og tilbake på toalettet. Hun orket ikke behandling de tre siste dagene. Jeg sa god helg til Guri en fredag ettermiddag. Lørdag døde hun. Guri satte spor hos oss. Hun var en tapper dame som håndterte sin skjebne med mye klokskap og aksept.

Tema 1: Lymfødem

Mange av pasientene på døgnposten får behandling for lymfødem. Pasienter i en palliativ fase har ofte ødem fordi sirkulasjonssystemene av ulike grunner svikter. Blandingsødem er mest vanlig da både lymfesystemet og det venøse system er affisert. Lymfødembehandling er som regel lett berøring. Det oppleves også avspennende.

Det lymfatiske system

Lymfeårer finnes i nesten alle kroppens organer. Deres funksjon er å bringe stoffmolekylære stoffer, celler og overskudd av

vevsvæske tilbake til blodbanen. Det er et overfladisk klaffeløst kapillærnett like under overhuden som benyttes til behandling. Her kan lymfestrømmen påvirkes. Lymfesamleårene løper sammen til tykkveggede årer som følger venene (5).

Lymfødem

Et lymfødem oppstår når lymfeårenes transportkapasitet i et område er redusert. Væske hoper seg da opp i vevet, og et ødem eller en hevelse oppstår. Det er flere årsaker til at lymfetransportkapasiteten er lavere enn normalt. Det kan skyldes blokkade av lymfeårer eller feilutvikling av årer. Økt proteinkonsentrasjon i ødemvæsken er karakteristisk for lymfødem. Opphopning av proteiner stimulerer danningen av bindevev og fett. Men heldigvis drenerer lymfesystemet cirka to liter ekstracellulære væske per døgn tilbake til det venøse systemet. Hele 80 prosent av alle sekundære lymfødem er kreftrelatert. Lymfødem kan være medfødt og er uansett en kronisk lidelse. Det kan være følgetilstander av kirurgi, strålebehandling, infeksjon eller tumorinnvekst. Lymfødem kan føre til store funksjonstap (5).

Symptomer på lymfødem i en palliativ fase

Sprengfølelse, økt omkrets av ekstremiteten, ødem i området, nedsatt funksjon, tyngdefølelse og pipling eller blanke dråper som kommer ut av huden.

Tiltak

Komplett fysikalsk lymfødembehandling som består av:

- manuell lymfedrenasje
- behandling med kompresjonsbandasjer
- hudbehandling
- øvelser

Komplett fysikalsk lymfødembehandling

I den palliative fasen brukes ofte et moderert behandlingsopplegg. Målsettingen med behandlingen er å dempe de ovenfor nevnte symptomer. Manuell lymfedrenasje er en lett berøringsform som frakter overskuddslymfe fra affisert område til et tilgrensende fungerende område. Bandasjering brukes sjeldnere i denne fasen. Behovet for kompresjon øker etter hvor mye pasienten er oppe. Når ødemet reduseres, bedres funksjonen i ekstremiteten. God hudpleie omfatter stell av affisert kroppsdeler, for eksempel krem med



Elsa snakker om «tiden før og etter treningsprosjektet».

ph5. Øvelser kan også være viktige for å øke sirkulasjonen. Pasientene opplever oftest behandlingen som avspennende og svært behagelig.

Kommentarer fra pasienter under behandlingen:

- Nå klarer jeg å slappe av, pusten er roligere.
- Se så fint jeg går nå, hevelsene er mindre.
- Jeg hørte harpespill, trodde jeg var i himmelen (etter møte med musikkterapeut og fysioterapeut).

Behandlingen gis av og til sammen med musikkterapi (6). Det berører pasienten på en spesiell måte. Ved at terapeuten berører pasienten fysisk, kan det oppnås en spesiell tillit som fører til at pasienten åpner seg. I denne fasen av livet har pasienter behov for å reflektere over levd liv. Fysioterapeut Unni Akre sier: «Når fysioterapeuten viser respekt og aksept for den syke kroppen, våger mange å åpne opp også for det man bærer på i sjelen.»

Tema 2: Lungefysioterapi

Lungefysioterapi er et høyt prioritert tiltak på døgnposten. Respirasjonsproblematikk er tett forbundet med angst. Pasienter som ikke får puste er i en akutt krise og har ofte behov for øyeblikkelig hjelp. «Det som truer pusten truer også livet!» (7).

Luftveissymptomer:

- Dyspnoe eller subjektiv opplevelse av ikke å få puste
- Sekretstagnasjon
- Respiratoriske panikkanfall, angst

Tiltak

Det er alltid aktuelle symptomer her og nå samt lungestatusen som er bestemmende for tiltak. Før behandling er det viktig at pasienten har fått inhalasjon hvis det er forordnet og er optimalt smertelindret. Det gjøres en vurdering av respirasjonsleie, thoraksform, bruk av respirasjonsmuskulatur, pasientens mestringsstrategier og evne til å få opp ekspektorat eller slim.

Uansett årsak til dyspnoe, kan fysio-

terapi ha en plass i behandlingen. Fysioterapi vil ikke nødvendigvis ha som mål å innvirke på den underliggende årsak, men å gi pasienten, helsepersonell eller pårørende kunnskap for å kunne støtte pasientens egne mestringsstrategier eller utarbeide noen som er mer hensiktsmessige. Det vil øke pasientens trygghet (8).

Generelle tiltak:

– *Veiledning:* for gode hvilestillinger/avspenningsøvelser for nakke, rygg og thoraxmuskulatur.

– *Massasje:* rolige strykninger på overkroppen kan virke avspennende, fotmassasje kan gi god avspenning.

– Sette opp vinduet (9), frisk luft hjelper på opplevelsen av å få «nok» luft.

Det er ulike årsaker til sekretstagnasjon; evnene til å fjerne sekret er nedsatt, sekretmengden er økt og eller konsistensen er endret.

Spesifikke tiltak for sekretmobilisering:

– Bruk av *hjelpemidler* for sekretmobilisering; kan være mini-pep (Positive expiratory pressure) (10). Målsettingen med bruk av mini-pep er å mobilisere lungesekret ved hjelp av positivt ekspiratorisk trykk. Leppebrems har samme målsetting. Da lager pasienten trutmann, og det blir motstand på ekspirasjonsfasen.

– *Thoraxmobiliserende øvelser;* ulike passive og aktive øvelser som påvirker bevegeligheten i thoraks eller thorakalcolumna.

– «*The active cycle on breathing technique*» (11), eller aktiv pusteteknikk, kombinerer pustekontroll, thoraksekspanderende øvelser og forsert ekspiratorisk teknikk (FET). Aktiv pusteteknikk vektlegger ekspirasjonsfasen til å mobilisere sekret fra de perifere til de sentrale luftveier.

– Drikke vann, gjør slimet mindre seigt.

Passive tiltak for pasienten; teknikker som terapeuten utfører:

– *Vibrasjoner;* små rytmiske kompresjoner på pasientens thoraks utført under avslutningen av ekspirasjonsfasen.

– *Hostestøtte.*



TRENING Pasienter med langtkommen kreftsykdom har effekt av trening. Pasientene på Avdeling Hospice, Lovisenberg Diakonale Sykehus, har gjennomført et gruppetilbud over seks uker som viser dette. Foto: Britt Carlsen

– *Drenasjestillinger*, gunstige stillinger for å påvirke mobiliseringen av sekret.

Under respiratoriske panikkanfall må terapeuten opptre rolig, men bestemt. Være kroppsnær, prøve ut ulike berøring, rolige bevegelser og prøve å lede respirasjonen basalt for å påvirke til en roligere inspirasjon. Ofte trenger pasienter i dette stadiet morfin eventuelt beroligende midler.

Det er viktig å være til stede for også å trygge pårørende under anfall. Det kan være svært skremmende å være vitne til et panikkanfall.

Tema 3: Berøring/massasje

Pasienter med en langtkommen, dødelig sykdom kan ofte ha ømme og stramme muskler. De kan være stive og anspente. En lang sykdomsperiode setter spor etter seg i kroppen. Typiske symptomer kan være økt tonus i muskulaturen ofte i rygg, nakke og ansikt – med smerter, uro og anspenthet.

Ulike tiltak for å lindre er strykninger, avspennende berøring, varme og massasje. «Kan du ta litt på nakken min, eller synes du ikke det er noe vits lenger nå når jeg er blitt så syk?» spurte en kvinnelig pasient på 54 år. Mange av pasientene har et ønske om å bli tatt på.

Berøring er et sterkt virkemiddel som må brukes med fornuft og varsomhet. Når vi be-

rører kroppen, blir pasienten berørt både fysisk og psykisk. De må møtes i et mest mulig likeverdig forhold, selv om de er mottakere og vi utøvere (12).

Videre viser forskning at berøring påvirker fysiologiske prosesser. Ved å stimulere hud og sirkulasjon frigjøres Oxytocin og endorfiner (13). Også blodtrykk og respirasjon påvirkes gunstig (14).

Kvalitativt gir berøring pasienten en bekreftelse på at hun fortsatt er et levende menneske. Både gode og vonde kroppsdeler berøres, i håp om at de kan oppleve kroppen som en helhet og forhåpentligvis kan dette kanskje hjelpe dem til bedre å akseptere seg selv (15). Unni Vidvei Nygaard taler til fornuften ved å skrive (16): «Når kroppen mister sin tilhørighet til resten av mennesket, og lever sitt eget liv, blir det vanskelig for pasienten å kjenne den igjen. Hvordan er det med kroppsbildet, selvbildet når kroppen virker fremmed og i perioder bare oppleves stykkevis og delt?»

Mens Finn Carling taler til hjertet ved å skrive:

«Gi meg et tegn på at jeg lever, og ikke bare går omkring som en skygge. Strekk hånden din ut og ta på meg, slik at jeg kan kjenne kroppen min. Hvisk navnet mitt sakte igjen og igjen. Så jeg ikke helt skal glemme hvem jeg er.»

Tema 4: Fysisk trening ved langtkommen kreftsykdom

I perioden 2004-05 ble det gjennomført en doktogradsstudie, en intervensjonsstudie, av fysiolog Line M. Oldervoll (17). I alt 47 pasienter var inkludert etter følgende kriterier: Forventet levetid på 3-12 måneder, Karnofsky performance status på minst 60 prosent (altså: som trenger noe hjelp, men stort sett klare å tilfredsstille egne behov), adekvat smertelindring samt intakt gangfunksjon og kognitiv funksjon. Halvparten av dem var fra dagposten på Hospice Lovisenberg. Totalt 34 pasienter fullførte studien. Før studiestart var de plaget med uttalt tretthet og redusert muskellkraft, balanse og utholdenhet.

Tilbudet de fikk var å ta del i en treningsgruppe. Gruppen gjennomførte sirkeltrening to ganger i uka, 50 minutter hver gang i en seks ukers periode. Treningen bestod av 10 minutters oppvarming, 30 minutters sirkeltrening, med seks stasjoner hvor hver hadde en bestemt øvelse med mulighet for individuell tilpassing og 10 minutters uttøying/avspenning. Sirkeløvelsene la vekt på å styrke bein- og armer og fremme balanse og utholdenhet.

Før hver time ble det gjennomført symptomregistrering med ESAS, Edmonton Symptom Assessment System (18). Pasientenes fysiske funksjon ble testet før og

etter perioden med trening. De fylte ut et livskvalitetsskjema, European Organization for Research and Treatment of Cancer, samt Fatigue spørreskjema som måler uttalt tretthet eller overveldende følelse av å være utmattet. De fysiske funksjonstestene som ble brukt før og etter intervensjonsperioden var: 6 minutters gangtest, «Sitte til stå» og «Functional reach». Etter treningsperioden fylte pasientene også ut et skjema som la vekt på pasientens perspektiv.

Effektene av treningen var lovende når det gjaldt livskvalitet, uttalt tretthet, fysisk kapasitet og fysisk funksjon. Pasientene rapporterte at det var både nyttig og meningsfullt å trene. Antall pasienter i studiet var begrenset, men resultatene var likevel så positive at det er satt i gang en randomisert studie i 2006. Den ble avsluttet i 2010, men resultatet er ennå ikke ferdig bearbeidet.

Elsa var med i treningsprosjektet på dagposten

Elsa snakker om «tiden før og etter treningsprosjektet». Hun syntes det var tøft å starte i gruppa. Da måtte hun sette seg allerede under oppvarmingen. En time trening virket lenge. På stasjonene var det fint at hun kunne yte det hun selv ville. Å være i en fast gruppe med fysioterapeut ga henne trygghet. Avspenningen til slutt var deilig. Musikken gjorde det morsommere å trene. Da hun startet, kunne hun nesten ikke bøye seg for å ta noe opp fra gulvet. Hun pustet og peste når hun gikk, og kunne nesten ikke komme seg opp når hun falt. I dag går hun turer på 1-2 timer. Hun har ikke anstrengt pust og klarer å bøye seg ned for å hente noe fra gulvet. Kroppen er mye mykere og sterkere. Hun anbefaler alle å være med på noe liknende hvis de får anledning til det!

Oppsummerende avslutning

I artikkelen har jeg belyst ulike fysioterapi-tiltak som kan være viktige ved behandling av alvorlig syke og døende kreftpasienter. Pasientene er i en palliativ fase hvor målsettingen er å lindre, ikke kurere. Det er fire hovedtiltak. *Komplett fysikalsk lymfødem-behandling* hvor målsettingen er å redusere ødem, dempe sprengfølelse, gi avspenning og bedre funksjon. *Lungefysioterapi* som inneholder mange elementer, sekretmobilisering, hvilestillinger, øvelser, informasjon om ulike hjelpemidler og årsakssammenhenger. *Berøring/massasje* gir symptomlindring hos pasienter med høy tonus i muskulaturen og angst eller uro. *Oxytocin* og *endorfiner* frigjøres ved stimulering av hud og sirkulasjon. Forskning viser at *fysisk trening* hos denne pasientgruppen kan ha effekt på fysisk kapasitet, livskvalitet og uttalt tretthet. Jeg håper teorien og pasienteksemplene formidler hvor viktig fysioterapi er som en del av symptomlindring eller palliasjon.

Avslutningen er til min kollega Unni Vidvei Nygaards ord (19):

«Min jobb ved Hospice Lovisenberg er å gå ved siden av denne siste delen av livet. Gjøre tiden så tilrettelagt, god, lindrende og levende som mulig. Med bruk av de fagkunnskaper, hjelpemidler, hender, fantasi og medmenneskelighet jeg har – i tett samarbeid med pasienten selv, pårørende og de andre faggruppene.»

Litteratur

1. NOU-1997:20. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan, fysioterapi kap.8.10.8.
2. Martlew B. What do You Let the Patient Tell You? Physiotherapy 1996; 82 (10): 558-65.
3. Engelsrud G. Hvordan dokumentere effekten av fysioterapi? Fysioterapeuten 1998; 10: 2-7.
4. NOU-1999:2. Livshjelp. Kap. 4,6.
5. Thybo P, Hvorfor bruke musikk i fysioterapi? Tilgjengelig på:

- www.fysioterapeuten.no/1999/199914/fagart1.html
6. Engeset A, Petlund C F. Lymfødem klinikk og behandling. 1.utgave. Oslo: Gyldendal akademiske, 2002.
 7. Bergholtz BØ. Dr. med. Forelesning om luftveisinfeksjoner 091 105, dagseminar for Fysioterapinettverket i Oslo.
 8. Corner J, Plant H, Hern R A, Bailey C. Non-pharmacological intervention for breathlessness in lung cancer. Palliativ medicin 1996; 10: 299-305.
 9. Sandgren J. Hvem er jeg fysioterapeuten? Omsorg 1999: 3.
 10. Ingwersen U, Andersen J B. Rationel lungefysioterapi. 3.utgave. København: Munksgaard 1983: 3.
 11. Webber B A, Hofmeyr J L, Morgan L, Hodson M E. Effects of postural drainage. British Journal of Diseases of the Chest 1986; 80: 353-9.
 12. Moseby D, Flølo A V, Iversen G, al. Berøring og selvbilde. Prosjektoppgave i Palliativ Omsorg kull 2, 2000/01.
 13. Uvnuas M K. Avspenning, ro og berøring. Foredrag på den tredje Nordiske lymfologi kongressen 2007.
 14. Bøhn M. Rehabiliteringsomsorg for kreftpasienter. Oslo: Kommuneforlaget, 2002.
 15. Haugen K A. Hva karakteriserer fysioterapi hos alvorlig syke og døende pasienter? Revidert modul oppgave Onkologi del 1, 2002.
 16. Nygaard VU. Kroppsbilde. Foredrag for Faggruppen for onkologi og lymfologi 2005.
 17. Oldervoll LM. Physical activity and exercise interventions in cancer patients: Doctoral Theses at NTNU, Trondheim: NTNU Trondheim, 2006.
 18. Kaasa S. Palliativ behandling og pleie. Nordisk lærebok. 2.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
 19. Nygaard VU. En arbeidsdag på Hospice Lovisenberg. Fysioterapeuten 1999: 13: 13-4.

**Enkel motstandsjustering.
Dobbel funksjon på mange
av apparatene.**



www.hur.no

Gode løsninger til fysioterapeuter i 20 år