



# Retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase



## RETNINGSLINJER FOR FYSIOTERAPI TIL PASIENTER I PALLIATIV FASE

Utarbeidet juni 2009 av:	Forevist:	Revidert av:	Revisjonsdato:
Tone-Lise Frantzen, Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) og Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest (KLB) Anicken Smith Huun, Haukeland universitetssjukehus (HUS) Elisabeth Livden Baklien, Haukeland universitetssjukehus (HUS)	Dagny Faksvåg Haugen, Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest (KLB)	Tone-Lise Frantzen	Des. 2009 Aug. 2010 Okt. 2019

Utgitt av:

- Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest
- Haukeland universitetssjukehus, Fysioterapiavdelingen
- Haraldsplass Diakonale Sykehus, Rehabiliteringstjenester og Med 1 - Sunniva avdeling for lindrende behandling

Forside: Maleri av Torunn Urnes Meyer

---

## FORORD

I tråd med økt vektlegging av palliasjon i helsevesenet generelt, har fysioterapeuter blitt mer involvert i behandling av palliative pasienter de senere år. På sykehus er disse pasientene plassert på mange ulike avdelinger. Behandlingen er mer symptomrelatert enn diagnoserelatert, og den vil ofte ha et annet mål enn annen fysioterapi. Fysioterapi til denne gruppen vil dermed ofte ikke omfattes av de ulike avdelingens retningslinjer. På bakgrunn av dette ble det høsten 2005 satt ned en gruppe ved Haukeland universitetssjukehus (HUS), Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB) for å utarbeide retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase. Retningslinjene skal kunne brukes ved alle avdelinger ved våre sykehus, men vil også ha relevans for pasienter andre steder i helsevesenet.

Retningslinjene er ikke ment å være detaljerte behandlingsregimer, men skal gi veiledning og større trygghet i møte med pasienter i en palliativ fase. De skal kunne brukes uavhengig av diagnoser, og omhandler blant annet mål for fysioterapitilnærmingen, aktuelle tiltak, kommunikasjon med den alvorlig syke pasienten, tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, holdninger/etiske problemstillinger, samt ivaretagelse av fysioterapeutens egne behov. Vi håper at dette både vil bidra til å synliggjøre fysioterapifagets plass i palliasjon og sette fokus på det palliative fagfeltet blant fysioterapeuter.

Gruppen har bestått av to fysioterapeuter ved HUS med lang erfaring i behandling av kreftpasienter, samt en fysioterapeut ansatt både ved HDS og ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest med lang erfaring fra Sunniva klinikk for lindrende behandling, HDS. Retningslinjene er basert på egne erfaringer med palliative pasienter, samarbeid med kolleger ved palliative enheter i Norge og på nasjonal og internasjonal litteratur om fysioterapi i palliasjon. De er i tråd med gjeldende politiske føringer. Kapitlet om barn er skrevet av fysioterapeut ved Barneklubben, HUS, Anne Berle Robstad.

Gruppen vil takke leder for Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest Dagny Faksvåg Haugen for faglige innspill og veiledning underveis, spesielt i forhold til medisinske problemstillinger. Vi takker også fysioterapeutkolleger som har gitt kommentarer og innspill.

Bergen, juni 2009

Tone-Lise Frantzen  
Baklien

Anicken Smith Huun

Elisabeth Livden

## **FORORD TIL REVIDERT UTGAVE 2019**

*Retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase* ble utarbeidet i 2009 og ble delvis revidert i 2010. Den har siden vært tilgjengelig på helsebiblioteket.no og har vært brukt av fysioterapeuter over hele landet. Retningslinjen ble lagt til grunn for kapitlet om palliasjon og flere andre kapitler ved utarbeidelsen av *Fysioterapi til kreftpasienter*, utgitt av NFF, faggruppen for onkologi og lymfologi i 2016. Denne ble utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet og i forbindelse med utgivelsen av en kort nettbasert veileder *Fysioterapi ved kreft* som ligger på Helsedirektoratets side om kreft. Ved utarbeidelsen av disse dokumentene ble det gjort nye litteratursøk, og flere fagpersoner var involvert. Noe av dette er tatt med i denne revisjonen. Det henvises i stor grad til *Fysioterapi til kreftpasienter* i denne retningslinjen, i teksten referert til som Nesvold et al 2016.

*Retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase* er i denne revisjonen gjort mer diagnoseuavhengig enn den forrige, og fagpersoner fra Haukeland universitetssjukehus og Haraldsplass diakonale Sykehus med spesiell kompetanse innen nevrologi, lungefysioterapi og smerte, har bidratt. Alle de opprinnelige forfatterne har kommet med innspill og godkjent den reviderte utgaven. Det er gjort nye litteratursøk og grov gjennomgang av publikasjoner i PubMed, Cochrane og Embase, både på fysioterapi i palliasjon generelt og på enkelttema som nevrologi, smerte, tungpust og lymfødem. Kapitlet om barn er fjernet og erstattet av linker til relevante retningslinjer. Retningslinjen er i mindre grad enn før relatert til lokale forhold. Den er fortsatt i stor grad erfaringsbasert og i tråd med gjeldende praksis og konsensus i fagmiljøet, men er underbygget av aktuell litteratur og oppdatert forskning.

Med spesiell takk til fysioterapeutkolleger Sissel Aina Brenne (HUS), Anne Grethe Paulsberg (HUS), Tone Espedal (HDS), Torunn Åkra (HDS) og til medforfatterne Elisabeth Livden Baklien (HUS) og Anicken Smith Huun (Stensnes Fysikalske Institutt).

Bergen, oktober 2019

Tone-Lise Frantzen

Spesialist i onkologisk fysioterapi  
Rehabiliteringstjenester / Medisin 1 - Sunniva avdeling for lindrende behandling,  
Haraldsplass Diakonale Sykehus og  
Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest

## INNHOLDSFORTEGNELSE

1.	INNLEDNING .....	8
1.1.	Hva er palliasjon? .....	8
1.2.	Palliativ rehabilitering .....	8
1.3.	Fysioterapi i palliasjon .....	9
1.4.	Pasienter med behov for palliasjon .....	9
2.	UNDERSØKELSE OG KARTLEGGING .....	10
2.1.	Generelle prinsipper .....	10
2.2.	Bakgrunnsinformasjon .....	10
2.3.	Samtale .....	10
2.4.	Undersøkelse .....	10
2.5.	Aktuelle kartleggingsredskap .....	11
3.	MÅL FOR FYSIOTERAPI .....	13
3.1.	Generelle prinsipper .....	13
3.2.	Hovedmål og delmål .....	13
4.	FYSIOTERAPITILTAK .....	13
4.1.	Generelle prinsipper .....	13
4.2.	Aktuelle tiltak .....	14
5.	FYSIOTERAPI VED ULIKE SYMPTOMER OG TILSTANDER .....	14
5.1.	Fysioterapi ved redusert fysisk funksjon, inaktivitet og fatigue .....	14
5.1.1.	Grunnlagsinformasjon .....	14
5.1.2.	Undersøkelse av fysisk funksjonsnivå .....	16
5.1.3.	Målsetting ved redusert fysisk funksjon, inaktivitet og fatigue .....	16
5.1.4.	Fysioterapitiltak ved redusert fysisk funksjon .....	16
5.1.5.	Kontraindikasjoner/forsiktighetsregler .....	17
5.2.	Fysioterapi ved smerter .....	17
5.2.1.	Grunnlagsinformasjon .....	17
5.2.2.	Undersøkelse ved smerter .....	17
5.2.3.	Målsetting ved smerter .....	18
5.2.4.	Fysioterapitiltak ved smerter .....	18
5.2.5.	Kontraindikasjoner/forsiktighetsregler .....	20
5.3.	Fysioterapi ved tungpust .....	21
5.3.1.	Grunnlagsinformasjon .....	21
5.3.2.	Undersøkelse ved tungpust .....	21
5.3.3.	Målsetting ved tungpust .....	22
5.3.4.	Aktuelle fysioterapitiltak ved tungpust .....	22
5.3.5.	Kontraindikasjoner/forsiktighetsregler .....	23
5.4.	Fysioterapi ved ødem/lymfødem .....	23
5.4.1.	Grunnlagsinformasjon .....	23
5.4.2.	Undersøkelse ved ødem/lymfødem .....	24
5.4.3.	Målsetting ved ødem/lymfødem .....	24
5.4.4.	Aktuelle fysioterapitiltak ved ødem/lymfødem .....	24
5.4.5.	Kontraindikasjoner/forsiktighetsregler .....	25
5.5.	Fysioterapi ved skjelettmetastaser .....	25
5.5.1.	Grunnlagsinformasjon .....	25
5.5.2.	Undersøkelse ved skjelettmetastaser .....	26

5.5.3.	Målsetting ved skjelettmetastaser .....	26
5.5.4.	Aktuelle fysioterapitiltak ved skjelettmetastaser .....	26
5.5.5.	Kontraindikasjoner / forsiktighetsregler .....	27
5.6.	Fysioterapi ved medullakompresjon .....	27
5.6.1.	Grunnlagsinformasjon .....	27
5.6.2.	Undersøkelse ved medullakompresjon .....	28
5.6.3.	Målsetting ved medullakompresjon .....	28
5.6.4.	Aktuelle fysioterapitiltak ved medullakompresjon .....	28
5.6.5.	Kontraindikasjoner / forsiktighetsregler .....	28
5.7.	Fysioterapi ved dyp venetrombose (DVT) .....	29
5.7.1.	Grunnlagsinformasjon .....	29
5.7.2.	Undersøkelse ved DVT .....	29
5.7.3.	Målsetting ved DVT .....	29
5.7.4.	Aktuelle fysioterapitiltak ved DVT .....	29
5.7.5.	Kontraindikasjoner / forsiktighetsregler .....	30
5.8.	Fysioterapi ved nevrologiske symptomer .....	30
5.8.1.	Grunnlagsinformasjon .....	30
5.8.2.	Undersøkelse ved nevrologiske symptomer .....	31
5.8.3.	Målsetting ved nevrologiske symptomer .....	31
5.8.4.	Aktuelle fysioterapitiltak ved nevrologiske symptomer .....	31
5.8.5.	Kontraindikasjoner / forsiktighetsregler .....	33
5.9.	Fysioterapi til barn i palliativ fase .....	33
6.	HJELPEMIDLER .....	33
6.1.	Generelt om hjelpemidler til pasienter i palliativ fase .....	33
6.2.	Mål for tilrettelegging og tilpasning av hjelpemidler: .....	34
6.3.	Aktuelle hjelpemidler .....	34
6.4.	Retningslinjer ved kartlegging og bestilling av hjelpemidler .....	34
7.	ANDRE FORHOLD AV BETYDNING FOR FYSIOTERAPI .....	35
7.1.	Strålebehandling .....	35
7.1.1.	Bivirkninger .....	36
7.1.2.	Konsekvenser for fysioterapi .....	36
7.2.	Cellegiftbehandling .....	37
7.2.1.	Bivirkninger .....	37
7.2.2.	Konsekvenser for fysioterapi .....	38
7.3.	Medikamenter i palliativ fase .....	38
7.4.	Den døende pasienten .....	39
8.	SAMARBEID OG BEHANDLINGSFLYT .....	39
8.1.	Tverrfaglig samarbeid .....	39
8.2.	Palliative team og enheter og ressursnettverk .....	40
8.3.	Samhandling og kontinuitet .....	40
9.	GRUNNLEGGENDE HOLDNINGER OG ETISKE ASPEKTER .....	41
9.1.	Møte pasienten med respekt .....	41
9.2.	Etiske aspekter ved utøvelse av fysioterapi .....	41
9.3.	Se hele mennesket .....	42
10.	KOMMUNIKASJON .....	42
10.1.	Teamarbeid og ansvarsfordeling .....	43
10.2.	Være tilgjengelig .....	43

10.3.	Være ærlig .....	43
10.4.	Bekrekte lidelsen .....	43
10.5.	Være et medmenneske .....	44
11.	IVARETAKELSE AV OSS SELV SOM TERAPEUTER .....	44
11.1.	Faktorer som oppleves som belastende .....	44
11.2.	Anbefalinger .....	45
12.	AKTUELLE NETTADRESSER .....	46
13.	REFERANSER .....	47
14.	VEDLEGG .....	52
	Vedlegg 1: ESAS-r pasientskjema.....	53
	Vedlegg 2: ESAS-r forløpsskjema .....	54
	Vedlegg 3: WHO/ECOG-status .....	55
	Vedlegg 4: Karnofsky performance status .....	56
	Vedlegg 5: Barthel ADL-indeks.....	57
	Vedlegg 6: Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT).....	58
	Vedlegg 7: EFAT-instruksjon .....	59
	Vedlegg 8: Dyspnoea-12 .....	60
	Vedlegg 9: Fatigue Questionnaire (FQ).....	61
	Vedlegg 10: Fatigue Severity Scale (FSS) .....	62

# 1. INNLEDNING

## 1.1. Hva er palliasjon?

[Verdens helseorganisasjon \(WHO\)](#) definerer palliasjon på følgende måte:

*Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.*

WHO vektlegger at palliasjon skal benyttes i hele sykdomsforløpet ved livstruende sykdom, og det er nå et økende fokus på andre diagnoser enn kreft.

WHO angir følgende prinsipper for palliasjon:

- Lindrer smerte og andre plagsomme symptomer
- Anerkjenner døden som en naturlig del av livet
- Har verken til hensikt å fremskynde eller utsette døden
- Inkluderer psykologiske og åndelige/eksistensielle aspekter i pasientomsorgen
- Tilbyr nødvendig hjelp og støtte slik at pasientene kan leve et så aktivt liv som mulig frem til døden inntreffer
- Tilbyr nødvendig hjelp og støtte slik at pårørende kan håndtere både pasientens sykdom og egen sorgprosess
- Bruker en tverrfaglig tilnærming for å ivareta pasienters og pårørendes behov, også i sorgprosessen hvis påkrevd
- Skal forbedre livskvaliteten og kan også virke positivt på sykdomsforløpet

Viktige politiske dokument er Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, rev. 2019 og NOU 2017:16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende.

## 1.2. Palliativ rehabilitering

WHO sier at palliasjon skal tilby et støttesystem for å hjelpe pasienten til å leve så aktivt som mulig frem til døden inntreffer. Dette er også en sentral tankegang i rehabilitering. Som et resultat av moderne kreftbehandling, lever folk i dag lenger med sin sykdom. Dette innebærer at man lever lenger med ettervirkninger av kreftbehandling, og rehabilitering er aktuelt i flere faser. Begrepet *palliativ rehabilitering* brukes om rehabilitering i sen fase. Symptomkontroll spiller en viktig rolle for å fremme størst mulig grad av uavhengighet (Tookman et al. 2004) og er en del av rehabiliteringen. Palliativ rehabilitering innebærer en helhetlig og tverrfaglig



tilnærming og har som mål å istandsette og hjelpe pasientene til å tilpasse seg sine endrede omstendigheter, slik at de kan leve et mest mulig tilfredsstillende liv.

(Barawid et al 2015, Montagnini og Javier 2019)

### **1.3. Fysioterapi i palliasjon**

Palliativ rehabilitering og symptomlindring innebærer også en aktiv tilnærming fra fysioterapeut, og fysioterapeutens rolle i palliasjon er godt dokumentert (Putt et al 2017). I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, rev. 2019, vedlegg 1: Organisering, defineres fysioterapeuten som en del av kjerneteamet som skal være tilgjengelig for palliative pasienter, og i Norge er det fysioterapeut tilknyttet de fleste palliative enheter og team.

Det er imidlertid store variasjoner i fysioterapitilbudet til pasienter med behov for palliasjon. Dette vil ha sammenheng med både ressurser, fysioterapeutenes prioritering av og kunnskap om palliasjon og av andre yrkesgruppers kjennskap til hva fysioterapeuten kan tilby. Pasienter med palliative behov bør ha samme tilgang til fysioterapi uavhengig av hvor de bor og hvor de befinner seg i helsevesenet. Som fysioterapeuter møter vi pasienter med palliative behov både i 1. og 2. linjetjenesten; på lindrende enheter, på rehabiliteringsenheter, på ulike sykehusavdelinger, på sykehjem, i privat praksis og i hjemmet.

### **1.4. Pasienter med behov for palliasjon**

Pasienten med behov for palliasjon kan ha ulike livstruende/livsbegrensende diagnoser som kreft, alvorlig nevrologisk sykdom, alvorlig hjerte-/lungesykdom, nyresvikt eller annen sykdom. Palliasjon kan være aktuelt i ulike faser ved livstruende sykdom, men behovet vil variere i de ulike fasene. Vanligvis vil behovet for spesialisert palliasjon øke utover i sykdomsforløpet. Følgende trekk vil ofte prege pasienter, spesielt i en sen palliativ fase:

- Redusert fysisk funksjon som følge av sykdom, behandling og immobilisering knyttet til sykdom og behandling
- Ulike symptomer som smerte, tungpust, trøtthet, kvalme, uro, angst og nedstemthet
- Nedsatt allmenntilstand
- Muskulære spenninger sekundært til smerte, som følge av angst og spenning knyttet til sykdomssituasjonen eller som følge av et endret bevegelsesmønster
- Spesielle problemstillinger som skjelettmetastaser, medullakompresjon, dyp venetrombose, ødemer, nevrologiske symptomer med mer
- Sammensatte problemstillinger og behov

## 2. UNDERSØKELSE OG KARTLEGGING

### 2.1. Generelle prinsipper

- En god kartlegging og undersøkelse er viktig som grunnlag for målsetting og valg av tiltak.
- Ved redusert allmenntilstand bør kartlegging og undersøkelse være minst mulig belastende for pasienten, og fysioterapeuten må vurdere nøye hvilke redskap og tester som er relevante og hensiktsmessige å bruke. Et hovedprinsipp bør være at undersøkelsen får en terapeutisk konsekvens.
- Undersøkelse og kartlegging innebærer både å skaffe nødvendig bakgrunnsinformasjon, samtale med pasient og pårørende, samt foreta relevante undersøkelser og tester.
- I sen palliativ fase kan kartleggingen bestå hovedsakelig av bakgrunnsinformasjon, observasjoner og samtale med pasient og eventuelt pårørende.

(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007)

### 2.2. Bakgrunnsinformasjon

Før det første møtet med pasienten bør man skaffe seg så god bakgrunnsinformasjon som mulig. Dersom det er utført ESAS-registrering, kan det gi nyttig informasjon. Det er også nyttig å kjenne til ECOG/WHO score og Karnofsky score som ofte oppgis i legejournalen. Det bør innhentes informasjon om følgende:

- Diagnose, sykehistorie, tidligere og pågående behandling
- Bildediagnostiske funn og andre relevante prøvesvar
- Sykdomsfase og prognose
- Restriksjoner og kontraindikasjoner

(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007)

### 2.3. Samtale

Det er viktig å ha god tid til samtale med pasienten. Følgende tema er aktuelle:

- Opplevelse av sykdomsrelaterte plager og symptomer: Hva opplever du som ditt største problem?
- Tidligere og pågående aktiviteter og funksjonsnivå
- Forventninger, motivasjon og mål for behandlingen: Hva er viktig for deg nå?
- Ressurser og nettverk

(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007)

### 2.4. Undersøkelse

Aktuelle aspekter i den fysioterapeutiske undersøkelsen:

---

- Generell funksjonsevne:
  - Evne til forflytning, gangfunksjon, ADL
  - Årsak til eventuell redusert funksjon
- Spesiell funksjonsevne (testes etter behov):
  - Muskelstyrke
  - Bevegelighet
  - Balanse/koordinasjon
  - Avspenningsevne og kroppsopplevelse
  - Nevrologisk status (sensibilitet, kraft, muskeltonus, koordinasjon mm)
- Smerte:
  - Smerteanamnese: Lokalisasjon, utstråling, karakter, intensitet, varighet, variasjon
  - Observasjon av smerter under bevegelse/aktivitet
- Respirasjon og lungefunksjon:
  - Respirasjon: leie, frekvens, bruk av aksessorisk respirasjonsmuskulatur, eventuell O2-tilførsel, subjektiv opplevelse av tungpust
  - Mestringsstrategier og tenkning
  - Sekret: lokalisasjon, mengde og konsistens
  - Hosteteknikk og hostekraft, eventuelt måle med hoste-PEF
  - Thorax` form og elastisitet
  - Holdning og spenningsnivå
  - Eventuelle aktivitetsbegrensninger
- Sirkulatoriske forhold:
  - Hudkvalitet
  - Ødem: konsistens, lokalisasjon, utbredelse og omkretsmål av ekstremitet
- Andre symptomer:
  - Fatigue
  - Kvalme
  - Uro
  - Depresjon og angst
  - Kognitiv svikt
- Kartlegging av hjelpemidler og hjelpemiddelbehov  
(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007)

## 2.5. Aktuelle kartleggingsredskap

Det kan være hensiktsmessig å bruke standardiserte kartleggings skjema og tester, både for å dokumentere status og for å måle endring. Disse kan også ha en prognostisk verdi. Under følger noen aktuelle kartleggingsredskap og tester.

## Skjema for selvrapporing

- [Edmonton Symptom Assessment Scale \(ESAS-r\)](#) - kartlegger pasientens subjektive symptomer og anbefales til bruk ved alle avdelinger med pasienter i palliativ fase
- [Kroppskart til smertekartlegging](#) og [VAS/NRS](#) – redskap for beskrivelse, lokalisering og gradering av smerter
- [Fatigue Questionnaire \(FQ\)](#) og [Fatigue severity scale \(FSS\)](#)
- Dyspnoea-12 (ligger som vedlegg)

## Redskap for kartlegging og gradering av funksjonsnivå og ADL

- [Barthel ADL-Indeks](#) - kartlegger ADL-funksjon
- [ECOG/WHO Performance Scale](#) og [Karnofsky Performance Scale \(KPS\)](#)
  - funksjonskategorisering
- Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) - kartlegger funksjonsnivå, er utarbeidet til bruk for fysio- og ergoterapeuter, sensitivt ved dårlige pasienter (ligger som vedlegg)

## Tester og måleredskap

- **Gangtester**
  - 3 eller 4 meter gangtest (fra SPPB)
  - 3- eller [6 minutters gangtest](#)
- **Balanse og funksjon**
  - [Bergs balanse skala \(BBS\)](#)
  - [Short Physical Performance Battery \(SPPB\)](#)
  - [Timed up and go \(TUG\)](#)
- **Muskelstyrke**
  - [Oxford Scale](#) - for gradering av muskelstyrke
  - [Hand Grip Strength Test](#) - gir mål på generell muskelstyrke
- **Utholdenhet**
  - [6 minutters gangtest](#)
  - [Trappetest](#)
  - [30 sekunder reise/sette seg](#)
  - [Shuttle Walk Test](#)

(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007)

### **3. MÅL FOR FYSIOTERAPI**

#### **3.1. Generelle prinsipper**

Målsetting er viktig og bidrar til en bevisstgjøring, både for pasient og fysioterapeut. Realistiske og oppnåelige mål og delmål kan være en viktig motivasjonsfaktor.

- Målene må baseres på kartleggingen og bygge på fagkompetanse, men må settes i samarbeid med pasient og eventuelt pårørende
- Målene må være realistiske og bygge på en ærlig kommunikasjon
- Mål for fysioterapi må samsvare med teamets målsetting
- Det må foretas en kontinuerlig evaluering og endring av mål. Etter hvert som sykdommen progredierer, vil målene bli mer kortsiktige, og fokus i behandlingen endres ofte fra opprettholdelse av funksjon til lindring og velvære.

(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007)

#### **3.2. Hovedmål og delmål**

- Hovedmål for all palliasjon er økt livskvalitet. Livskvalitet er subjektivt, og hva som er viktig for økt livskvalitet, vil variere fra pasient til pasient og kan endres i ulike faser. Undersøkelser viser likevel at både ivaretagelse av fysisk funksjon og smertelindring er viktige faktorer for livskvalitet hos de fleste (Cohen og Leis 2002).
- Aktuelle delmål:
  - Optimal funksjon og størst mulig grad av selvstendighet
  - Forebygge komplikasjoner som følge av immobilisering
  - Forebygge og lindre smerte, tungpust, fatigue og andre symptomer
  - Redusere/lindre ødem
  - Fremme avspenning, lindre angst og uro
  - Velvære og gode kroppsopplevelser

(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007)

### **4. FYSIOTERAPITILTAK**

#### **4.1. Generelle prinsipper**

Fysioterapi kan ha stor betydning og være en viktig del av behandlingen (Putt et al 2017). En kvalitativ studie fra 2009 om pasienters erfaringer med fysioterapi i palliativ fase beskriver blant annet erfaringer som økt selvstendighet, støtte og symptomlindring (Dahlin og Heiwe 2009). Fysioterapi har ofte fokus på ressurser og har en viktig rolle i å fremme håp og mestring (Amundsen og Carlsen 2012). Under følger noen generelle, overordnede prinsipper for fysioterapeutens tilnærming til pasientbehandling i palliasjon:

- Det brukes vanlige behandlingsprinsipper og metoder, men man må i større grad enn ellers tilpasse tiltakene til den enkeltes sykdomsfase, tilstand og ønsker
- Behandlingen retter seg mot symptomer mer enn sykdommer
- Alle tiltak må underbygge pasientens opplevelse av verdighet, mestring og kontroll
- Det er viktig å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og også ha fokus på det friske
- Behandlingen må oppleves positiv og meningsfull
- Fysioterapitiltakene må samordnes med den øvrige behandlingen, og det bør være en god balanse mellom aktivitet og hvile
- Tiltakene må justeres fortløpende i forhold til pasientens tilstand og ønsker, og det må gjøres en kontinuerlig vurdering i samråd med pasient, pårørende og teamet av når behandlingen skal avsluttes
- I sen palliativ fase vil kontraindikasjoner være mer relative og pasientens opplevelse av lindring være mer styrende

(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007)

## **4.2. Aktuelle tiltak**

Følgende tiltak vil være aktuelle:

- Bevegelse og trening på ulike nivå, individuelt og i gruppe
- Smertelindrende og smerteforebyggende tiltak
- Tiltak for å optimalisere respirasjonen
- Ødem-/lymfødembehandling
- Tiltak for å fremme avspenning, gi gode kroppsopplevelser og lindre angst og uro
- Tilpasning av hjelpemidler / tilrettelegging
- Råd og veiledning til pasient, pårørende og helsepersonell

(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007)

## **5. FYSIOTERAPI VED ULIKE SYMPTOMER OG TILSTANDER**

### **5.1. Fysioterapi ved redusert fysisk funksjon, inaktivitet og fatigue**

#### **5.1.1. Grunnlagsinformasjon**

Forskning viser at livskvalitet er spesielt knyttet til det å beholde funksjoner som er viktige for å klare seg i dagliglivet, selv ved langtkommet sykdom (Cohen og Leis 2002).

De fleste pasienter i palliativ fase vil oppleve tap av fysisk funksjon. Hos kreftpasienter kan dette skyldes selve kreftsykdommen, behandlingen av denne og inaktivitet som følge av sykdom og behandling. Ernæringssvikt med vekttap og muskelatrofi som følge, tungpust, pareser og patologiske frakturer er eksempler på

sykdomsrelaterte faktorer som fører til redusert fysisk funksjon. Medikamentbruk kan medføre muskelsvekkelse og svimmelhet, og ved bruk av sterke steroider kan man få raskt innsettende proximale myopatii. Symptomer som fatigue, smerter, kvalme, angst og depresjon vil ofte føre til nedsatt fysisk aktivitet og dermed lede inn i en ond sirkel som gir ytterligere redusert fysisk funksjon (Nasjonalt handlingsprogram i palliasjon 2019). Inaktivitet kan medføre komplikasjoner som obstipasjon, lungebetennelse, sår, ødemer, dyp venetrombose, muskelatrofi, kontrakturer og smerter fra muskler og skjelett. Hos pasienter med hjertesvikt er tungpust og fatigue vanlige symptomer, og hos pasienter med avansert KOLS eller annen sykdom som medfører respirasjonssvikt, er invalidiserende tungpust et hovedsymptom. Det er også vist å være betydelig økt fallrisiko i palliativ fase (Stone et al 2011).

(Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen 2019, kap.2)

Regelmessig bevegelse vil kunne være med på å begrense unødige komplikasjoner og bidra til å opprettholde fysisk funksjon. Betydningen av fysisk aktivitet som tiltak ved langtkommet kreftsykdom bekreftes i flere studier og oppsummeres i en systematisk oversikt fra 2018 (Heywood et al 2018), hvor det konkluderes med at fysisk aktivitet har positiv effekt på livskvalitet, psykososiale faktorer, fysisk funksjon, fatigue, søvnkvalitet og i noen tilfeller smerte. Dette er også beskrevet i flere nordiske studier (Oldervoll 2011, Paltiel 2009, Gulde 2011). Det er ikke dokumentert negative virkninger av fysisk aktivitet i palliativ fase, men det må tas hensyn til pasientens tilstand og sykdomsforhold. Studier har store variasjoner i type intervensjoner og omfatter både individuell trening og gruppetrening, hjemmebaserte øvelser/aktiviteter og sykehusbasert trening, utholdenhetstrening og styrketrening. Det ser ut som at all fysisk aktivitet gir gevinst, og det er ikke grunnlag for å gi detaljerte anbefalinger om type trening. Ut fra flere studier kan det likevel se ut som man har en positiv tilleggseffekt av gruppetrening, også i sen palliativ fase, både på psykisk velbefinnende og opplevelse av livskvalitet (Paltiel et al 2009).

Det er vist god effekt av trening ved moderat til alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse II og III). Ved klasse IV bør man rådføre seg med kardiolog, men pasientene bør som regel oppmuntres til å være fysisk aktive i den grad de er i stand til det. Hos pasienter med KOLS og annen sykdom som medfører respirasjonssvikt, er fysisk trening og aktivitet også viktig. Treningen må tilrettelegges og tilpasses den enkelte og bør være en kombinasjon av styrketrening og utholdenhetstrening, gjerne med korte intervaller.

I tillegg til treningseffekten kan hensikten med bevegelse også være bevegelsesglede som en motvekt til smerte, tap av kontroll og andre negative kroppslige erfaringer, og treningsøkten bør være en positiv opplevelse (Bøhn 2000, Amundsen 2012). Ved å sette fokus på det friske, kan pasienten hjelpes til å hente frem egne, iboende ressurser (Bøhn 2000). Bevegelse kan bidra til å fremme kontakt med seg selv og ivareta identitet i en palliativ fase hvor pasienten gradvis mister evnen til å være i aktivitet og i oppreist stilling, og de proprioceptive sansene dermed får mindre stimuli (Amundsen 2015).

(Nesvold et al 2016, Helbostad et al 2007, Piña 2019, Oldervoll og Stene 2016)

### **5.1.2. Undersøkelse av fysisk funksjonsnivå**

For undersøkelse og aktuelle kartleggingsredskap, se kap. 2: Undersøkelse og kartlegging. Ved undersøkelse av fysisk funksjonsnivå er det spesielt viktig å ha fokus på årsaker til nedsatt fysisk funksjon hos pasienten, da symptom bildet ofte er svært sammensatt.

### **5.1.3. Målsetting ved redusert fysisk funksjon, inaktivitet og fatigue**

Målsetting for fysioterapi ved funksjonstap og inaktivitet vil være avhengig av funn, pasientens symptomer, allmenntilstand og motivasjon. Aktuelle mål er:

- Forebygge/ redusere komplikasjoner som følge av inaktivitet
- Forebygge fall
- Fremme funksjon og tilpasning til et endret funksjonsnivå
- Forebygge og lindre smerte, fatigue og andre symptomer
- Gode kroppsopplevelser, fremme avspenning og lindre uro

### **5.1.4. Fysioterapitiltak ved redusert fysisk funksjon**

Valg av tiltak og dosering vil variere i løpet av sykdomsforløpet og må tilpasses kontinuerlig. Treningen bør være positiv, oppleves meningsfull og foregå helt på pasientens premisser. Følgende tiltak er aktuelle:

- Trening av bevegelighet, styrke, balanse og utholdenhet – tilpasset sykdomssituasjonen
- Funksjonstrening - forflytning, gange, trappegang
- Utarbeiding av program for egentrening
- Veiledning av pasient, pårørende og pleiepersonell:
  - hensiktsmessige og trygge forflytningsstrategier
  - fallforebyggende tiltak
  - oppmuntre til og legge til rette for aktivitet - bidra til å unngå unødig sengeleie
- Tilrettelagt gruppetrening med mulighet for individuell tilpasning
- Tilrettelegging og tilpasning av ortoser og tekniske hjelpemidler
- Ved fatigue - tilpasset trening og veiledning i mestringsstrategier
- For sengeliggende/immobiliserte pasienter:
  - Tromboseprofylaktiske øvelser
  - Direkte og indirekte respirasjonsøvelser
  - Tøyninger, passive bevegelser, aktive og ledet aktive øvelser
  - Berøring og massasje
  - Avspenningsteknikker
  - Hjelp og tilrettelegging for gode hvilestillinger, stillingsendringer, trykkavlastende underlag, støtteputer og eventuelt hjelpemidler for forflytning i seng.

(Oldervoll og Stene 2016, Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016)



### **5.1.5. Kontraindikasjoner/forsiktighetsregler**

- Som hovedregel bør aktiviteten ikke fremprovosere smerter
- Det må utøves spesiell forsiktighet ved lavt hemoglobinnivå, lave blodplateverdier, uttalt kakeksi, symptomer på infeksjon og ved frakturfare ved skjelettmetastaser
- Aktiviteten bør ikke trøtte ut pasienten og må hele tiden tilpasses den aktuelle situasjonen og eventuelt pågående behandling
- Ved høy grad av fatigue må man starte forsiktig og eventuelt øke gradvis
- Obs noen tilstander hvor trening ikke er tilrådelig/usikkert, som ustabil angina pectoris, enkelte former for arytmier, ustabil og ubehandlet høyt blodtrykk og alvorlig lungesykdom. Ved dårlige hjertesviktpasienter (NYHA klasse 4) bør man rådføre seg med kardiolog

(Oldervoll et al 2016, Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016)

## **5.2. Fysioterapi ved smerter**

### **5.2.1. Grunnlagsinformasjon**

Smerte er et vanlig symptom i palliativ fase. Smerte kan være et direkte resultat av sykdommen, resultat av kreftbehandling og annen behandling, eller sekundært til sykdom og behandling. Pasienten kan også ha smerter som er uavhengige av den aktuelle sykdommen. Smerteopplevelsen er påvirket av psykiske, sosiale, kulturelle og åndelig/eksistensielle forhold. Smertebildet og årsaksforholdene er vanligvis komplekse og sammensatte og bør være kartlagt av legen, men fysioterapeuten er også en viktig bidragsyter i kartlegging av smerte. Medisinsk palliativ smertebehandling omfatter først og fremst analgetika og strålebehandling, men annen tumorrettet behandling som cytostatika, hormonbehandling og «targeted therapy» kan også ha smertelindrende effekt. Det bør være en tverrfaglig og helhetlig tilnærming til smerten.

(Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016, Kaasa 2016, Strada 2018)

### **5.2.2. Undersøkelse ved smerter**

For generelt om undersøkelse, se kap.2: Undersøkelse og kartlegging. Ved smerte bør en spesielt kartlegge lokalisasjon og utbredelse, varighet, karakter, intensitet og variasjon. En bør videre se på hva som forverrer og lindrer smerten, i hvilken grad og på hvilken måte smerten hemmer funksjon, og pasientens strategier for å unngå eller lindre smerte. Man bør også være oppmerksom på psykososiale og åndelige/eksistensielle aspekter som vil påvirke pasientens smerteopplevelse. Aktuelle hjelpemidler ved undersøkelse er smertekart og NRS/VAS. Dersom det brukes ESAS, kan dette gi et godt bilde av smerteutviklingen over tid.

(Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016)

### 5.2.3. Målsetting ved smerter

Målsetting for fysioterapi vil være avhengig av funn, pasientens symptomer og ønsker. Aktuelle mål er:

- Forebygge og lindre smerte
- Fremme avspenning og velvære
- Fremme mestring og fysisk funksjonsevne

### 5.2.4. Fysioterapitiltak ved smerter

Fysioterapeutiske tiltak vil som regel komme i tillegg til den medisinske smertebehandlingen. Tiltakene er vanligvis uten bivirkninger og bør alltid vurderes ved smertetilstander. Noen tiltak påvirker smerte lokalt, mens flere av tiltakene vil gi en generell avspenning og smertelindring gjennom at kroppens egne smertehemmende mekanismer aktiveres. Massasje og avspenningsteknikker kan også ha positiv effekt på sirkulasjon, blodtrykk, hjerterefrekvens, immunsystem, stemningsleie, spenningsnivå og angst (Ernst 2009, Post-White 2003). Taktil stimulering kan være viktig for å fremme kroppskontakt og et positivt selvbilde og kan fremme kontakt med eget følelsesliv (Bunkan 2009, Gray 2000, Amundsen 2015). Ulike teknikker kan brukes. Ansikts- og fotmassasje, samt strykninger og berøring på ulike kroppsdeler kan være spesielt aktuelt i langtkommet palliativ fase og når avspenningsaspektet er viktig. Massasje kan også stimulere muskulaturen hos immobiliserte, sengeliggende pasienter og være et godt supplement til ledet aktive bevegelser. Det er viktig å være klar over at man kan få følelsesmessige reaksjoner som følge av massasje. Man må derfor være var for pasientens signaler og være forberedt på å ta imot de reaksjonene som kan komme. Pårørende ønsker ofte å gjøre noe for pasienten, men føler seg usikre, og kan derfor ha nytte av veiledning i enkel massasje. Ved lymfødem kan manuell lymfedrenasje ha betydelig effekt på smerte og ubehag og kan derfor være et viktig lindrende tiltak (Clemens et al 2010). Tiltak som fremmer avspenning, kan være smertelindrende, og ulike avspenningsteknikker er aktuelle. Det kan brukes elementer fra for eksempel psykomotorisk fysioterapi, basal kroppskjennskap (BK) og autogen trening, eller en kombinasjon av ulike metoder, gjerne med fokus på pust, avspenning og kroppsbevissthet. Man kan også bruke "fantasi-reiser", musikk og andre virkemidler for å fremme avspenning. Innlæring av avspenningsteknikker kan gi pasienten et redskap for egen mestring.

Transkutan elektrisk nervestimulering (TENS) er indisert ved nevrologiske smerter, kan ha effekt ved smerter fra skjelett og muskulatur og kan forsøkes ved kvalme (Paulsberg 2002, Lofthus og Allen 2006). Ved igangsetting av behandling med TENS må man sikre at pasienten selv, pårørende eller personalet er i stand til å følge opp behandlingen og at den ikke blir for stor belastning for pasienten i forhold til eventuell effekt. Termoterapi, spesielt varmebehandling, brukes også i palliativ fase. Gode hvilestillinger, bruk av støtteputer og trykkavlastende puter og madrasser, samt tilpasning av hjelpemidler kan være viktige lindrende tiltak. Rehabiliteringstiltak som øvelsesbehandling, bassentrening og tilpasning av hjelpemidler kan også ha smertelindrende og smerteforebyggende effekt (Strada og

Rusell 2018). Hos pasienter med neurologisk dysfunksjon, ved langvarig sengeleie og ved langtkommet sykdom, ser man ofte smerter og ubehag fra muskel-/skjelettapparatet og fra hud. Stillingsendringer, gode hvilestillinger, massasje/berøring og forsiktig bevegelse kan da være viktige lindrende tiltak. Tiltakene vil endres i takt med sykdomsutviklingen og endret målsetting og må hele tiden være på pasientens premisser. Lindrende tiltak kan være aktuelt helt inn i en preterminal fase dersom det er tydelig at pasienten ønsker det. I denne fasen er det også viktig med en tett kommunikasjon med pårørende. Følgende tiltak er aktuelle:

- Termoterapi
- Massasje og berøring
- Lymfødembehandling (Dette beskrives nærmere i kap. 5.4)
- Ulike avspenningsteknikker
- Transcutan elektrisk nervestimulering (TENS)
- Bevegelse  
Passive, ledet aktive og aktive bevegelser, forsiktige tøyninger
- Bevegelse i basseng
- Hvilestillinger
- Hjelp og tilrettelegging for gode og varierte stillinger, støtteputer, trykkavlastende underlag mm.
- Avlastende hjelpemidler  
Aktuelle hjelpemidler er ulike ganghjelpemidler og eventuelt rullestol ved smerter i vektbærende deler av skjelettet, støttebelter/korsetter/krager ved smerter i rygg og nakke, forflytningshjelpemidler, armslynge mm.

(Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016, Strada og Rusell 2018)

### Råd for bruk av TENS (Transcutan Elektrisk Nervestimulering)

- Elektroder og plassering: Elektrodene skal plasseres slik at parestesiene fra strømmen kjennes i smertefullt område. De kan plasseres i selve smerteområdet, på hver side av det smertefulle området, i samme dermatom eller over hudnerver som forsyner det aktuelle smerteområdet. Det kan brukes fire elektroder om man ønsker å stimulere på flere steder på kroppen samtidig, eller for å stimulere over et større område. Plasseringen bør varieres noe for å unngå hudirritasjon dersom TENS brukes flere timer daglig. Normal hudsensibilitet er en forutsetning for å bruke TENS. Brukt ved kvalme skal elektrodene plasseres på dorsal- og volarsiden av underarmen.
- Frekvens: Høyfrekvent strøm (80 Hz) anbefales og prøves vanligvis først. Erfaringsmessig er dette mest behagelig og gir rask effekt. Lavfrekvent strøm (2 Hz) kan prøves dersom høyfrekvent ikke har effekt. Lavfrekvent strøm brukes også ved forandret hudsensibilitet og ved dyp, verkende smerte. Frekvens ved kvalmebehandling: 10-15 Hz.
- Intensitet: Så høy strømstyrke som mulig, men det skal kjennes behagelig.
- Dosering: ved høyfrekvent stimulering: Kan brukes ved behov, ingen begrensinger på varighet, men minimum 40 minutter hver gang. Kan også brukes om natten.  
Ved lavfrekvent stimulering: 45 minutter flere ganger daglig.
- Kontraindikasjoner: Implantert pacemaker. Elektrodene skal ikke plasseres over carotisarterier på halsens fremside da det øker risiko for syncope. Unngå elektroder over stråleskadet hud.
- Bivirkninger: Hudirritasjoner kan forekomme.
- Utprøving: TENS-behandling må prøves ut før anskaffelse av apparat. TENS er ikke forebyggende ved smerte og har størst effekt under selve stimuleringen og skal derfor brukes under smerte i aktivitet og/eller hvile. Det bør prøves ut hjemme eller på sykehuset i flere dager for å kunne avgjøre om behandlingen har effekt.
- Anskaffelse: Dersom pasienten har effekt av TENS-behandlingen under utprøvsperioden, kan det søkes om varig utlån av TENS-apparat. Søknaden finnes på [www.behandlingshjelpemidler.no](http://www.behandlingshjelpemidler.no) og sendes til Seksjon for behandlingshjelpemidler i det aktuelle helseforetaket

Revidert tabell fra Nesvold et al 2016

#### 5.2.5. Kontraindikasjoner/forsiktighetsregler

Det er få kontraindikasjoner til de ulike smertelindrende tiltakene. Man må være forsiktig med varme, TENS og massasje på strålebehandlet hud og ved nedsatt sensibilitet, samt vise varsomhet ved massasje i områder med skjelettmetastaser og ved blødningsrisiko. Det er også viktig å være oppmerksom på at massasje, berøring og avspenning kan utløse følelsesmessige reaksjoner. Generelt kan

sies at hos en langtkommet palliativ pasient vil lindringsaspektet være overordnet, og det vil derfor være få absolutte kontraindikasjoner.

(Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016)

### **5.3. Fysioterapi ved tungpust**

#### **5.3.1. Grunnlagsinformasjon**

Dyspné eller tungpust brukes om hverandre og er en subjektiv følelse av å få for lite luft. Det er et vanlig symptom hos pasienter i palliative fase. Årsaksforholdene er sammensatte. Hos kreftpasienter kan tungpust blant annet skyldes svulstvev i lunge og pleura, pleuravæske, pneumoni og andre infeksjoner, anemi, neurologiske utfall, muskeltretthet grunnet generelt nedsatt allmenntilstand eller kakeksi, tumormasse i buken og ascites. Sekretstagnasjon kan forverre pasientens opplevelse av tungpust. Smerte, angst og uro kan også gi tungpust og kan lede inn i en ond sirkel med økende tungpust og økende angst. Strålebehandling kan gi økt lungesekretproduksjon og på sikt strålefibrose, og dette kan igjen gi opphav til tungpust. Hos pasienter med langtkommet og alvorlig lungesykdom som KOLS, astma, emfysem og lungefibrose, vil tungpust ofte være dominerende. Videre vil også alvorlig hjertesvikt gi opphav til tungpust i varierende grad. Pasienter med neurologiske sykdommer kan få redusert respirasjonskapasitet, sekretstagnasjon og tungpust som følge av nedsatt kraft i respirasjonsmuskulaturen. Dette kan være svært uttalt ved ALS, men også ved andre neurologiske sykdommer. Tungpust som vedvarer etter at underliggende årsaker er optimalt behandlet, kalles refraktær tungpust. Tungpust kan oppleves som livstruende for pasienten og kan skape angst hos både pasient og pårørende. I en sen palliativ fase gis ofte morfin i moderate doser for å lindre tungpust.

(Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016, Dudgeon og Shadd 2018)

#### **5.3.2. Undersøkelse ved tungpust**

For generelt om undersøkelse, se kap. 2: Undersøkelse og kartlegging. Ved kartlegging av tungpust og lungefunksjon må man spesielt kartlegge fysisk funksjonsnivå, smerte og anspenthet, grad av tungpust, i hvilken grad den hindrer fysisk funksjon, pasientens egne strategier for å mestre tungpust, samt kartlegge om pasienten opplever tungpustanfall, hvordan disse håndteres og hvilke tanker og følelser pasienten har rundt sin tungpust. Man må observere respirasjonsleie, frekvens, bruk av hjelpemuskler i aktivitet og hvile og eventuell bruk av O<sub>2</sub>. Ved lungesekret må man observere lokalisasjon, mengde, konsistens og hostekraft. Ved neurologisk sykdom kan det være aktuelt å teste hostekraft ved hjelp av hoste-PEF, samt registrere om det benyttes ventilasjonstekniske hjelpemidler, som f.eks. BiPAP, og i så fall hvor mye. Både ved undersøkelse og kartlegging og ved tiltak kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i The breathing, thinking, functioning clinical model (Spathis et al 2017). Dyspnoea-12 er et aktuelt kartleggingsredskap for å kartlegge hvordan pusten påvirker pasienten (Yorke et al 2010).

(Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016, Chin og Booth 2016, Dudgeon og Shadd 2018, Chatwin et al 2018)

### 5.3.3. Målsetting ved tungpust

Målsetting for fysioterapi vil være avhengig av funn, pasientens symptomer og allmenntilstand. Aktuelle mål er:

- Mest mulig basal og avspent respirasjon
- Opplevelse av mestring og trygghet for pasient og pårørende
- Ved sekretstagnasjon: løsne og fjerne sekret

### 5.3.4. Aktuelle fysioterapitiltak ved tungpust

Ikke-medikamentelle tiltak ved tungpust er anerkjent og godt dokumentert (Chin og Booth 2016, Dudgeon og Shadd 2018). Siden tungpust er et svært sammensatt symptom som påvirkes av ulike faktorer som er innbyrdes avhengig av hverandre, er det viktig å ha en helhetlig tilnærming til tungpusten. Det kan være gunstig å tilnærme seg problemet med utgangspunkt i modellen som er utviklet ved Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Addenbrooke`s Hospital: «The breathing, thinking, functioning approach». Ved Sunniva avdeling for lindrende behandling ved Haraldsplass Diakonale Sykehus er det, etter tillatelse fra [Breathlessness Intervention Services](#) ved Cambridge University Hospitals, oversatt [brosjyremateriell](#) med utgangspunkt i denne modellen. Disse ligger på nettsiden til [Sunniva avdeling for lindrende behandling](#). Følgende tiltak er aktuelle:

- Sekretmobilisering - stillingsendringer, mobilisering, aktiv syklus, PEP-fløyte/-maske, støt-/hosteteknikker, manuell hostestøtte - bør samkjøres med ev. andre tiltak, som for eksempel medikamentell inhalasjon eller saltvannsinhalasjon
- Sekretmobilisering med mekanisk hostestøtte/slim-mobilisering og med non-invasiv ventilasjonsstøtte (NIV), spesielt ved nevrologisk sykdom
- Thoraxmobiliserende øvelser
- Indirekte respirasjonsøvelser
- Direkte respirasjonsøvelser - innlæring av leppepust, basal pust, fokus på lang utpust
- Pusteteknikk/-kontroll under aktivitet
- Hvilestillinger som fremmer basal pust og letter pustearbeidet
- Håndholdt vifte
- Avspenningsteknikker, lett massasje/strykninger
- Kognitive mestringsstrategier, inkludert veiledning i anfallsmestring
- Veiledning i energiøkonomiserende tiltak
- Tilpasset trening
- Tilrettelegging og bestilling av hjelpemidler
- Andre råd og tiltak som frisk luft, rikelig drikke, varm drikke med mer
- Informasjon og veiledning av pasient, pårørende og pleiepersonalet

(Helbostad et al. 2007, Taylor 2007, Nesvold et al 2016, Chin og Booth 2016, Dudgeon og Shadd 2018, Chatwin et al 2018)

### **5.3.5. Kontraindikasjoner/forsiktighetsregler**

Man må være forsiktig med kompresjon/hostestøtte på thorax ved skjelettmetastaser til costae (Bunting og Shea 2001). Sekretmobiliserende tiltak bør avsluttes når pasienten ikke lenger har kraft til å få sekretet opp og det ikke er aktuelt å suge pasienten. Dette bør avklares med lege. Andre fysioterapitiltak kan fortsatt være aktuelle.

(Nesvold et al 2016)

## **5.4. Fysioterapi ved ødem/lymfødem**

### **5.4.1. Grunnlagsinformasjon**

Det sees forholdsvis ofte ødem/lymfødem hos kreftpasienter i palliativ fase, og dette kan ha en betydelig negativ effekt på pasientens livskvalitet. Det kan være rene lymfødem eller blandingsødemer med svært sammensatte årsaksforhold. I tillegg til fjerning, skade eller kompresjon av lymfeknuter og lymfeårer, kan ødemene ha sentrale årsaker som hjertesvikt, nyresvikt eller leversykdom. Det kan også være andre perifere årsaker, som for eksempel inflammasjon, venøs insuffisiens, dyp venetrombose eller arteriell svikt. Blandingsødemene er ofte generelt utbredte. Immobilitet på grunn av sykdom og behandling er en medvirkende årsak til generelt økt ødemtendens hos alvorlig syke pasienter. I langtkommet palliativ fase kan man se multifaktorelle, refraktære ødemer på grunn av økende tumorvekst med kompresjon av eller innvekst i lymfeknuter og blodkar, anemi, ascites, hudmetastaser, medikamentpåvirkning og/eller økende lever- og nyresvikt. Ved langtkommet kreft i buk og bekken ses ofte store ødem i underekstremitetene, noen ganger også genitale ødem og ødem i truncus. Det kan oppstå stasedermatitt, lekkasje av lymfevæske og sårdannelser.

Komplett fysikalsk lymfødembehandling (KFL) regnes i dag som den beste behandling av lymfødem. KFL er en sammensatt behandling bestående av informasjon og veiledning, manuell lymfedrenasje, hudpleie, bandasjering, tilmåling av kompresjonsstrømper og øvelser. Det er viktig å oppdage og igangsette tiltak tidlig, dette gjelder også i den palliative fasen. I lindrende behandling kan alle deler av KFL benyttes, og lymfødembehandling kan erfaringsmessig være et viktig lindrende tiltak. En større retrospektiv studie fra 2010 viser betydelig effekt av manuell lymfedrenasje hos pasienter i palliativ fase, både på reduksjon av ødemet og på reduksjon av smerte og tungpust (Clemens et al 2010). Dette bekreftes i flere studier, også ved mer generelle og sammensatte ødem (Cheville et al 2014). I denne fasen er det ikke alltid mulig å redusere ødemet, men det er likevel vanligvis mulig å lindre spenning og ubehag. Behandlingen vil vanligvis også gi avspenning og velvære. En studie publisert i 2017 viser effekt av kompresjonsbehandling i kombinasjon med intravenøs diuretikabehandling på refraktære, multifaktorelle ødem ved avansert sykdom (Gradalski 2018).

(Helbostad et al 2007, Pyszora et al 2007, Taylor et al 2013, Nesvold et al 2016)

#### **5.4.2. Undersøkelse ved ødem/lymfødem**

For generelt om undersøkelse, se kap. 2: Undersøkelse og behandling. Ved ødem/lymfødem er det viktig å innhente opplysninger om diagnose, kirurgisk behandling og eventuell fjerning av lymfeknuter, strålebehandling, tumor- og metastaseutbredelse, samt tidligere lymfødem og lymfødembehandling. I en palliativ fase er det særlig viktig å kartlegge andre faktorer som kan påvirke ødemet, og som kan påvirke mulighetene for reduksjon av ødemet eller som tilsier at behandlingen må tilpasses (Cheville et al 2014). Til undersøkelsen hører også inspeksjon og palpasjon av hud og underhud, måltaking for å kartlegge ødemets omfang og utbredelse, samt kartlegging av funksjon.

(Engeset og Petlund 2000, Nesvold et al 2016)

#### **5.4.3. Målsetting ved ødem/lymfødem**

Hva som er realistisk målsetting, vil blant annet være avhengig av årsaksforhold og sykdomsfase. Erfaring viser at det kan forventes mindre ødemreduksjon når ødemet i all hovedsak skyldes sentrale årsaker og pasienten er i en sen palliativ fase, enn ved lymfødem i tidligere fase. Aktuelle mål er:

- Lindre ubehag og smerte
- Redusere og/eller begrense ødemet
- Vedlikeholde bevegelighet i affiserte ekstremiteter
- Vedlikeholde eller bedre funksjon
- Forebygge infeksjon
- Avspenning og velvære

(Nesvold et al 2016)

#### **5.4.4. Aktuelle fysioterapitiltak ved ødem/lymfødem**

Komplett fysikalsk lymfødembehandling (KFL) er utgangspunktet for behandlingen, men den må tilpasses i hvert enkelt tilfelle ut fra klinisk skjønn, og behandlingen må evalueres underveis. Tiltakene vil blant annet være avhengig av ødemets omfang, karakter og årsaksforhold og av pasientens allmenntilstand, symptomer og sykdomsfase. De fleste av disse tiltakene kan utføres av alle fysioterapeuter. Det anbefales imidlertid at det gjøres en vurdering av lymfødempasienter, også i palliativ fase, av fysioterapeut med lymfødempasienter, som så kan veilede pasientens behandlende fysioterapeut i aktuelle tiltak. Det kan ofte være aktuelt å veilede i modifisert lymfedrenasje/strykninger dersom dette er indisert.

Følgende tiltak er aktuelle:

- Hudpleie - bruk av hudkrem med lav pH-verdi
- Elevasjon av ekstremiteten
- Hvilestillinger / støtte og plassering av affisert kroppsdelt / leiring
- Manuell lymfedrenasje



- Tilpasset kompresjon med bandasjering, kompresjonsstrømper/-plagg, justerbar kompresjon, antitrombosestrømper eller tubestømper
- Dynamiske øvelser for å øke sirkulasjon - utføres i rolig tempo med ekstremiteten elevet, om mulig med kompresjon på
- Passive eller ledet aktive bevegelser for ødematøse kroppsdeler
- Respirasjonsøvelser
- Funksjonstrening
- Hjelpemidler som for eksempel strømpe på- og avtrekker, fatle, støtteputer, ganghjelpemiddel og løfte-/hvilestol
- Råd og veiledning til pasient, pårørende/annet helsepersonell (daglig hudpleie, unngå klær som strammer, høyt leie av ekstremiteten, enkle strykninger m.m.)  
(Taylor 2013, Nesvold et al 2016)

#### **5.4.5. Kontraindikasjoner/forsiktighetsregler**

KFL er kontraindisert ved akutte inflammasjoner, ubehandlet akutt DVT, ubehandlet hjerte- og nyresvikt og arteriell insuffisiens. I sen palliativ fase blir kontraindikasjoner generelt mindre absolutte og pasientens opplevelse av hva som lindrer, mer styrende. Ved kompresjonsbehandling må man tilpasse kompresjonen til det pasienten tåler. Det er spesielt viktig å tilpasse kompresjonsbehandlingen med tanke på skade av hud dersom det er arteriell svikt og ved diabetes. En må være oppmerksom på om behandlingen gir økt ødemdannelse eller ubehag andre steder, for eksempel økning av ødem i buk eller genitalia ved bandasjering av underekstremiteter, eller gir andre plager eller ubehag. Man må også vurdere om tiltakene belaster mer enn det lindrer. Fordi sykdomsbildet og årsakene til ødem er svært sammensatte i denne fasen, er det viktig med samarbeid og dialog med pasientansvarlig lege.

(Engeset og Petlund 2000, Cheville et al 2014, Nesvold et al 2016)

## **5.5. Fysioterapi ved skjelettmetastaser**

### **5.5.1. Grunnlagsinformasjon**

De fleste kreftdiagnoser kan gi spredning til skjelettet, men de svulstene som oftest gir skjelettmetastaser, er ca. mamma, ca. prostata, lunge- og nyrecancer. Skjelettmetastaser kan gi opphav til mange symptomer som reduserer livskvaliteten. De kan forårsake smerte, spontanfrakturer, lammelser og metabolske forstyrrelser. Skjelettmetastaser er i hovedsak lokalisert til columna, bekken, ribben, femur og humerus. Myelomatose affiserer også i hovedsak akseskjelettet. Lokalisert smerte hos pasienter med tidligere kreftdiagnose bør alltid lede mistanken mot mulige skjelettmetastaser. Smerter er det viktigste debutsymptomet. Intensiteten kan være varierende, og smerten beskrives ofte som gnagende, også til stede i hvile og om natten. Forverring ved belastning kan være tegn på lokal progresjon og truende fraktur. Skjelettmetastaser er osteolytiske, osteosclerotiske eller blandet sclerotiske/lytiske. De fleste kreftformer gir osteolytiske metastaser. Mamma- og

prostatacancer gir metastaser av begge typer, men det er ofte en overvekt av sclerotiske metastaser ved prostatacancer. Det er størst bruddfare ved osteolytiske skjelettmetastaser. Metastatisk bendestruksjon kan medføre nedsatt bevegelighet, patologiske frakturer, medullakompresjon, kompresjon av større nerver, hypercalcemi og fortrenningsreaksjoner i benmarg som kan gi anemi, leukopeni og trombocytopeni. Hos de fleste pasienter gir strålebehandling god smertelindring, og hos mange også tilhelning av lesjonen. Kirurgisk behandling kan ofte løse et smerteproblem umiddelbart og tillate vekt bærende mobilisering.

(Trovik og Bauer 2016)

### **5.5.2. Undersøkelse ved skjelettmetastaser**

For generelt om undersøkelse, se kap.2: Undersøkelse og kartlegging. Ved skjelettmetastaser må man spesielt kartlegge smerte, funksjonsnivå og behov for avlastning/hjelpemidler. Innhent aktuell informasjon fra journal og røntgenundersøkelser og kartlegg restriksjoner i forhold til belastning. Unngå testing av passive bevegelsesutslag og testing av muskelstyrke med motstand på affiserte ekstremiteter. Ved metastaser til columna, bør man registrere endringer/nevrologiske utfall med tanke på utvikling av medullakompresjon.

(Bunting og Shea 2001, Nesvold et al 2016)

### **5.5.3. Målsetting ved skjelettmetastaser**

Målsetting for fysioterapi vil være avhengig av funn, pasientens symptomer, allmenntilstand, prognose og eventuelle restriksjoner. Aktuelle mål er:

- Lindre smerte
- Forebygge bruddskader
- Stimulere til aktivitet, forebygge immobilisering og frykt
- Forebygge negative konsekvenser av immobilitet
- Bedre/vedlikeholde/optimalisere funksjon

### **5.5.4. Aktuelle fysioterapitiltak ved skjelettmetastaser**

Generelle retningslinjer for rehabilitering av pasienter med skjelettmetastaser baserer seg blant annet på undersøkelser og retningslinjer utarbeidet av Bunting og Shea og på etablert praksis og generelle retningslinjer for rehabilitering. Følgende tiltak er aktuelle:

- Veiledning i skånsom forflytning og trygg fysisk aktivitet
- Ved sengeleie; tromboseprofylakse, respirasjonsøvelser og tilpasset bevegelse
- Tilpasset trening innenfor smertegrensen (ledet aktive og aktive øvelser, funksjonstrening)
- Opptrening etter patologiske frakturer
- Smertelindrende tiltak som for eksempel TENS, avspenning og forsiktig massasje
- Vurdere behov for ortoser for avlastning og støtte

- Vurdere behov for andre avlastende hjelpemidler som ganghjelpemidler og/eller rullestol

(Nesvold et al 2016)

### **5.5.5. Kontraindikasjoner / forsiktighetsregler**

Følg alltid retningslinjer fra ortoped/onkolog i forhold til belastning. Som oftest er det belastning til smertegrensen som er retningsgivende, men pasienten bør likevel få smertestillende i forkant av mobilisering/trening. Det aksepteres vanligvis noe økning av smerte under belastning, men smerter skal ikke vedvare over tid etter at belastningen er opphørt. Vær alltid obs på endringer / økende symptomer og på nevrologiske utfall. Vær forsiktig med passive øvelser og øvelser med manuell motstand på affisert ekstremitet. Dette gjelder også ved undersøkelse. Unngå rotasjon av affisert ben under vektbæring.

(Bunting og Shea B 2001, Nesvold et al 2016)

## **5.6. Fysioterapi ved medullakompresjon**

### **5.6.1. Grunnlagsinformasjon**

Enhver form for cancer kan metastasere til columna med risiko for ryggmargskompresjon. Tilstanden opptrer imidlertid hyppigst ved ca. mammae, ca. prostata, lunge- og nyrecancer. Ca. 20 % av pasienter med skjelettmetastaser opplever medullakompresjon i sykdomsforløpet. Medullakompresjon kan være debutsymptom ved metastastisk sykdom. 20-30 % av medullakompresjonene er multifokale, og symptomene opptrer på forskjellige nivåer. Det kan gi symptomer som rygg- og/eller nakkesmerter, gjerne belteformede, hurtig utviklende pareser, sensibilitetsforstyrrelser og inkontinens. Disse symptomene kan opptre hver for seg eller i kombinasjon. Dette er en ØH-situasjon hvor tidlig diagnostikk og behandling er avgjørende for pasientens prognose. Pareser som har stått i mer enn ett døgn, blir ofte permanente. Selv om behandlingen ikke i vesentlig grad påvirker overlevelsen, er det svært viktig å unngå utvikling av paralyser og varig tap av blære- og sphincterfunksjon. Målet er palliasjon, og behandlingen skal lindre smerter og bedre funksjon. Ved mistanke om medullakompresjon startes umiddelbart høydose corticosteroidbehandling. Pasienten skal som oftest ha strålebehandling og/eller kirurgisk behandling. Faktorer som tas i betraktning ved valg av behandling, er grad av nevrologiske utfall, symptomenes progresjonshastighet, bildediagnostiske funn, kreftsykdommens omfang, kreftformens strålefølsomhet, tidligere behandling og pasientens allmenntilstand og leveutsikter. Det gjøres sjelden kirurgisk stabilisering ved forventet levetid under 2-3 mnd. Ved kirurgisk behandling skal alle pasienter ha postoperativ strålebehandling dersom strålebehandling ikke tidligere er gitt i samme område. Ved svært kort forventet levetid og svært nedsatt allmenntilstand avstår man som regel fra både strålebehandling og kirurgi. Strålebehandling kan eventuelt gis som en engangsfraksjon i smertelindrende hensikt.

(Løhre og Kaasa 2016, Nesvold et al 2016)

### **5.6.2. Undersøkelse ved medullakompresjon**

For generelt om undersøkelse, se kap.2: Undersøkelse og kartlegging. Ved medullakompresjon kartlegges spesielt smerte, muskelkraft, sensibilitet, tonus, respirasjon og fysisk funksjonsnivå. Innhent aktuell informasjon fra journal og sjekk alltid restriksjoner for mobilisering og eventuell bruk av krage/korsett. Man bør som hovedregel foreta en nevrologisk undersøkelse før hver behandling og registrere eventuelle endinger. I sen fase blir dette mindre aktuelt.

(Nesvold et al 2016, Haukeland Universitessjukehus 2019)

### **5.6.3. Målsetting ved medullakompresjon**

Målsetting for fysioterapi vil være avhengig av funn, pasientens symptomer, allmenntilstand, prognose og eventuelle restriksjoner. Aktuelle mål er:

- Lindre smerte
- Forebygge respiratoriske og sirkulatoriske komplikasjoner
- Redusere ødem, forebygge kontrakturer og trykksår
- Bedre/vedlikeholde/optimalisere funksjon
- Skape trygghet ved forflytning

### **5.6.4. Aktuelle fysioterapitiltak ved medullakompresjon**

Følgende tiltak kan være aktuelle:

- Ved sengeleie: Lungefysioterapi etter behov, tromboseprofylakse (sirkulasjonsfremmende øvelser og støttestrømper), gjennombevegelse, bløtvevsbehandling, dynamisk luftmadrass
- Tilpasset trening ut fra motoriske utfall og funksjonsnivå (passive, ledet aktive og aktive øvelser, isometriske øvelser ved bevegelsesrestriksjoner, rytmisk stabilisering)
- Når tillatt: Sittebalanse, stå- og gangtrening med avlastende hjelpemidler
- For pasienter med store og varige nevrologiske utfall: Mobilisering opp i stol ved hjelp av sklibrett eller heis, passive og ledet aktive øvelser
- Veilede pasient og pårørende i forflytning
- Vurdere hjelpemiddelbehov. NB: Ofte behov for komfort rullestol

(Nesvold et al 2016, Haukeland Universitessjukehus 2019)

### **5.6.5. Kontraindikasjoner / forsiktighetsregler**

Generelt under og etter behandling er pasientens smertetilstand og øvrige symptomer retningsgivende for grad av mobilisering. All mobilisering skal være klarert av lege, og det er lege som bestemmer om det skal brukes korsett/nakkekrage. Dersom columna er stabil, kan og bør pasienten mobiliseres. Rotasjoner i de aktuelle områdene skal unngås. Vær alltid obs på endringer/økende symptomer. Nevrologisk funksjon bør sjekkes daglig. Forverret funksjon bør føre til umiddelbar ny undersøkelse/diagnostikk.

(Nesvold et al 2016)

## **5.7. Fysioterapi ved dyp venetrombose (DVT)**

### **5.7.1. Grunnlagsinformasjon**

Dyp venetrombose (DVT) er en blodpropp som dannes i de dype venene, som oftest i legg, lår eller bekken, men også en sjelden gang i armene. En blodpropp kan løsne og feste seg i en åre en annen plass i kroppen og kalles da emboli. En blodpropp som blokkerer lungepulsåren, kalles lungeemboli og kan være livstruende.

Kreftsykdom generelt, og spesielt pancreascancer, gir økt fare for utvikling av dyp venetrombose, bla pga. økt koagulerende status i blodet. Denne faren forsterkes ved langtkommet sykdom og faktorer som immobilisering, dehydrering og kompresjon av vener. Symptomer på DVT er rødhet, smerte/ømheter, lokal varme, eventuelt feber og hevelse. Diagnosen må verifiseres med hjelp av blodprøver, ultralyd og eventuelt venografi med kontrast. DVT behandles med antikoagulerende medikamenter. Pasienten skal vanligvis mobiliseres når antikoagulasjonsbehandling har startet, men dette må avklares med lege. På grunn av økt fare for DVT hos kreftpasienter, er det viktig å også tenke forebygging av DVT hos kreftpasienter, spesielt i perioder med immobilisering. Også pasienter med andre diagnoser enn kreft kan ha økt risiko for utvikling av DVT, f.eks. ved pareser i leggmuskulatur, etter operasjoner og ved immobilisering/sengeleie.

Posttrombotisk syndrom (PTS) er en følgetilstand eller komplikasjon ved DVT og er en utvikling av kroniske symptomer på venøs svikt. Dette kan blant annet gi smerter, utvidelse av årer, ødem, pigmentering og/eller andre forandringer i huden, samt venøse leggsår.

(Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016)

### **5.7.2. Undersøkelse ved DVT**

For generelt om undersøkelse, se kap.2: Undersøkelse og kartlegging. Ved DVT er det viktig å innhente informasjon om lokalisering, behandling og eventuelle restriksjoner for mobilisering. Man må kartlegge fysisk funksjonsnivå før det inntrufne, samt smerte, hevelse, hudkvalitet i aktuell ekstremitet og innvirkning på funksjon.

### **5.7.3. Målsetting ved DVT**

Målsetting for fysioterapi vil være avhengig av pasientens symptomer, allmenntilstand, prognose, eventuelle restriksjoner og motivasjon. Aktuelle mål er:

- Redusere hevelse
- Fremme blodsirkulasjon
- Vedlikeholde/bedre funksjon

### **5.7.4. Aktuelle fysioterapitiltak ved DVT**

Følgende tiltak er aktuelle:

---

- Veiledning i høyt leie av ekstremiteten
- Veiledning i aktive tå- og ankeløvelser når antikoagulasjonsbehandling har startet
- Funksjonstrening/gangtrening
- Kompresjonsbehandling
- (kompresjonsstrømper klasse 2 dersom pasienten tolererer dette, hos langtkomne kreftpasienter eventuelt antitrombosestrømper, i sluttfasen ofte ikke aktuelt med strømper i det hele tatt; ved DVT i legg brukes strømpe til kne, ved DVT over kne brukes lårstrømpe og ved DVT i arm brukes armstrømpe og eventuelt hanske)
- Ved vedvarende ødem eventuelt pumpemassasje, strykninger eller lymfedrenasje
- (bør avklares med lege)
- Vurdering og eventuelt anskaffelse av hjelpemidler  
(Prandoni et al 2004, Helbostad et al 2007, Stranden 2007, Nesvold et al 2016)

### **5.7.5. Kontraindikasjoner / forsiktighetsregler**

Mobilisering og kompresjon må avklares med lege, men normalt startes både mobilisering og kompresjon når antikoagulasjonsbehandling har startet. Kompresjon er kontraindisert ved alvorlig arteriell insuffisiens. Pasienten skal mobiliseres med kompresjonsstrømpe på, men aktiviteten bør ikke utløse store smerter.

(Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016)

## **5.8. Fysioterapi ved neurologiske symptomer**

### **5.8.1. Grunnlagsinformasjon**

Pasienter i palliativ fase kan ha ulike grader av neurologisk dysfunksjon. Dette gjelder både pasienter med primær neurologisk sykdom og pasienter med kreft i sentralnervesystemet (CNS). Kreftpasienter kan ha tumorinnvekst i eller kompresjon av CNS og/eller perifere nerver, enten på grunn av primære svulster eller metastaser. Neurologiske utfall hos kreftpasienter kan også være resultat av kreftbehandling som kirurgi, stråling og cellegiftbehandling.

Aktuelle neurologiske symptomer, uavhengig av diagnose, kan være pareser/paralyser, spastisitet, nedsatt sensibilitet / sensibilitetsforstyrrelser, smerter, nedsatt balanse og koordinasjon, ataksi, dysfagi, afasi/dysartri, syns- og hørselsforstyrrelser, avvikende respirasjon, kognitiv svekkelse, epileptiske anfall og generelle trykksymptomer. Generelle trykksymptomer kan være hodepine, kvalme og oppkast, redusert appetitt, smerter og fatigue.

Hos kreftpasienter kan symptomene forsvinne eller reduseres etter avsluttet behandling eller som følge av tumorreduserende behandling, men ofte vil slike symptomer hos palliative pasienter være varige eller progredierende.

(Nesvold et al 2016)

### **5.8.2. Undersøkelse ved neurologiske symptomer**

For generelt om undersøkelse, se kap.2: Undersøkelse og kartlegging. Ved neurologiske symptomer vil det være viktig å innhente informasjon om årsaken til symptomene og eventuelle restriksjoner, samt å kartlegge generell funksjonsevne, balanse/fallfare, pareser/paralyser, muskeltonus, bevegelseskvalitet, sensibilitet, parestesier/nummenhet, leddsans, eventuell neglekt, postural kontroll / holdning, smerte, fatigue og respirasjon/lungefunksjon. Ved primær neurologisk sykdom, som for eksempel ved ALS, kan det være aktuelt å teste hostekraft, eventuelt ved hjelp av hoste-PEF. Hvis ventilasjonstekniske hjelpemidler, som f.eks. BiPAP, blir benyttet, bør det registreres, og i så fall hvor mye. Man bør også registrere tale- og svelgfunksjon, ernæring/PEG, eventuelle synsforstyrrelser, bevissthetsnivå og kognitiv funksjon. Pasientens treningstoleranse bør kartlegges/vurderes.

(Nesvold et al 2016, Chatwin 2018)

### **5.8.3. Målsetting ved neurologiske symptomer**

Målsetting for fysioterapi vil, i tillegg til funn ved undersøkelse og kartlegging, være avhengig av pasientens symptomer, allmentilstand, prognose og motivasjon, og målene må tilpasses underveis. Ved langtkommet sykdom blir målene mer kortsiktige, og lindring og livskvalitet vil være i fokus. Aktuelle mål er:

- Økt funksjon, selvstendighet og mestring
- Mindre smerter og ubehag
- Mindre stress og uro, økt velvære
- Bedre respirasjon og ventilasjon
- Minst mulig komplikasjoner
- Optimalisere hjemmesituasjonen

(Nesvold et al 2016)

### **5.8.4. Aktuelle fysioterapitiltak ved neurologiske symptomer**

Fysioterapitiltak etter vanlige prinsipper for neurologisk fysioterapi gjelder, men må tilpasses pasientens sykdomsfase, motivasjon og andre individuelle faktorer. Ofte vil det være behov for hyppig endring i både mål og tiltak når sykdommen progredierer. Følgende tiltak vil være aktuelle:

- Tøyninger, passive og ledet aktive bevegelser for å opprettholde bevegelighet
- Øvelser for styrke
- Funksjonstrening tilpasset pasientens ønsker, behov og kapasitet
- Balanseøvelser
- Stimulering til mest mulig selvstendighet og egenaktivitet. Dette kan innebære innlæring av kompensierende strategier, samt tilpasning av hjelpemidler
- Spastisitetshemmende stillinger og tiltak:
  - Daglig gjennombevegelse og tøyning
  - Optimal posisjonering, samt unngåelse av stimuli som bidrar til spastisitet

- Smertelindrende tiltak som termoterapi, massasje/berøring, tøyninger/bevegelser, avspenningstiltak, TENS, hvilestillinger
- Ortopediske hjelpemidler for leddvern og forebygging av feilstillinger
- Individuelt tilpassede øvelser i terapibasseng
- Lungefysioterapi (se også kap. 5.3 «Fysioterapi ved tungpust»)
  - Sekretmobilisering - stillingsendringer, mobilisering, aktiv syklus, PEP-fløyte/maske, Air-Stacking, støt-/hosteteknikker, manuell hostestøtte
  - Thoraxmobiliserende øvelser
  - Direkte og indirekte respirasjonsøvelser
  - Pustekontroll - innlæring av leppepust, basal pust, fokus på lang utpust
  - Hvilestillinger som fremmer basal pust og letter pustearbeidet
  - Ved nevrologisk primær sykdom, spesielt ALS, er det aktuelt med mekanisk hostestøtte/slim-mobilisering og non-invasiv ventilasjonsstøtte (NIV)
  - Andre tiltak som håndholdt vifte, avspenningsteknikker, massasje/strykninger, kognitive mestringsstrategier, energiøkonomisering mm.
- Aktuelle tiltak ved nevropatier:
  - Fallforebygging, inkludert styrke- og balansetrening og tilpasning av ortopediske og tekniske hjelpemidler
  - Sansemotorisk stimulering og sirkulasjonsfremmende tiltak
- Aktuelle tiltak ved ødem:
  - Kompresjon, leiring, sirkulasjonsfremmende øvelser (se også kap. 5.4 «Fysioterapi ved ødem/lymfødem»)
- Tilpasning av ortopediske og tekniske hjelpemidler for stabilisering, avlastning, smertelindring, opprettholdelse av funksjon og for tilrettelegging av omgivelsene
- Veiledning til pårørende og pleiepersonell for opprettholdelse av mest mulig selvstendighet og trygghet
- Når det er aktuelt; bidra til etablering av ansvarsgrupper, for eksempel ved ALS
- Kontakt og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, eventuelt tverrfaglig ALS-poliklinikk
- For tiltak ved ALS: Det er ikke utarbeidet norsk klinisk retningslinje for fysioterapi ved ALS, men retningslinjer/guidelines fra Irland (Guidelines for the physiotherapy management of motor neuron disease (MND), MND Guideline Development Group, Irland 2014) og Danmark (Klinisk retningslinje for fysioterapi til pasienter med Amyotrofisk Lateral Sclerose (ALS), Center for kliniske retningslinjer, Danmark, rev. 2016) kan brukes. Det henvises også til kapitler om fysioterapi i ALS-kompendium utgitt av Haraldsplass Diakonale Sykehus i 2007 og i *Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis. From Diagnosis to Bereavement* (Oliver et al 2006).

(Cheville 2001, Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016, Chatwin 2018, Paipa et al 2019)



### 5.8.5. Kontraindikasjoner / forsiktighetsregler

Det må tas hensyn til pasientens form og sykdomsfase, og pasientens toleransegrense må overholdes. Det vil noen ganger være nødvendig med svært forsiktig dosering av aktivitet/trening.

Ved ALS anbefales det tilpasset trening tidlig i sykdomsforløpet, men frarådes hard styrketrening gjennom hele sykdomsforløpet. Ved svært langt kommet nedsatt respirasjon ved nevrologisk sykdom er Pep (Mini-pep/Pep-maske) ikke anbefalt som behandlingstiltak. Som et alternativ kan det være aktuelt med behandling i form av tilpasset mekanisk insufflasjon/eksufflasjon (hostemaskin), og/eller intermitterende behandling med BiPAP.

For kontraindikasjoner ved medullakompresjon, se kap. 5.6: "Fysioterapi ved medullakompresjon". Ved nedsatt sensibilitet er varmebehandling kontraindisert, og man må være forsiktig med dosering ved TENS-behandling. Ved trening av funksjon hos pasienter med nedsatt sensibilitet, styrke og/eller balanse, må man ivareta sikkerheten godt nok ved f. eks. å bruke tilstrekkelig hjelpemidler, personhjelp eller annet for å unngå fall. Det er viktig å huske at tilstanden kan endres raskt.

(Cheville 2001, Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016, Center for kliniske retningslinjer 2016)

## 5.9. Fysioterapi til barn i palliativ fase

Dette kapitlet er ikke blitt revidert og er derfor tatt ut av retningslinjene. Det vises til følgende dokumenter:

- *Palliasjon til barn og unge*. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet 2019 <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge>
- *Fysioterapi til kreftpasienter*, kap. 6: *Fysioterapi til barn med kreft*, Norsk fysioterapeutforbund, faggruppen for onkologi og lymfologi, Nesvold et al 2016: <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Faggrupper/Onkologi-og-lymfologi/Fysioterapi-til-kreftpasienter>

## 6. HJELPEMIDLER

### 6.1. Generelt om hjelpemidler til pasienter i palliativ fase

Pasienter med alvorlig sykdom som bor hjemme, vil ofte ha behov for ulike tekniske og ortopediske hjelpemidler, samt behandlingshjelpemidler. Det trengs grundig kartlegging og fortløpende oppfølging av hjelpemiddelbehovet, og derfor er det viktig med både tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom nivåene. Hvilken rolle fysioterapeuten skal spille i kartlegging, tilpasning og bestilling av hjelpemidler, vil variere avhengig av type hjelpemiddel, hvilke andre ressurser som er tilgjengelige og rutiner ved det aktuelle arbeidsstedet. Hjelpemidler kan gi mulighet for en livsutfoldelse som ellers ikke ville vært mulig, og man bør helst være litt i forkant av sykdomsutviklingen for å få optimal nytte av hjelpemidlene. Når pasientens

---

funksjonsnivå reduseres raskt og den forventede levetiden er kort, er det viktig å få hjelpemidler raskt på plass. Ofte kan dette være avgjørende for at pasienten skal kunne være hjemme. Det kan derfor ofte være nødvendig at det søkes hjelpemidler før utreise fra sykehus. For en del hjelpemidler vil det være mest hensiktsmessig å bestille fra korttidslager, men her vil det være noe ulik praksis fra sted til sted.

## **6.2. Mål for tilrettelegging og tilpasning av hjelpemidler:**

- Opprettholde selvstendighet og et optimalt funksjonsnivå
  - Redusere smerte i hvile og under bevegelse
  - Forebygge fall og patologiske frakturer
  - Tilrettelegge hvile-, stelle- og forflytningssituasjoner
  - Redusere fysiske belastninger på pårørende og pleiepersonell
  - Legge til rette for mest mulig hjemmetid
  - Gi økt mulighet for livsutfoldelse og deltagelse i aktiviteter og sosialt liv
- (Nesvold et al 2016)

## **6.3. Aktuelle hjelpemidler**

- Forflytningshjelpemidler - dreieskive, sklibrett/forflytningsbrett, silkelaken, ståheis, løfteheis
- Ganghjelpemidler - krykker, rullator, prekestol
- Rullestol
- Løfte-/hvilestol. NB: Ved søknad på løfte-/hvilestol til pasienter i palliativ fase gjøres det unntak fra krav om at man ikke kan ha oppreisningsevne
- Andre hjelpemidler til hjemmet - trykkavlastende pute og madrass, støtteputer, seng eller sengebunn, hjertebrett, toalettforhøyer, dusjstol med mer
- Ortopediske hjelpemidler - skinner, belter/ortoser, nakkekrage, korsetter
- Ulike typer behandlingshjelpemidler:
  - Kompresjonsplagg, bandasjemateriell og pulsator
  - Respirasjonshjelpemidler
  - TENS-apparat

(Nesvold et al 2016)

## **6.4. Retningslinjer ved kartlegging og bestilling av hjelpemidler**

- Kartlegge hvilke hjelpemidler pasienten har, hva pasient og pårørende ønsker og hvilke behov helsepersonell ser.
- Samarbeid med teamet og med kontaktsykepleier / pasientansvarlig sykepleier for å sikre god koordinering og ansvarsfordeling, samt gode rutiner for dokumentasjon i aktuelle journaldokumenter.

- Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. Dersom det har skjedd betydelige endringer i pasientens funksjonsnivå under sykehusopphold og hjelpemidlene bør komme raskt på plass, kan det være aktuelt å bestille hjelpemidler mens pasienten er innlagt på sykehus. Det vil da være viktig med samarbeid og informasjon til førstelinjetjenesten og evt. sende kopi av søknad.
- I hastesaker eller ved kortvarig hjelpemiddelbehov kan det være aktuelt å bestille enkelte hjelpemidler fra kommunalt korttidslager.
- Ved søknad om tekniske hjelpemidler fra NAV/Hjelpemiddelsentralen finner man søknadsskjema på [www.nav.no/skjema](http://www.nav.no/skjema). For noen hjelpemidler, som f.eks. rullestol og løfte-/hvilestol, må det også fylles ut aktuelle hjelpeskjema.
- For rask saksgang må man skrive godt synlig i tekstfeltet at det er hastesak.
- For søknad på elektrisk seng og elektrisk rullestol må man ha et nettkurs fra NAV.
- For å forenkle søknadsprosessen på enkelte områder, er det innført en rekvirentordning. Godkjente rekvirenter kan rekvirere en del hjelpemidler direkte fra hjelpemiddelsentralen uten søknad. Oppdatert informasjon om dette står til enhver tid på [www.nav.no](http://www.nav.no) under "Bestillingsordningen".
- Ved varig behov for ortopediske hjelpemidler må det sendes søknad til NAV, og man finner søknadsskjema for ortopediske hjelpemidler på [www.nav.no/skjema](http://www.nav.no/skjema). Det må søkes av lege med godkjent spesialitet. Ved ikke varig behov dekkes hjelpemidlet ofte av sykehuset og må da klareres av lege, eventuelt med utfylling av intern rekvisisjon.
- Ved behov for behandlingshjelpemidler skal det søkes til helseforetaket på skjemaet Utlån av behandlingshjelpemidler. Dette finner man på [www.behandlingshjelpemidler.no](http://www.behandlingshjelpemidler.no). TENS-apparat og PEP-maske kan søkes av fysioterapeut.
- Bendasjemateriell og kompresjonsutstyr søkes også til helseforetaket på skjema for Utlån av behandlingshjelpemidler og må søkes av fysioterapeut med lymfødemkompetanse.

(Nesvold et al 2016)

## 7. ANDRE FORHOLD AV BETYDNING FOR FYSIOTERAPI

### 7.1. Strålebehandling

Palliativ strålebehandling gis hovedsakelig for å forebygge og/eller lindre plagsomme symptomer og sterke smerter, men kan også gis for å bremse sykdomsutviklingen. De vanligste indikasjonene er smertefulle skjelettmetastaser, hjernemetastaser, truende tverrsnittslesjon og metastaser til hulorganer og bløtdeler som gir plagsomme symptomer. Palliativ strålebehandling mot smerter gir i de aller fleste tilfeller god og rask smertelindring. Behandlingen gis vanligvis som enkeltfraksjon eller fordelt på få fraksjoner, og med en lavere totaldose enn ved

kurativ strålebehandling, og har dermed mindre bivirkninger. En del pasienter har senbivirkninger etter tidligere gjennomgått strålebehandling.

(Lund og Kaasa 2016)

For fysioterapeuten er det viktig å være klar over følgende:

- Alt vev i strålefeltet påvirkes. Noe er permanente og noe er forbigående forandringer.
- Full virkning av strålebehandlingen sees først etter noen uker.
- Ved stråling mot hjerne og rygg kan man se en midlertidig forverring av symptomene på grunn av ødemdannelse i strålefeltet.
- Ved høye doser kan skjelettet ha økt frakturfare opp til et par måneder etter strålebehandling.

(Lund og Kaasa 2016, Brooks 1998)

### **7.1.1. Bivirkninger**

Bivirkningene deles inn i akutte/subakutte og sene.

#### **Akutte/subakutte bivirkninger:**

- Rødme og sårhet i strålefeltet
- Trøtthet og slapphet, økende utover i strålingsperioden, eventuelt redusert Hb
- Ved stråling mot bekken- og mageregionen: kvalme, oppkast og diaré
- Ved stråling mot hodet: håravfall og trykksymptomer som kvalme og oppkast
- Ved stråling av benmarg: endring av blodverdier (benmargsdepresjon)
- Fatigue, i strålebehandlingsperioden og opp til et par måneder etterpå

#### **Sene bivirkninger:**

- Ved stråling mot thorax: hjerte- og lungeforandringer og stivhet i thorax, kan medføre bl.a. tungpust og redusert treningskapasitet
- Redusert hudkvalitet, kan gi mer sensitiv hud og redusert sårtilhelingsevne
- Fibrotisering av bløtvev, kan gi dysfunksjon, smerter og stivhet i muskulatur og ledd, samt påvirkning av nerver, som f. eks. ved brachial plexopati
- Ved stråling av columna og nervevev: sensibilitetsforstyrrelser og/eller pareser
- Ved stråling av genitalia: fibrotisering og sterilitet.
- Ved stråling mot øre/nese/halscancer: svelgplager, munntørrhet, nedsatt smaksans, tannplager, lymfødem og stivhet og smerter i nakke/hals (mest uttalt etter kombinasjon av stråling og kirurgi)
- Ved stråling av lymfeårer og lymfeknuter: lymfødem (mest uttalt etter kombinasjon av stråling og kirurgi)

(Kreftforeningen.no 2019, Lund og Kaasa 2016)

### **7.1.2. Konsekvenser for fysioterapi**

Følgende retningslinjer anbefales:

- Aktivitet anbefales, både i og etter strålebehandlingsperioden

- Unngå overanstrengelse i strålebehandlingsperioden
- Start mobilisering forsiktig etter medullakompresjon og ved stråling av skjelettmetastaser (se også Kap. 5.5 om skjelettmetastaser og Kap. 5.6 om medullakompresjon)
- Varsomhet med hud og bløtvev i strålefeltet: varme, massasje og elektroterapi er som hovedregel kontraindisert i stråleperioden, man bør bruke nøytrale kremer, oljer og såper, i tidligere bestrålte områder må man bruke massasje og elektroterapi med forsiktighet, varme bør som hovedregel unngås på grunn av nedsatt sensibilitet
- Vær obs på og ta hensyn til eventuell fatigue, kvalme, uvelhet og annet
- Vær obs på lave blodverdier som kan medføre økt infeksjonsrisiko, økt blødningsfare og slapphet (ikke absolutte grenser i palliasjon)
- Eventuelt tøyning av muskulatur og ledd som blir eller har blitt bestrålt, men unngå kraftige tøyninger
- Eventuelt forebygge eller behandle lymfødem
- Vær obs på nedsatt treningskapasitet på grunn av redusert hjerte-/lungefunksjon og tungpust, eventuelt igangsette tiltak for å lindre og mestre tungpust  
(Kreftforeningen.no 2019, Brooks 1998)

## 7.2. Cellegiftbehandling

Cytostatika blir brukt i palliativ fase for å lindre eller forebygge symptomer og for å bremse sykdomsutvikling. Effekten/nyttens av cytostatika blir evaluert opp mot plagsomme bivirkninger og forringet livskvalitet. Kreftpasienter i palliativ fase kan ha gjennomgått ulike cytostatikakurer tidligere i forløpet og kan også slite med bivirkninger etter dette. Det er viktig for fysioterapeuter å ha kjennskap til aktuelle bivirkninger og hvilke forhåndsregler man bør ta.

(Aass og Kristensen 2016)

### 7.2.1. Bivirkninger

Bivirkninger vil variere fra person til person og avhengig av type cellegift og er vanskelig å forutsi. Aktuelle bivirkninger er:

- Kvalme, oppkast og diaré, kan oppstå fra noen timer etter at kuren har startet til 1-2 uker etter kuren
- Benmargsdepresjon; forbigående fall i antall leukocytter, trombocytter og erytrocytter, fører til økning av infeksjonsfare (i 7-12 dager etter oppstart av kur), blødningsfare og utvikling av anemi og dermed slapphet
- Feber kan oppstå noen timer etter behandlingen
- Slimhinneaffeksjoner som blant annet kan gi munnsår, svelgproblemer, problemer fra mage/tarm, blæreirritasjon og tørr skjede
- Håravfall i ulik grad, vokser ut igjen etter avsluttet kur
- Hudirritasjon
- Dårligere hørsel og/eller øresus

- Polynevropatier som kan gi sensibilitetsforstyrrelser, smerter og pareser, vanligvis forbigående, men kan også bli permanente og gi bl.a. dårlig balanse og funksjonstap
- Fatigue, vanligvis mest uttalt den første uken etter kuren
- Ulike senskader som kan oppstå er bl.a. vedvarende fatigue og konsentrasjonsvansker, vedvarende polynevropatier, redusert forplantningsevne, dårlig tannstatus, skade på hjerte, lunger, lever og nyrer og økt kreftrisiko.  
(Kreftforeningen.no 2019)

### **7.2.2. Konsekvenser for fysioterapi**

Følgende retningslinjer anbefales:

- En skal bruke stellefrakk og hansker ved direkte hudkontakt med pasient under kur og tre dager etter kur. Gravide skal ikke behandle pasienter som får cytostatika
- Vær obs på slapphet, feber og lave blodverdier; vær nøye med hygiene og unngå smittefare for pasienten, tilpasset aktivitet ved lav blodprosent, unngå trening eller aktivitet som innebærer blødningsrisiko ved lave blodplateverdier
- Fysisk aktivitet anbefales både under og etter kur. Under og rett etter kur, samt ved alvorlig fatigue, bør en dosere aktiviteten forsiktig og finne god balanse mellom hvile og aktivitet
- Ved kvalme er avspenning, lett fysisk aktivitet og TENS aktuelt. (Se kap.5.2.4. om TENS ved kvalme)
- For tiltak ved nevropati, se kap. 5.8 om aktuelle tiltak ved nevrologiske symptomer.  
(Aass og Kristensen 2016, Nesvold et al 2016, Kreftforeningen.no 2019)

## **7.3. Medikamenter i palliativ fase**

Pasienter i palliativ fase bruker vanligvis mange ulike medikamenter. Følgende medikamenter har virkninger og bivirkninger som har spesiell relevans for fysioterapi og er viktige for fysioterapeuter å kjenne til:

- Det brukes ofte høydose cortikosteroider i palliativ fase. Dette kan føre til proksimale myopatiser som blant annet medfører problemer med å reise seg og med trappegang. Disse symptomene oppstår vanligvis innen 15 dager etter oppstart og er viktige å oppdage for å unngå irreversible forandringer. Dersom fysioterapeuten oppdager disse endringene, bør det formidles videre til behandlende lege som da kan vurdere å seponere behandlingen eller redusere dosen. Andre bivirkninger av cortikosteroider er osteoporose, vektøkning, ødemer, atrofi av hud, søvnløshet, uro og aktivering av infeksjoner. Generell trening og aktivitet kan trolig bidra til å motvirke steroidbaserte myopatiser (Foye 2018).

- Opioider (morfin og lignende stoffer) gis som smertelindring til svært mange kreftpasienter. Opioider har gunstig innvirkning på tungpust ved å økonomisere respirasjonsarbeidet. I høye doser kan opioider ha en respirasjonshemmende effekt, særlig om dosen trappes for raskt opp. Både opioider og andre medikamenter som brukes i en palliativ fase, har en generell sedativ virkning og kan gi trøtthet, svimmelhet og dermed falltendens. Opioider gir også kvalme hos en del pasienter. De fleste får en tilvenning til disse bivirkningene, som derfor vanligvis er mest uttalte ved starten av behandlingen. Opioider gir også en kraftig obstipasjon som er vedvarende.
- Overdosering av opioider kan gi forvirring, hallusinasjoner, uro og vonde drømmer. Dette kan også oppstå ved rask doseøkning, redusert væskeinntak og dehydrering. Av og til kan symptomene mistolkes som smerter, slik at pasienten gis mer opioider og symptomene forverres. Det er viktig å aktivt spørre pasientene om hallusinasjoner og vonde drømmer som tegn på overdosering.
- Nevroleptika kan gi generell motorisk uro og ulike grader av dystoni.  
(Benthien og Sjøgren 2016, Klepstad og Kaasa 2016, Haugen 2007)

#### **7.4. Den døende pasienten**

Det er viktig at fysioterapeuten er klar over når døden nærmer seg. Fysioterapeuten må derfor ha dialog med resten av teamet og må kunne gjenkjenne tegnene som inntreffer i denne fasen. I noen tilfeller vil det være naturlig å trekke seg ut på slutten, mens andre ganger kan fysioterapeuten bidra med lindring til siste dag. Her er samspillet med både pasienten selv, pårørende og resten av teamet viktig. Tegn på at døden nærmer seg er:

- Økt søvnbehov
- Tiltakende fysisk svekkelse, økende behov for sengeleie
- Avtagende interesse for omgivelsene
- Svekket orienteringsevne, ofte periodevis forvirring
- Tiltakende redusert interesse for å ta til seg mat og drikke
- Problemer med å ta tabletter

(Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon 2019)

## **8. SAMARBEID OG BEHANDLINGSFLYT**

Kapitlet er basert på erfaringskunnskap og på følgende dokumenter: Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, rev. 2019, NOU 2017:16 På liv og død og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste.

### **8.1. Tverrfaglig samarbeid**

Palliativ behandling skal være tverrfaglig, og bruk av palliativ takst er basert på dette. I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen står det presisert

at faste tverrfaglige møtepunkter er sentrale for å sikre gode, helhetlige vurderinger som grunnlag for behandling (Kap.1. Innledning). Det bør derfor tilstrebtes å ha faste tverrfaglige møter hvor pasienter i palliativ fase / med palliative behov drøftes, både i kommunehelsetjenesten, på sykehus, på palliative enheter og i palliative team. Hele behandlingsteamet bør delta på disse møtene. Her bør pasientenes totale situasjon tas opp, og det bør legges opp en plan for aktuelle tiltak og hvem som skal være ansvarlig for oppfølging av de enkelte tiltak.

## **8.2. Palliative team og enheter og ressursnettverk**

I alle helseregioner og på de fleste større lokalsykehus er det opprettet palliative sentre. Disse skal inneholde et palliativt team som skal kunne bistå med råd, hjelp og oppfølging til pasienter, pårørende og helsepersonell ved vanskelige, palliative problemstillinger, både ved sykehusavdelinger, i sykehjem og for hjemmeboende pasienter. Mange palliative sentre har også en palliativ sengeenhet. Et palliativt senter skal være tverrfaglig bemannet, og det bør også være fast fysioterapeut tilknyttet. I pallreg.no ligger oversikt over alle palliative enheter og tiltak i Norge. Alle helseregioner har kompetansenettverk av ressurspsykepleiere, og noen regioner har også nettverk av fysio- og ergoterapeuter. Dette er basert på føringer i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, vedlegg 1: Organisering. Ressurspersonene er sentrale aktører for både pasienter i palliativ fase og for annet helsepersonell og er viktige for å fremme god samhandling og

behandlingsflyt for disse pasientene.

Alle helseregioner har også et regionalt kompetansesenter for lindrende behandling. Disse skal inneholde både en FOU-del og en spesialisert klinisk enhet som skal dekke hele helseregionen.

## **8.3. Samhandling og kontinuitet**

Mange pasienter i palliativ fase ønsker å tilbringe mest mulig tid hjemme, og mange ønsker å dø hjemme. Økt hjemmetid er satt som et mål i NOU 2017:16 På liv og død. For å oppnå dette må fastlege, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste samarbeide tett. Overføring av informasjon og kunnskap skal være så sømløs som mulig for å sikre god kvalitet og trygghet, og bruk av pasienttilpassede forløp og individuell plan vil være viktige verktøy. Det er utarbeidet flere forenklete utgaver av individuell plan som er egnet til bruk i palliasjon, bl.a. ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (Individuell plan til bruk i palliasjon, på [www.helse-bergen.no/](http://www.helse-bergen.no/) lindrendebehandling). Fysioterapeuter bør være pådrivere for utarbeidelse av individuell plan der hvor det er aktuelt, og i noen tilfeller kan fysioterapeuter være aktuelle som koordinator for planen.

Ved overføring fra sykehus til hjemmet, til sykehjem eller til annen institusjon, bør man alltid vurdere om det er aktuelt med videre fysioterapi. Mange vil trenge hjelp til



vedlikehold av funksjon/bevegelse, smertelindrende tiltak, lungefysioterapi, lymfødembehandling og vurdering/tilpasning av hjelpemidler. Dersom det er viktig med rask oppfølging, eller ved spesielle problemstillinger, bør man henvise til fysioterapitjenesten i god tid, gjerne også med telefonisk kontakt om mulig. Det skal sendes epikrise, og denne må inneholde tilstrekkelig informasjon til at fysioterapeut kan gi en forsvarlig behandling og sette i gang adekvate tiltak. Dersom det er behov for kompetanseoverføring/opplæring, kan man invitere fysioterapeut inn til sykehuset for å delta i behandling. Dersom fysioterapi har vært en sentral del av pasientens behandling, bør man også sende epikrise til pasientens fastlege. Dette vil bidra til en bedre dialog mellom fastlege og fysioterapeut. Det er også viktig med informasjonsflyt fra kommune- til spesialisthelsetjenesten, og det bør derfor gis aktuell informasjon fra lokal fysioterapeut når pasient innlegges på sykehus fra hjemmet eller fra sykehjem.

## **9. GRUNNLEGGENDE HOLDNINGER OG ETISKE ASPEKTER**

Mennesker i en palliativ fase er i en vanskelig og sårbar situasjon. Fysioterapeutens møte med pasienten er av stor betydning og kan være avgjørende for pasientens opplevelse av sin situasjon. Det er derfor nødvendig med empati og varhet, bevissthet i forhold til egne holdninger og evne og vilje til refleksjon over egen praksis. Kapitlet er basert på erfaringskunnskap og er i tråd med følgende litteratur: Helbostad et al. 2007, Nesvold et al 2016.

### **9.1. Møte pasienten med respekt**

Følgende punkter er sentrale:

- Anerkjennelse ethvert menneskes unike verdi
- Anerkjennelse pasientens rett til selv å velge hvilken behandling han/hun vil ta imot
- Ha forståelse og varhet for pasientens spesielle situasjon

### **9.2. Etiske aspekter ved utøvelse av fysioterapi**

I møte med pasienter i palliativ fase vil man møte ulike problemstillinger og etiske dilemma, og det er derfor viktig å ha en bevisst etisk refleksjon rundt vår fagutøvelse. Følgende forhold vil være aktuelle i møte med de fleste pasienter i palliativ fase:

- **Sette meningsfulle og realistiske mål**

Det er viktig å sette mål for behandlingen sammen med pasienten. Denne prosessen må bygge på en ærlig kommunikasjon, slik at pasienten kan få hjelp til å finne frem til meningsfulle og realistiske mål og kan ta informerte valg. Noen ganger knytter pasienten urealistiske forventninger til fysioterapien, og det er viktig å ikke støtte opp under dette. Man må likevel ikke frata pasientene

motivasjon og håp, men støtte opp under positive mestringsstrategier.

- **På pasientens premisser**

Det er viktig å være oppmerksom på den "makt" man har som helsepersonell. Noen pasienter vil alltid gjøre det de blir bedt om, og noen vil gjerne glede behandleren. Man må derfor være nøye med å kartlegge pasientens behov og ønsker og være var for tilbakemeldinger. Dersom undersøkelse og behandling oppleves som en belastning for pasienten, må dette veies opp mot nytteverdien, sammen med pasienten. Pårørende er en viktig ressurs, både for pasienten og for behandlingsteamet, og i palliasjon skal også den pårørende ivaretas. Likevel er det viktig å skille mellom pasientens ønsker og pårørendes ønsker. Noen ganger har pårørende et sterkt ønske om at pasienten skal trene, mens pasienten selv ikke orker. Fysioterapeuten må av og til hjelpe pårørende til å forstå at pasientens krefter og potensiale er begrenset pga. sykdomsutviklingen og ikke pga. mangel på trening. Det er viktig at både fysioterapeut og pårørende erkjenner at pasienten selv må styre hva han/hun orker.

- **Fleksibilitet og varhet. Avslutte i rett tid**

Tiden som er igjen, er verdifull for pasienten, og det kan være nødvendig å begrense bruk av krefter i slutfasen. Fysioterapeuten må derfor være fleksibel og var for endringer, og hele tiden tilpasse tiltakene til den aktuelle situasjonen og pasientens form og ønsker. Samtidig er det også et viktig aspekt at noen pasienter ønsker og har glede av fysioterapi helt til siste dag. Noen ganger er det aktuelt å gi tilpassede, lindrende tiltak helt til slutt; mens andre ganger er det riktig å avslutte behandlingen tidligere, i samråd med pasient og/eller pårørende.

### **9.3. Se hele mennesket**

Det er viktig å være åpen for andre aspekter enn de kroppslige. Mennesker i denne fasen vil ofte ha behov for psykososial og åndelig/eksistensiell støtte og omsorg. Fysioterapeuter har ofte en kontinuitet i kontakten med pasientene som gjør at en fanger opp disse behovene, og man bør da formidle kontakt videre til andre fagpersoner dersom pasienten ønsker det.

## **10. KOMMUNIKASJON**

Det kan være utfordrende å kommunisere med alvorlig syke mennesker. Fysioterapeuter møter til dels andre utfordringer enn andre faggrupper, og det kan være nyttig å se på noen enkle prinsipper for kommunikasjon og samhandling for å øke tryggheten i møte med pasientene. Kapitlet er basert på erfaringskunnskap og på følgende kilder: Moe 2006, Back 2009.

## **10.1. Teamarbeid og ansvarsfordeling**

Det er viktig å være klar over at det ikke er fysioterapeutens oppgave å formidle nyheter om medisinske funn og sykdomsutvikling. Dette skal normalt gjøres av legen. Fysioterapeuten trenger imidlertid å vite noe om hvilken informasjon pasienten har fått, for å kunne møte pasienten med trygghet. Dersom pasienten "fisker" og man ikke vet hva som er sagt, kan det være greit å spørre pasienten "Hva har legen sagt om dette?" Da får man også en avklaring av hva pasienten har oppfattet av den informasjonen som er gitt. Dersom pasienten fornekte sin situasjon eller ikke ønsker å snakke om den, er det viktig å ikke "tvinge" sannheten på vedkommende. I slike situasjoner er samarbeidet i teamet viktig, slik at man har en felles holdning og klargjør hvem som tar opp hva med pasienten. Pasienten må forholde seg til mange mennesker, og det er viktig at han/hun ikke føler press til å åpne seg for alle. For mange kan det oppleves godt at tiden med fysioterapi er et pusterom fra tanker og samtaler om sykdom og død.

## **10.2. Være tilgjengelig**

Dersom pasienten tar initiativ til samtale om vanskelige tema, bør fysioterapeuten være tilgjengelig for dette. Noen ganger kan den kroppslige kontakten røre ved pasientens forsvar og dermed få frem en følelsesmessig reaksjon, og man bør da være forberedt på å ta imot de reaksjonene som kommer. Dersom man har begrenset tid, må man prøve å sette tydelige rammer på forhånd, eller prøve å avslutte på en god måte, f. eks. ved å love å følge opp eller kontakte andre som kan følge opp. Noen ganger kan fysioterapeuten være en katalysator for å få i gang en positiv prosess hos pasienten. Erfaring av kroppslige endringer kan gi pasienten ny erkjennelse av sykdomsutvikling. Et nyttig spørsmål i møte med pasienter kan av og til være "Hva er din største bekymring nå?"

## **10.3. Være ærlig**

Det er viktig at det man sier er sant, og at det ikke bygges opp under urealistiske forventninger. Dette kan av og til avklares når man snakker med pasienten om målsettingen for behandlingen. Det er viktig å uttrykke seg med varhet og samtidig hjelpe pasienten å finne nye meningsfulle mål. (Se kap.9.2.1.) Vi må også svare ærlig på spørsmål som blir stilt, men det er ikke alltid vi skal si alt vi vet, og vi må ikke tvinge på pasienten informasjon han ikke har bedt om og ikke ønsker. Dersom pasienten spør hva vi tror om ting som angår fremtiden, kan det være nyttig å først stille spørsmålet tilbake: "Hva tror du selv om det?"

## **10.4. Bekrefte lidelsen**

Det kan være utfordrende å se og høre andres lidelse uten å kunne hjelpe eller trøste. Man må likevel ikke la seg friste til å komme med lettvinde svar og

oppmuntringer og falsk trøst, men tåle å ikke ha svar. Pasientene forventer vanligvis ikke svar og forklaringer, men trenger at noen orker å ta del i deres sorg og smerte. Det er vanligvis bedre å si "Dette er trist" enn å si "Dette skal nok gå bra".

## **10.5. Være et medmenneske**

Vær deg selv og vær et medmenneske. Pasienter i livets siste fase har ofte behov for å summere opp livet sitt. Spør gjerne pasienten hva han/hun har gjort tidligere i livet. La pasienten få fremstå som et menneske med en bakgrunn og et liv, ikke bare som pasient.

## **11. IVARETAKELSE AV OSS SELV SOM TERAPEUTER**

Det å jobbe med alvorlig syke mennesker kan oppleves meningsfullt og givende. Samtidig utfordrer det oss og kan oppleves belastende. Det er viktig å være bevisste på hva det gjør med oss, og være ærlige med egne reaksjoner. Ved å være klar over faktorer som øker eller reduserer belastningen, kan man lettere ivareta seg selv og hverandre og på den måten forebygge utbrenthet.

Kapitlet er basert på erfaringskunnskap og på følgende kilder: Straume 2003, Lang 1999, Senstad 2002.

### **11.1. Faktorer som oppleves som belastende**

Følgende faktorer vil kunne oppleves som belastende:

- Opplevelsen av å ikke strekke til / ikke kunne hjelpe
- Være vitne til lidelse og smerte
- (Belastningen øker når det er mennesker vi identifiserer oss med, gjerne mennesker i samme alder og livssituasjon som oss selv. Vi kan også oppleve egne sorgreaksjoner.)
- Endret virkelighetsoppfatning/utrygghet
- (Dette kan medføre at vi møter egen dødsangst og at vi "stenger av", fordi tanken på egen død blir for truende)
- Følelse av å komme til kort i kommunikasjon med pasienten
- Faglig utrygghet
- Stadig nye dødsfall, ubearbeidede opplevelser
- Manglende kollegial støtte, ulike prioriteringer blant kolleger
- Stadig tidspress
- Ulike oppfatninger, konflikter og dårlig kommunikasjon i behandlingsteamet
- Problemer med grensesetting, uklare roller, manglende kontroll og høye forventninger

## 11.2. Anbefalinger

Følgende anbefalinger vil kunne bidra til å motvirke utbrenthet:

- Ha realistiske krav og forventninger til deg selv, både i forhold til de aktuelle rammer, i forhold til pasientens sykdom (pasienten blir dårligere) og i forhold til forventninger om kommunikasjon. Husk at du først og fremst er fysioterapeut og ikke psykolog.
- Skaff deg nødvendig kunnskap og kompetanse til å føle deg trygg som fagperson.
- Vær bevisst ditt eget forhold til død og smerte. Det er viktig å orke og forholde seg til tanken på egen død, slik at man kan forholde seg til pasientene uten "panser". Man bør unngå å stenge av følelsene sine.
- Finn rett balanse mellom nærhet og avstand. Sett grenser for egen involvering. Man må ha evne til empati, men ikke overta den andres smerte. Pasientenes smerte er ikke din smerte, og du har lov til å glede deg over livet. Unngå å ta pasienter "med hjem" i særlig grad.
- Ta tid til egen bearbeiding. Det er nødvendig å:
  - Stoppe opp, minnes, reflektere over egne erfaringer, bearbeide opplevelser
  - Være ærlig med følelser, søke hjelp, ikke fortrenge
  - Ta pauser ved behov
  - Finne positiv mening i det man gjør
  - Finne avledning, gjøre positive ting, ha sosialt nettverk
  - Kollegial støtte, viktige faktorer er:
    - Raushet og ros, lav terskel for å snakke og "lesse av"
    - Gjennomføre debriefing i det tverrfaglige teamet ved behov, be avdelingen om å melde fra når det skal være debriefing
    - På avdelinger hvor en har mange pasienter i palliativ fase, bør det være mulighet for fast veiledning

## 12. AKTUELLE NETTADRESSER

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon. Helsedirektoratet. Rev. 2019

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/>

Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022). Helsedirektoratet

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/>

Fysioterapi ved kreft. Helsedirektoratet

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fysioterapi-ved-kreft>

NOU 2017: 16 På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>

Fysioterapi til kreftpasienter. Norsk fysioterapeutforbund, faggruppen for onkologi og lymfologi 2016.

<https://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Faggrupper/Onkologi-og-lymfologi/Fysioterapi-til-kreftpasienter>

Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB)

[www.helse-bergen.no/lindrendebehandling](http://www.helse-bergen.no/lindrendebehandling)

Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst, Oslo universitetssjukehus

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-lindrende-behandling-klb>

Kompetansesenter i lindrende behandling Midt-Norge, St. Olavs Hospital

<https://stolav.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/kompetansesenter-i-lindrende-behandling-midt-norge>

Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling, Helseregion Nord (Lindring i Nord), Universitetssykehuset Nord-Norge

<https://unn.no/fag-og-forskning/regional-kompetansetjeneste-for-lindrende-behandling-lindring-i-nord>

Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helseregion Vest

<https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrende-behandling/nettverk>

Norsk Palliativ Forening [www.palliativ.org](http://www.palliativ.org)

Kreftforeningen [www.kreftforeningen.no](http://www.kreftforeningen.no)

### 13. REFERANSER

Aass N og Kristensen A. Medikamentell tumorrettet behandling. I: Kaasa S, Loge JH red. Palliasjon. Nordisk lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016: 293-304.

Amundsen IV og Carlsen B. Lindring av uro i palliativ fase av kreftsykdom. Fysioterapeuten 2012; 79(9):30-2.

Amundsen L, Eide H, Thornquist E. Lindrende fysioterapi i palliativ fase. Fysioterapeuten 2/2015.

Back A. Mastering Communication with Seriously Ill Patients. Cambridge University Press, 2009.

Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. Am J Hosp Palliat Care 2015; 32(1):34.

Bausewein C. Management of refractory breathlessness in patients with advanced disease. Internist (Berl) 2016 Oct; 57(10):978-982.

Benthien KS og Sjøgren P. Ikke-opioide og adjuvante analgetika. I: Kaasa S, Loge JH red. Palliasjon. Nordisk lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016: 411-428.

Brooks C. Radiation Therapy Guidelines for physiotherapists. Physiother 1998; 84; 8:387-95

Bunkan BH, Schultz CM. Medisinsk massasje. 3. utgave. Oslo: Gyldendal 2009.

Bunting RW, Shea B. Bone metastases and rehabilitation. Cancer 2001; 92:1020-8.

Bøhn M. Rehabiliteringsomsorg for kreftpasienter: motivasjon og livsmot på veien videre. Oslo: Kommuneforlaget AS 2000

Center for kliniske retningslinjer. Danmark 2016. Klinisk retningslinje for fysioterapi til pasienter med Amyotrofisk Lateral Sclerose (ALS).

Chatwin M et al. Airway clearance techniques in neuromuscular disorders: A state of the art review. Resp Med 2018; 136:98-110.

Cheville A. Rehabilitation of patients with advanced cancer. Cancer 2001; 92:1039-48

Cheville AL, Andrews K, Kollasch J, Schmidt K, Basford J. Adapting Lymphedema Treatment to the Palliative Setting. *Am J Hospice & Pall Med* 2014; 31(!):38-44.

Chin C, Booth S. Managing breathlessness: a palliative approach. *Postgrad Med J* 2016; 92:393-400.

Clemens KE, Jaspers B, Klaschik E, Nieland P. Evaluation of the Clinical Effectiveness of Physiotherapeutic Management of Lymphoedema in Palliative Care Patients. *Jpn Clin Oncol* 2010; 40:1068-72.

Cohen SR, Leis A. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *J Palliat Care* 2002; 18:48-58

Dahlin Y, Heiwe S. Patients Experiences of Physical Therapy within Palliative Cancer Care. *J Pall Care* 2009; 25(1):12-20.

Dudgeon D, Shadd J. Assessment and management of dyspnea in palliative care. *UpToDate* 2018.

Engeset A, Petlund CF. *Lymfødem. Klinikk og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk 2000.

Ernst E. Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomized clinical trials. *Support Care Cancer* 2009; 17:333-7.

Foye PM. Corticosteroid-Induced Myopathy. *Medscape* 2018.

Gray RA, The use of massage therapy in palliative care. *Compl Ther Nursing&Midwifery* 2000; 6:77-82.

Gradalski T. Diuretics Combined With Compression in Resistant Limb Edema of Advanced Disease – A Case Series Report. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Apr; 55(4):1179-1183.

Gulde I et al. Palliative cancer patients` experience of physical activity. *J Pall Care* 2011 Winter; 27(4):96-302.

Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS). *ALS-kompendium*. Bergen 2007. Kan fås ved henvendelse til Med 1 - Sunniva senter for lindrende behandling, HDS; tlf.: 55979400.

Haukeland Universitetssjukehus (HUS). *Retningslinjer for truende tverrsnittlesjoner ved kreftsykdom*. Bergen, rev. 2019. Kan fås ved henvendelse til Fysioterapiavdelingen HUS, tlf.: 55972909.



Haugen DF, leder/overlege dr. med., Kompetansesenter i lindrende behandling  
Helseregion Vest. Personlig meddelelse 2007 og 2008.

Helbostad JL, Paltiel H, Frantzen TL. Fysioterapi. I: Kaasa S. red. Palliasjon. Nordisk  
lærebok. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2007: 631-49.

Heywood R, McCarthy AL, Skinner TL. Efficacy of Exercise Interventions in Patients  
With Advanced Cancer: A Systematic Review. Arch Phys Med Rehab 2018 Dec;  
99(12):2595-2620.

Kaasa S. Smertebehandling – generelle prinsipper. I Kaasa S, Loge JH red.  
Palliasjon. Nordisk lærebok. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016; s.402-10.

Klepstad P og Kaasa S. Opioider. I: Kaasa S, Loge JH red. Palliasjon. Nordisk  
lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016; 429-39.

Kreftforeningen.no 2019

Lang TK. Hva skjer med hjelperen i møte med lidelse og sorg? Omsorg 1999; 1:22-  
26.

Lofthus AS, Allen SM. Kan transkutan elektrisk nervestimulering lindre nevropatisk  
smerte. Fysioterapeuten 2006; 5:16-25.

Lund JÅ og Kaasa S. Palliativ strålebehandling. I: Kaasa S, Loge JH red. Palliasjon.  
Nordisk lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016: 305-14.

Løhre ET, Kaasa S. Medullakompresjon. I: Kaasa S, Loge JH red. Palliasjon. Nordisk  
lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016: 575-82.

MND Guideline Development Group. Irland 2014. Guidelines for the physiotherapy  
management of motor neuron disease (MND).

Moe TJ, psykiater og avdelingsoverlege, NKS Olaviken sykehus, Askøy.  
Kommunikasjon - om å våge å berøre det viktige. Forelesning ved Fagseminar ved  
Sunniva klinikk HDS, 2006.

Montagnini M, Javier NM. Physical therapy and other rehabilitation issues in the  
palliative care setting. UpToDate, aug. 2019.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Sosial-  
og helsedirektoratet, rev. 2019.

Nesvold IL, Frantzen T-L, Tagholdt KL (red). Fysioterapi til kreftpasienter. Norsk fysioterapeutforbund, faggruppen for onkologi og lymfologi. Oslo 2016.

NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste.

NOU 2017: 16. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende.

Oldervoll LM, Loge JH, Lydersen S et al. Physical exercise for cancer patients with advanced disease: A randomized controlled trial. *Oncologist* 2011; 16:1649-57.

Oldervoll LM, Stene GB. Fysisk aktivitet og trening. I: Kaasa S, Loge JH red. Palliasjon. Nordisk lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016: 244-52.

Oliver D, Borasio GD, Walsh D. Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis. From Diagnosis to Bereavement. Oxford University Press, 2006.

Paipa AJ et al. Survival benefit of multidisciplinary care in amyotrophic lateral sclerosis in Spain: association with noninvasive mechanical ventilation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2019; 12:465-470.

Paltiel H, Solvoll E, Loge JH, Kaasa S, Oldervoll L. "The healthy me appears": palliative cancer patients' experiences of participation in a physical group exercise program. *Palliat Support Care* 2009; 7:459-67.

Paulsberg AG. TENS - transcutan elektrisk nervestimulering. Haukeland Universitetssykehus, 2002.

Post-White J, Kinney ME, Savik K, Gau JB, Wilcox C, Lerner I. Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther* 2003; 2:332-44.

Prandoni P, Lensing AW, Prins MH, Frulla M, Marchiori A, Bernardi E, Tormene D, Mosen L, Pagnan A, Girolami A. Below-knee elastic compression stockings to prevent the post-thrombotic syndrome: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 141:249-56.

Piña IL. Cardiac rehabilitation in patients with heart failure. UpToDate 2019.

Putt K, Faville KA, Lewis D, McAllister K, Pietro M, Radwan A. Role of Physical Therapy Intervention in Patients With Life-Threatening Illness: A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care* 2017 Mar; 34(2):186-196.

Pyszora A, Graczyk M, Krajnik M, Dos J. Implementation of modified manual lymphoedema treatment - complex physical therapy (MLT-CPT) in terminally ill patient. *Adv Pall Med* 2007; 6:93-96.

Senstad SS. Smertens verdi. Omsorg 2002; 1:40-44.

Spathis A, Booth S, Moffat C, Hurst R, Ryan R, Chin C, Burkin J. The Breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. NPJ Prim Care Respir Med 2017 Apr 21; 27(1):27.

Stone C, Lawlor PG, Nolan B, Kenny RA. A prospective study of the incidence of falls in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2011; 42:535-40.

Strada EA, Rusell KP. Psykologisk, rehabilitative and integrative therapies for cancer pain. UpToDate 2018.

Stranden E, professor ved Sirkulasjonsfysiologisk avd., Oslo Vaskulære Senter ved Aker Universitetssykehus. Personlig meddelelse, 2007.

Straume MV. Hvor lenge kan jeg være i dette arbeidet? Kreftsykepleie 2003; 4:11-14.

Taylor J. The non-pharmacological management of breathlessness. End of Life Care 2007, Vol 1, No 1.

Taylor J, Simader R, Nieland P (Ed). Potential and Possibility: Rehabilitation at end of life. Physiotherapy in palliative Care. München: Urban & Fisher 2013.

Tookman AJ, Hopkins K, Scharpen-von-Heussen K. Rehabilitation in palliative medicine. I: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, red. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3. utgave. Oxford: Oxford University Press; 2004:1019-32.

Trovik CS, Bauer H. Skjelettmetastaser: Kirurgiske behandlingsmuligheter. I: Kaasa S, Loge JH red. Palliasjon. Nordisk lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016: 594-607.

Yorke et al. Quantification of dyspnoea using descriptors: development and initial testing of the Dyspnoea-12. Thorax 2010; 65:21–26.

## 14. VEDLEGG

1. ESAS-r
2. ESAS-r forløpsskjema
3. WHO/ECOG-status
4. Karnofsky status
5. Barthel ADL-indeks
6. EFAT-skjema
7. EFAT-instruksjon
8. Dyspnoea-12
9. Fatigue Quastionnaire (FQ)
10. Fatigue severity scale (FSS)

## Vedlegg 1: ESAS-r pasientskjema

### Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

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

Ingen slapphet 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig slapphet  
*(slapphet = mangel på krefter)*

Ingen døsighet 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig døsighet  
*(døsighet = å føle seg søvning)*

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

Ikke nedsatt matlyst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig nedsatt matlyst

Ingen tung pust 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig tung pust

Ingen depresjon 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig depresjon  
*(depresjon = å føle seg nedstemt)*

Ingen angst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig angst  
*(angst = å føle seg urolig)*

Best tenkelig velvære 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig velvære  
*(velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)*

Ingen \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig \_\_\_\_\_  
Annet problem (f.eks. forstoppelse)

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fyllt ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

## Vedlegg 2: ESAS-r forløpsskjema

F.nr .....

Navn .....

### Grafisk oversikt over registrerte symptomer, ESAS-r

Dato															
Dag i sykehus Tidspunkt		09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18
Smerte	10														
Slapphet	10														
Døsighet	10														
Kvalme	10														
Matlyst	10														
Tung pust	10														
Depresjon	10														
Angst	10														
Velvære	10														
Annet problem (f.eks. forstoppelse)	10														
ECOG															
Utfylt av															
Sign.:															

PS = Pasient, skriftlig

PI = Pasient, intervju

WHO/ECOG-status:

0 = Normal aktivitet.

1 = Begrensning ved fysisk aktivitet. Oppgående, kan gjøre lett arbeid.

2 = Oppe > 50% av dagtid. Selvhjelpen, kan ikke arbeide.

3 = I seng eller stol > 50% av dagtid. Noe hjelpetrequende.

4 = Helt sengeliggende. Helt hjelpetrequende.

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

## Vedlegg 3: WHO/ECOG-status

### WHO/ECOG-status

- 0 = Normal aktivitet.
- 1 = Begrensning ved fysisk aktivitet. Oppgående, kan gjøre lett arbeid.
- 2 = Oppe >50% av dagtid. Selvhjulpen, kan ikke arbeide.
- 3 = I seng eller stol >50% av dagtid. Noe hjelpetrengende.
- 4 = Helt sengeliggende. Helt hjelpetrengende.

## Vedlegg 4: Karnofsky performance status

### Karnofsky performance status

Utfører normal aktivitet, trenger ikke spesielt stell	100 %	Normal. Ingen plager eller subjektive tegn på sykdom
	90 %	Klarer normal aktivitet, sykdommen gir lite symptomer
	80 %	Klarer med nød normal aktivitet. Sykdommen gir en del symptomer
Ute av stand til å arbeide. Klarer seg hjemme, greier personlig stell. Trenger varierende grad av hjelp	70 %	Klarer seg selv, ute av stand til normal aktivitet eller aktivt arbeid
	60 %	Trenger noe hjelp, men klarer stort sett å tilfredsstille egne behov
	50 %	Trenger betydelig hjelp og stadig medisinsk omsorg
Ute av stand til å greie seg selv. Avhengig av pleie. Sykdommen i progresjon	40 %	Ufør, trenger spesiell hjelp og omsorg
	30 %	Helt ufør, hospitalisering nødvendig, men fare for død er ikke overhengende
	20 %	Svært syk, hospitalisering og understøttende behandling nødvendig
	10 %	Moribund, dødsprosessen er i rask frammasj
	0 %	Død



## Vedlegg 5: Barthel ADL-indeks

# BARTHEL ADL-INDEKS

Mahoney FI, Barthel DW. Maryland State Med J 1965;14:61-65.

Denne norske versjonen er redigert i 2008 av Ingvild Saltvedt, Jorunn L. Helbostad, Unni Sveen, Pernille Thingstad, Olav Sletvold og Torgeir Bruun Wyller på grunnlag av flere tidligere norske oversettelser og med hovedvekt på originalpublikasjonen fra 1965.

Navn: \_\_\_\_\_

J.nr.: \_\_\_\_\_

Fødselsår/dato: \_\_\_\_\_

Dato utfylt: \_\_\_\_\_

Utfylt av: \_\_\_\_\_

### GENERELT

Barthel ADL-indeks er først og fremst beregnet på å bli brukt av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i deres daglige kontakt med pasientene. Det skal registreres hva pasienten faktisk gjør, ikke hva man tror vedkommende kan mestre. Skår representerer grad av uavhengighet av hjelp fra annen person. Hvis det er nødvendig med tilsyn, er personen **ikke** uavhengig, men hvis en aktivitet mestres med hjelpemidler er personen uavhengig i denne aktiviteten. For personer uten vesentlig mental svikt (MMSE > 20) og i en stabil klinisk situasjon, er egenrapportert Barthel vanligvis pålitelig. For øvrig kan man som regel regne med at en skår basert på familie og andre med nær kjennskap til personen også er pålitelig.

#### 1. Spising

- 2 Helt selvhjulpen. Kan bruke nødvendige hjelpemidler og spiser innen rimelig tid
- 1 Behov for noe hjelp, f.eks. til å skjære opp maten
- 0 Helt avhengig av hjelp

#### 2. Bading/dusj

- 1 Helt selvhjulpen
- 0 Trenger hjelp

#### 3. Personlig hygiene

- 1 Selvhjulpen. Klarer å vaske ansiktet, kjemme håret, pusse tenner og barbere seg
- 0 Trenger hjelp til en eller flere oppgaver

#### 4. Påkledning

- 2 Selvhjulpen i av- og påkledning. Klarer selv glidelås, knapper og skolisser
- 1 Trenger hjelp, men klarer halvparten innen rimelig tid
- 0 Trenger hjelp til mer enn halvparten

#### 5. Tarmkontroll

- 2 Kontinent. Klarer selv evt. å sette stikkpille/klyx
- 1 Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller trenger hjelp til evt. å sette stikkpiller/klyx
- 0 Helt inkontinent eller hyppige "uhell"

#### 6. Blærekontroll

- 2 Kontinent. Holder seg evt. tørr ved bruk av uridom eller mestrer bruk av kateter på egen hånd
- 1 Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller holder seg tørr med uridom eller kateter, men trenger hjelp for å bruke dette
- 0 Helt inkontinent eller trenger permanent kateter

#### 7. Toalettbesøk

- 2 Selvhjulpen ved toalettbesøk eller bruk av toalettstol. Ordner klær, tørker seg, spyler toalettet eller tømmer bekken
- 1 Trenger hjelp til forflytning, klær, tørke seg
- 0 Kan ikke bruke toalett

#### 8. Forflytning mellom seng og stol

- 3 Selvhjulpen. Klarer også å låse rullestol og bevege fotstøtte
- 2 Klarer forflytningen med litt hjelp eller tilsyn
- 1 Kan sitte, men må ha mye hjelp ved forflytning
- 0 Kan ikke sitte. Sengeliggende

#### 9. Mobilitet

- 3 Klarer å gå 50 meter, kan bruke stokk eller krykker, men ikke annet ganghjelpemiddel
- 2 Kan gå 50 meter med rullator og/eller støtte/tilsyn av en person
- 1 Kan ikke gå, men kan kjøre rullestol uten hjelp 50 meter
- 0 Kan ikke kjøre rullestol uten hjelp

#### 10. Trappegang

- 2 Selvhjulpen. Kan evt. bruke ganghjelpemidler
- 1 Trenger hjelp/tilsyn av en person
- 0 Kan ikke gå i trapp

Sumskår (maksimal skår 20 poeng)

## Vedlegg 6: Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)

Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)						
EFAT registrerer bl.a. hvordan enkelte symptomer påvirker aktivitetsnivå. EFAT registrerer hva pasienten kan gjøre på oppfordring.						
Navn						
Fylt ut av (initialer)						Merknader:
Dato						
<b>Kommunikasjon</b>	3					
	2					
	1					
	0					
<b>Smerte</b>	3					
	2					
	1					
	0					
<b>Fatigue</b>	3					
	2					
	1					
	0					
<b>Mental tilstand</b>	3					
	2					
	1					
	0					
<b>Dyspnoe</b>	3					
	2					
	1					
	0					
<b>Balanse: sitt/stå</b> <i>Sett ring rundt!!</i>	3					
	2					
	1					
	0					
<b>Mobilitet/ Forflyttingsevnen</b>	3					
	2					
	0					
<b>Gange/ rullestolkjøring</b> <i>Sett ring rundt!!</i>	3					
	2					
	1					
	0					
<b>ADL</b>	3					
	2					
	1					
	0					
<b>Motivasjon</b>	3					
	2					
	1					
	0					
<b>TOTALSKÅR EFAT</b>						
<b>WHO</b>						

## Vedlegg 7: EFAT-instruksjon

	0 Funksjonelt	1 Minimal redusert funksjon	2 Moderat redusert funksjon	3 Alvorlig redusert funksjon
Kommunikasjon	Selvhjulpen i alt, inkl. lesing, skriving, tale.	Kommuniserer effektivt mer enn 50% av tida, men mindre enn 100%	Kommuniserer effektivt mindre enn 50% av tida.	Ikke i stand til å kommunisere
Smerte	Ingen eller kun forbig. smerter som ikke påvirker funksjon	"Dårlige dager" - smerte begrenser akt. noe og hemmer funk. i liten grad	Smerte tilstede meste parten av tida, funksjon hemmes moderat	Ikke i stand til å utføre noen aktivitet eller gjøremål grunnet smerte
Fatigue	Sjelden trett el. sliten ELLER periodevis trett ELLER sjelden behov for hvile	Periodevis trett el. sliten ELLER behov for hvile mindre enn 50% av dagen	Vanligvis trett og sliten ELLER behov for hvile mer enn 50% av dagen	Føler seg utslitt mesteparten av tida ELLER ikke i stand til å komme seg ut av senga pga fatigue
Mental tilstand	Orientert x3(pers., sted, tid); hukommelse x3(her og nå, nylige- og fjerne hendelser) og har evnen til å følge instruks. nøyaktig.	Svarer feil på 2 av 6 orienterings- og hukommelsestester OG i stand til å følge enkle instruks.	Svarer feil på 3- 4 av 6 orienterings- og hukommelses-tester OG gir inkonsekvent respons på instruks. ELLER er rastløs, nervøs, aggressiv eller engstelig.	Svarer feil på 5-6 av 6 orienterings- og hukommelsestester ELLER svarer ikke på verbale instruks.
Dyspnoe	Ingen innvirkning på daglige aktiviteter OG kan telle til 15 uten å trekke pusten OG trenger ikke O2.	Har et umiddelbart behov for å trekke pusten etter å ha telt sammenhengende til 15 ELLER økt bruk av støttemuskulatur ved respirasjon OG blir kortpust ved anstrengelse ELLER periodevis O2	Trenger å trekke pusten en ekstra gang for å telle til 15 ELLER bruker kontinuerlig O2 på 1-3l/min	Trenger å trekke pusten 2 eller flere ganger for å telle til 15 ELLER kan ikke snakke i det hele tatt pga dyspnoe ELLER kontinuerlig O2 behov på mer enn 4l/min
Balanse: sittende eller stående	Normal balanse	Red. balanse OG er avhengig av støtte for å bevare eller gjenopprette stilling ved bruk av hj.middel el. assis. fra en pers. OG har liten risiko for å falle	Red. balanse OG trenger noe ass. fra en el. to pers. for å bevare og gjenopprette stilling OG har risiko for å falle	Avhengig av full ass. Fra en el. to pers. for å bevare el. gjenopprette stilling ELLER balansen kan ikke vurderes
Mobilitet/ Forflyttingsevnen	Kontrollerer/beveger alle ekstremiteter med egen vilje OG kan snu seg fra side til side, sette seg opp fra sideleie og reise seg etter eget ønske og kan bruke hj.midler. OG utfører oppgaver trygt og selvstendig	Kontrollerer/beveger alle ekstremiteter men begrensning i bevegelse eller styrke OG kan forflytte seg med assis. fra en pers. for å utføre oppgaver trygt	Kan delta hvis en pers. setter i gang bevegelsene OG trenger assistanse av to til trygg forflytting	Deltar ikke i å endre stilling OG er total avhengig av andre for å utføre bevegelse OG trenger en personheis til forflytting
Gange eller Rullestolkjøring	Går trygt uten ass.m/u hj.middel og reiser seg fra seng el. stol på egenhånd ELLER i stand til å bruke rullestolens deler og kjører trygt og selvstendig på avdelingen.	Går trygt med ass. av en pers. m/u ganghjelpemiddel fra seng el. stol på egenhånd OG kan reise seg fra seng el. stol på egenhånd ELLER trenger tilsyn for å bruke rullestolens deler men kjører den selvstendig og trygt på avd.	Går korte avstander trygt med ass. av 2 pers. el. går bare til stol ved senga ELLER trenger ass. for både å bruke rullestolens deler og å kjøre den.	Ikke i stand til å gå ELLER ikke i stand til noen form for manøvrering av rullestol ELLER sengeliggende.
ADL	Selvstendig uten bruk av hjelpemidler.	Selvstendig med bruk av hjelpemidler ELLER trenger verbale stikkord av og til for å fullføre gjørem.	Delvis bruk for person ass. OG/ELLER konstant verbal assistanse for å fullføre gjøremål	Trenger total assistanse i forhold til ADL
Motivasjon	Viser initiativ mht daglige aktiviteter OG er aktivt involvert i avgjørelser mm OG ønsker å delta tross begrensninger	Min. oppmuntring for å delta i akt. OG min. hjelp m/avgjørelser OG deltar aktivt/passivt mer enn 50% av tida	Mod. oppmuntring for å delta i akt. OG mod. hjelp m/avgjørelser etc. OG deltar aktivt/passivt mindre enn 50% av tida	Trenger maks. hjelp m/avgjørelser OG uttrykker ikke ønske om å delta i aktiviteter
Aktivitets-/ Funksj.niv: globalskår	Selvstendig i rommet eller avdelingen	Selvstendig med min. ass. fra en pers.	Mod. ass. fra 1 pers. på rommet/ avd.	Ass. fra 1-2 pers. i rommet

## Vedlegg 8: Dyspnoea-12

### Dyspnoea-12

Navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Dette spørreskjemaet er laget for å hjelpe oss å forstå bedre hvordan pusteproblemene dine påvirker deg. Les hvert utsagn og kryss av ved det utsagnet som passer best på slik pusten din er nå for tiden. Hvis det er et utsagn som du ikke opplever/ ikke passer for deg krysser du av på "Ikke noe problem". Vær så snill å svare på alle utsagnene.

Påstander	Ikke noe problem	I liten grad et problem	Moderat problem	Alvorlig problem
1. Jeg får ikke pustet helt inn				
2. Jeg må anstrenge meg for å puste				
3. Jeg føler meg kortpustet				
4. Jeg har problemer med å puste inn				
5. Jeg får ikke nok luft				
6. Det er ubehagelig å puste				
7. Å puste er utmattende				
8. Pusteproblemene mine gjør at jeg føler meg deprimert				
9. Pusten min gjør at jeg føler meg nedfor				
10. Pusten min gjør meg bekymret				
11. Pusten min gjør meg oppbrakt				
12. Pusten min er irriterende for meg				

Oversatt til norsk september 2016, LHL-klinikkene Glittre  
Yorke et al. Quantification of dyspnoea using descriptors:  
development and initial testing of the Dyspnoea-12. *Thorax* 2010;65:21-26

## Vedlegg 9: Fatigue Questionnaire (FQ)

### Tretthet (Fatigue)

Vi vil gjerne vite om du har følt deg sliten, svak eller i mangel av overskudd den siste måneden. Vennligst besvar ALLE spørsmålene ved å krysse av for det svaret du synes passer best for deg. Vi ønsker at du besvarer alle spørsmålene selv om du ikke har hatt slike problemer. Vi spør om hvordan du har følt deg i det siste og ikke om hvordan du følte deg for lenge siden. Hvis du har følt deg sliten lenge, ber vi om at du sammenlikner deg med hvordan du følte deg sist du var bra. (Ett kryss for hver linje)

**1. Har du problemer med at du føler deg sliten?**

Mindre enn vanlig       Ikke mer enn vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**2. Trenger du mer hvile?**

Nei, mindre enn vanlig       Ikke mer enn vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**3. Føler du deg søvnløs eller døsig?**

Mindre enn vanlig       Ikke mer enn vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**4. Har du problemer med å komme i gang med ting?**

Mindre enn vanlig       Ikke mer enn vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**5. Mangler du overskudd?**

Ikke i det hele tatt       Ikke mer enn vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**6. Har du redusert styrke i musklene dine?**

Ikke i det hele tatt       Ikke mer enn vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**7. Føler du deg svak?**

Mindre enn vanlig       Som vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**8. Har du vansker med å konsentrere deg?**

Mindre enn vanlig       Som vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**9. Forsnakker du deg i samtaler?**

Mindre enn vanlig       Ikke mer enn vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**10. Er det vanskeligere å finne det rette ordet?**

Mindre enn vanlig       Ikke mer enn vanlig       Mer enn vanlig       Mye mer enn vanlig

**11. Hvordan er hukommelsen din?**

Bedre enn vanlig       Ikke verre enn vanlig       Verre enn vanlig       Mye verre enn vanlig

**12. Hvis du føler deg sliten for tiden, omtrent hvor lenge har det vart? (Ett kryss)**

- Mindre enn en uke
- Mindre enn tre måneder
- Mellom tre og seks måneder
- Seks måneder eller mer

**13. Hvis du føler deg sliten for tiden, omtrent hvor mye av tiden kjenner du det? (Ett kryss)**

- 25 % av tiden
- 50 % av tiden
- 75 % av tiden
- Hele tiden

T. Chalder, G. Berelowitz, T. Pawlikowska, L. Watts, S. Wessely, D. Wright, and E. P. Wallace. Development of a fatigue scale. *J.Psychosom.Res.* 37 (2):147-153, 1993.

## Vedlegg 10: Fatigue Severity Scale (FSS)

### SKALA FOR GRADERING AV DET Å VÆRE SLITEN, UOPPLAGT OG HA MANGEL PÅ OVERSKUDD.

*(Fatigue Severity Scale, Krupp et al. 1989, til norsk ved Lerdal, 2005)*

Velg et tall fra 1 til 7 som angir i hvor stor grad du er enig med hvert enkelt utsagn, der 1 angir at du er helt uenig og 7 at du er helt enig. (sett ring rundt ett tall for hvert utsagn)

	Helt uenig						Helt enig
Min motivasjon er lavere når jeg er sliten og uopplagt.	1	2	3	4	5	6	7
Fysisk aktivitet gjør meg sliten og uopplagt.	1	2	3	4	5	6	7
Jeg blir fort sliten og uopplagt.	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på hvordan jeg fungerer fysisk.	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, skaper ofte vanskeligheter for meg.	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, hindrer meg i å opprettholde min fysiske funksjonsdyktighet over tid.	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på evnen til å utføre visse oppgaver og plikter.	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, er ett av de tre symptomene som hemmer meg mest.	1	2	3	4	5	6	7
Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på mitt arbeid, mitt familieliv eller min omgang med venner og kjente.	1	2	3	4	5	6	7

