HELSE

INFORMASJON

02/2012 – Årgang 11. Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

INNSTIKK:
10 år med helse-foretak

Kreften og vi

SIDE 4

Britts styrke

God form lettar behandlinga for Britt Johanne Valø

SIDE 11

Vi er gode

– Men vi må bli bedre, sier klinikk-sjef Stein Kaasa

SIDE 18

Helt hver dag

– Jeg vil kjempe for livet så lenge som mulig, sier Morten Aune

SIDE 26

INNHOLD

3 Brukernes røst

4 Kreften og vi

7 Skånsom og presis robotkirurgi

8 Hva er kreft?

9 Kan livsstil forhindre kreft?

10 Å leve med kreft

11 Godt rusta

12 Arbeidets velsignelse

13 Yrke: Kreftkoordinator

14 Ålesunds MacGyver

16 Felles trøst – Treffpunkt

17 Kreftforeningen

18 Vi er gode. Vi skal bli bedre

21 Fem fagfolk om kreft: Hva bør gjøres?

22 Det nye kreftlandskapet er grenseløst

26 Mortens livskamp

29 Kreftplan. Slik skal vi redde flere liv

30 Berget i Bergstaden

HELSE MIDT-NORGE

Utgiver: Helse Midt-Norge RHF, Strandv.1 7500 Stjørdal – Telefon (0047) 74 83 99 00
Ansvarlig redaktør: Tor Harald Haukås, kommunikasjonsdirektør i Helse Midt-Norge RHF
Redaksjon: Tekst og foto: Røe Kommunikasjon AS
Opplag: 327 000
Grafisk utforming og illustrasjoner: Klipp og Lim AS
Trykk: Color-Print A/S

Miljømerket Trykksak 241 519

LEDER

Kreftomsorgen i Midt-Norge vil få stor oppmerksomhet i årene som kommer. Vi vet at flere vil få kreftsykdom, men det gledelige er at stadig flere vil få hjelp takket være forskning og nye behandlingsmetoder. Utfordringen er å stille tidlig diagnose og sikre at behandling kan starte så raskt som mulig. Det vil bidra til å redde flere liv.

Samarbeidet mellom sykehus og helsetjenesten i kommunen er en nøkkel i dette arbeidet. Vi har gode eksempler på hvordan dette kan utvikles for å skape trygghet og nære tilbud for pasienter som er under behandling. Dette kommer vi til å se mer av i årene som kommer.

Også i sykehusene utvikler vi oss. Når annet helsepersonell kan utføre oppgaver som for eksempel leger ivaretok tidligere, kan vi frigjøre legetid til andre viktige formål, og flaskehalser i pasientforløpet kan fjernes. Det gjelder innen kreftbehandling og ikke minst for store grupper kronikere.

Jeg er opptatt av at vi skal dokumentere kvalitet og finne gode veier til forbedring. Det har skjedd mye positivt innenfor kreftbehandling i Midt-Norge. Kreftplanen som nylig er vedtatt, legger grunnlaget for vår videre satsing. Denne utgaven av magasinet HELSE gir et innblikk i dette arbeidet.

God lesning!

Gunnar Bovim
Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF

Foto: Helse Midt-Norge RHF

Regionalt brukerutvalg er et rådgivende organ for Helse Midt-Norge RHF. Medlemmene er tilknyttet brukerorganisasjonene og skal representere pasienter og pårørende.

BRUKERNES RØST

10 til brukerutvalget

Roy Farstad er medlem i regionalt brukerutvalg for Helse Midt-Norge RHF. Han er også med i Ungdomsgruppen i Kreftforeningens lokallag i Midt-Norge.
Her svarer Roy på spørsmål om kreftomsorgen i Midt-Norge, på vegne av Regionalt brukerutvalg.

- Dialog mellom ulike helsetjenester blir utrolig viktig for gode pasient-forløp.

1 Hvordan fungerer kreftomsorgen i Midt-Norge i dag?
– Undersøkelser viser at omsorgen fungerer bra på sykehus. Men mye av kreftbehandlingen skjer nå både hjemme og på ulike sykehus, kanskje langt hjemmefra. Behandlingene er kraftigere og kortere. Dermed blir dialog mellom ulike deler av helsetjenesten utrolig viktig for gode pasientforløp og for at pasienten skal føle seg trygg. Kommunikasjonen mellom sykehus og kommune oppfattes som svak blant pasientene.

2 Hva må bli bedre?
– Kommune og sykehus må bli flinkere til å kommunisere med hverandre.

3 Hva bør Helse Midt-Norge prioritere høyest?
– For brukerutvalget er det viktig at alle pasienter uansett diagnose får rett behandling på rett sted til rett tid. Enten man bor i Rørvik eller Trondheim, Larsnes eller Ålesund.

4 Stadig flere lever med kreft – hva betyr det for dere som brukerorganisasjon?
– For min organisasjon, Ungdomsgruppen i Kreftforeningen, har det ført til at vi har flyttet mye av oppmerksom-heten bort fra sykehuset og over til livet hjemme under og etter behandling. Når mange pasienter er innlagt i svært korte perioder, er det ikke så lett for oss å gi et godt tilbud på sykehus.

5 Hva er viktig i den perioden?
– Livskvalitet i et liv med kreft. I fjor ga vi Pål Klepstad ved St. Olavs Hospital forskningsprisen for sitt arbeid på dette feltet.

6 Hva betyr denne utviklingen for kreftomsorgen?
– At omsorgen må flyttes ut fra sykehuset. Som pasient må man bli fulgt opp på sitt hjemsted, ikke bare på sykehuset. Kreftkoordinatorer og hjemme-sykepleiere er en svært viktig del av kreftomsorgen i kommunene.

7 Helse Midt-Norge har laget en ny kreftplan. Hvilke styrker har den?
– Det er en plan for å bygge opp god kompetanse blant helsepersonell. Den har en god gjennomgang av fremtidige behov.

8 Har den noen svakheter?
– Etter samhandlingsreformen skal mye mer av det som tidligere skjedde på sykehus, over til kommunen. Dette er det altfor lite tilrettelagt for i kreftplanen.

9 Hvordan skal den offentlige kreftomsorgen best forholde seg til pårørende?
– Pårørende er en svært viktig ressurs for både pasient og helsevesen. De kjenner som regel den syke svært godt. Pårørende bør inkluderes der det er naturlig, men det er pasienten som bestemmer hva pårørende skal vite.

10 Har kreftpasienter og pårørende gode nok rettigheter?
– Stadig flere overlever kreft, og flere lever lenger med sin kreftdiagnose. Dette gjør at dagens rett til sykepenger må endres og forlenges. Det må også bygges opp bedre muligheter for hjelp hjemme til de som er syke over lengre perioder. I den viktige sentraliseringen av behandlinger som nå pågår, er det viktig å legge til rette for at pårørende blir ivaretatt og involvert i behandling og diagnose.

Gjennom Regionalt brukerutvalg innhenter Helse Midt-Norge systematisk pasienters og pårørendes erfaringer med helsevesenet. Aktiv dialog med pasienter og pårørende skal bidra til å øke kvaliteten på tjenestene.

Kreften og vi

Flere av oss, én av tre, får kreft. Flere av oss lever lenger med sykdommen. Kreft er den nye folkesykdommen, sier noen eksperter. Nå må vi se på kreft som en kronisk sykdom, sier andre. Så er kreft blitt en kronisk folkesykdom, kanskje.

– Da jeg fikk kreft, la jeg straks ut en melding på intranettet på jobben, forteller Kristen Mo (70) fra Trondheim. – Jeg ønsket ikke å holde det skjult.

Hei! Jeg har prostata-kreft!

UTVIKLING: For bare et par tiår siden var kreft noe man nødig snakket om. I dag er det naturlig for de fleste kreft-pasienter å fortelle om sin egen sykdom.

» For bare et par tiår siden var kreft noe man nødig snakket om. Mange valgte andre ord enn kreft når de ikke kom utenom å nevne sykdommen. I dag er det naturlig for de fleste kreftpasienter å fortelle om sin egen sykdom. Det fins for eksempel flere tusen brystkreftbloggere.

» *Åpenhet er viktig når en medarbeider rammes av kreft*, skriver Kreftforeningen i omtalen av boka *Når en kollega får kreft*. Den gir råd til ledere og kolleger om hvordan de skal te seg. Men ikke alle er klare for den nye åpenheten. Noen pasienter føler seg presset til åpenhet, viser doktoravhandlingen *Når det intime blir offentlig* av Venke Frederike Johansen ved Universitetet i Agder.

Vi pasienter må snakke om sykdommen og dele erfaringer. Ingen av sykepleierne våre har hatt prostatakreft, ler Kristen Mo. Kanskje ikke så overraskende at han fra dag én valgte å være åpen om sin egen prostatakreft, den alltid samfunnsengasjert og aktive Kristen Mo: Forskningssjef ved Norges Idrettshøgskole, landslagstrener i orientering, bystyrerepresentant i Trondheim, leder av Trondhjem Historiske Forening, kontorsjef ved Historisk institutt ved NTNU, for å nevne noe av det han har holdt på med. Men det er kanskje ikke like lett for alle å gå med en rød t-skjorte påtrykt en bebartet logo som forteller at «Hei! Jeg har prostatakreft!»

Vanskelig å snakke om

- Jeg tror det er en del som kvier seg, ja. I forbindelse med at Rimi-Hagen fikk prostatakreft, hadde Dagens Næringsliv noen atikler der det var flere intervjuobjekter med prostatakreft som ønsket å være anonyme. Noen av dem hadde ikke en gang fortalt kona si om sykdommen. Hvis du blir operert for prostatakreft, mister du ereksjonsevnen. Selv om det fins hjelpemidler, er det vanskelig for mange å snakke om dette. Hvis du bare får stråling, virker det ikke på ereksjonen.

Kristen tror flere kreftpasienter etter hvert kommer til å se de mange fordelene med åpenhet om egen sykdom.

- Det er et stort gode å få snakke med pasienter som har erfaring fra akkurat den typen behandling du selv får. Da jeg våknet opp etter operasjonen, så var jeg jo aller først glad for at jeg våknet. Men så kom følelsen av «Hva nå?» De første dagene slet jeg med å gå med kateter. Det var skikkelig ubehagelig. Ingen hadde forklart meg hvordan det var, og jeg hadde jo aldri gått med kateter før. Det rant hele tida, jeg var i byen og måtte skifte og tømme. Hadde jeg bare visst at det var noe som het Prostatakreftforeningen. Og hadde jeg bare visst at de hadde en likemannsordning der folk med erfaring fra samme operasjon som jeg selv, kunne komme og prate med meg og svare på alle slags spørsmål. Men det visste jeg ikke da, dessverre.

Nå snakker legene

Kristen tror den nye åpenheten henger sammen med at pasientene er blitt mer selvbevisste og våger å stille spørsmål. Det har medvirket til at også legene har begynt å kommunisere.

- For mange år siden ble jeg ryggoperert på Ullevål. Jeg var pasient i 6 måneder. I løpet av den tida sa legen bare tre ord til meg, de samme tre ordene hver gang vi møttes: «Dette går bra». Mer sa han ikke før han skred ut med hele sin hvite flokk. Da jeg ble operert for prostatakreft nå for et og et halvt år siden, pratet jeg med legen om alt mulig.

Kristens krefthistorie begynte i juni for to år siden. Etter en sjekk hos fastlegen viste prøvene at PSA-verdien var gått opp.

- Han kalte meg inn dagen etter og satt og skrev brevet til St. Olav da jeg kom inn på kontoret hans. «Hadde det ikke vært for fastlegen din, hadde du vært dau», sa han som opererte meg.

I oktober ble Kristen operert. Siden har han vært inne på St. Olav til kontroll hver 3. måned. Han føler seg frisk.

- Jeg merket ikke at jeg hadde kreft før det ble oppdaget heller. Ingen smerter. Jeg var ikke slapp. Det eneste var at jeg måtte opp et par-tre ganger hver natt for å late vannet. Men det er jo alderen, det, tenkte jeg. Nå etter operasjonen er jeg oppe bare én gang per natt. Jeg bruker bleier, men føler ikke noe ubehag med det. Kommer det en liten sprut, er det praktisk at det går i bleien i stedet for i buksa. Jeg løper orientering. Jeg jobber som før. Jeg lever.

Likemannskurs

En stund etter operasjonen oppdaget Kristen Prostatakreftforeningen (PROFO). Han meldte seg inn og sitter nå i styret i lokalforeningen i Sør-Trøndelag.

- Noen av det viktigste PROFO gjør, er å drive såkalte likemannskurs for dem som skal gi råd og støtte til pasienter med samme diagnose og behandling som dem selv. På kurset lærer du å behandle folk. De som

nettopp har fått vite at de har prostata-kreft, trenger å vite at det er mange som lever både lenge og godt med sykdommen.
Til dem som ikke har fått prostatakreft, sier vi: Ta PSA-verdien! Jeg vet at mange leger ikke vil fordi de er redde for at det skal skape uro. Jeg ser ingen problemer med det.

Når Kristen står på stand med den røde t-skjorta på, får han ulike reaksjoner.

- Den er jo ganske prangende da, smiler Kristen.

- «Det er hyggelig at dere står her», er det mange som sier. Jeg tolker det som en forsiktig formulert ros for at vi står fram. De som er interessert, nærmer seg gjerne litt varsomt, et skritt av gangen. Du vet, Prostatakreftforeningen er ingen ungdomsforening, akkurat. De fleste medlemmene er over 60 år. En god del av dem er ensomme. De har kanskje mistet en ektefelle, de har avsluttet yrkeskarrieren. Plutselig er de alene, ingen ringer.

Hvis de så får prostatakreft, kommer de ikke akkurat løpende for å melde seg inn. Men etter en stund er det noen av dem som synes det er bra at det fins gode prostata-kamerater som vil ha dem med på laget.

Det er et stort gode å få snakke med pasienter som har erfaring fra akkurat den typen behandling du selv får. Da jeg våknet opp etter operasjonen, så var jeg jo aller først glad for at jeg våknet. Men så kom følelsen av «Hva nå?»

Kristen Mo, Prostata-kamerat

PROSTATA-KAMERATENE

Prostatakreft-foreningen (PROFO) lanserte slagordet «På lag med Prostata-kameratene!» under sin aksjon i fjor høst. Prostata-kamerater ikledd røde t-skjorter var godt synlige på folkemøter rundt om i landet, blant annet i Molde og Trondheim.

PROFO er en brukerorganisasjon for personer som er eller har vært rammet av prostatakreft. PROFO har 3100 medlemmer og 26 lokallag rundt om i landet. Foreningen gir ut medlemsbladet PROFO-nytt som kommer ut 4 ganger i året. Ifølge PROFO selv er lokallagene blitt møteplasser der menn tør å snakke om prostatakreft.

PROFO har en kontakttelefon:
02606 som er åpen alle dager fra 08.00 til 22.00. Telefonen er betjent av menn som selv har eller har hatt prostatakreft.
PROFO har egen hjemmeside:
www.prostatakreft.no

PROFO ARBEIDER FOR Å NÅ DISSE MÅLENE:

- Menn med prostatakreft får et optimalt og likeverdig behandlingstilbud og oppfølging uavhengig hvor i landet de bor.
- Godt voksne menn får kunnskap om nødvendigheten av målrettet kontroll av underlivet for å oppdage en mulig prostatakreft på et tidlig stadium.
- PROFO skal være tilgjengelig med lokale og sentrale støtteordninger for menn og deres pårørende som blir rammet av prostatakreft.
- PROFO skal etablere et nært samarbeid med andre brukerorganisasjoner nasjonalt og internasjonalt, med fagpersonell og ansvarlige helsemyndigheter for å bidra til større forståelse for hva brukerne har behov for av støtte og ulike hjelpetiltak.

Foto: Siri Holm Lønseth

» Navn: Bengt Eidem » Alder: 35 år » Kreftbehandling: 2009

Hvordan vil du beskrive ditt møte med kreftomsorgen i Midt-Norge?

- Positivt. Fikk følelsen av at det var proffe folk i alle ledd, som strakk seg ekstra for å hjelpe oss pasientene til å overleve.

Hva synes du var spesielt bra?

- De trivelige folkene, og den gode logistikken. Triveligere og mer «hjemmekoselig» enn på noe annet sykehus, dette ligger nok i den trønderske væremåten til personalet. God logistikk, spesielt imponert over stråleenheten på St. Olav som behandler mange mange pasienter hver dag, men som likevel leverte strålende på tid hver gang.

Hva synes du burde vært bedre?

- Høyblokka var et deprimerende sted å være innlagt. Nå er den borte, heldigvis.

Flere pasienter finner du på www.helse-midt.no/kreft

Skånsom og presis robotkirurgi

Effektiv bruk av operasjonsroboter øker kapasiteten – og sørger for tidligere behandling.

Kirurgi er en svært viktig del av kreftbehandlingen. Siden 2010 har St. Olavs Hospital i Trondheim brukt en såkalt Da Vinci-robot i kreftkirurgi - blant annet for å fjerne prostatakreft ved kikkehullsoperasjoner.

Sammenlignet med åpne operasjoner gir robotene mer skånsomme kirurgiske inngrep og pasienten påføres mindre smerte og trenger kortere liggetid. I tillegg får kirurgen bedre arbeidsforhold og kan derfor gjennomføre flere operasjoner i løpet av en dag.

Blant Europas mest effektive

I løpet av 2012 har man ved Urologisk Seksjon og Kirurgisk Operasjon på St. Olavs Hospital utarbeidet et system og en logistikk som ytterligere øker kapasiteten. Her utfører man nå, som et av få steder i Europa, tre radikale prostatektomier (fjerning av prostata) hver dag på en og samme operasjonssal innenfor normal arbeidsdag.

Opplæringssykehus

Dette har vakt oppsikt ikke bare ved andre sykehus i Europa, men også hos produsenten av Da Vinci-robotene, Intuitiv, som har bedt St. Olav om å være opplæringssykehus. Det betyr at det vil komme nasjonale og internasjonale gjester fremover for å lære om effektive arbeidsrutiner rundt robotoperasjoner.

Tverrfaglig tillit

- Vi slet med lange ventelister, samtidig som vi så at operasjonstidene med DaVinci-robotene stadig ble kortere. Da så vi at det kunne være mulig å øke kapasiteten ved å ta grep om måten vi jobbet på i operasjonsteamene, forteller Klara Helsø, assisterende seksjonsleder ved Kirurgisk Operasjonsavdeling.

- Tidligere har det for eksempel vært sånn at kirurgene har tatt seg en pause etter operasjonen, mens operasjonsstua ble vasket. Sånn er det ikke lenger. Nå jobber de ulike yrkesgruppene parallelt med hverandre. Praktiske detaljer er nøye planlagt, og vi har en tidsplan.

- Har det vært vanskelig å få medlemmene i teamet til å endre måten å arbeide på?

- Nei, dette var godt planlagt sammen med teamet på forhånd. Alle synes det er moro å få til dette uten at det går på bekostning av fag og kvalitet. Vi har fått mye oppmerksomhet og har hatt besøk fra andre sykehus. De som jobber på operasjonsstua, stråler og synes dette er veldig moro.

Økt kapasitet og bedre behandling

- Økt behandlingskapasitet gjør at flere kommer til behandling raskt. Det er av stor betydning, men det er også viktig at pasienter kommer til undersøkelse og får stilt diagnose når det er mistanke om kreft. Kirurgi-robotene kan gi oss mer effektive pasientforløp og mulighet til bedre bruk av ressursene. Dette er en dobbel gevinst for pasientene, sier fagdirektør Nils H. Eriksson i Helse Midt-Norge RHF.

Robotkirurgi ved St. Olavs Hospital har vakt internasjonal oppsikt. Foto: Frode Nikolaisen

Hva er kreft?

Kroppen er bygd opp av flere milliarder celler. Når en celle er moden for å skiftes ut med en ny, deler den seg og lager en perfekt kopi av seg selv. Det styres av genene, kroppens arvemateriale.

Av og til blir genene skadet under celledelingen, slik at den nye cellen ikke blir en tro kopi av den gamle. Da slår kroppens forsvarssystem til. Det er på vakt mot avvikere og og fjerner den pussige nykommeren – nesten alltid. Hvis forsvarssystemet ikke greier å fjerne en avvikende celle, kan den bli til en kreftcelle som begynner å dele seg og lage stadig nye kreftceller som sammen kan utvikle seg til en kreftsvulst.

Ondartet og godartet

Det fins ondartede og godartede svulster. De ondartede består av kreftceller som vokser inn i normalt vev, uten kapsel eller jevn, synlig grense. Cellene i de godartede svulstene er som oftest ikke så forskjellige fra morcellene, og svulstene har gjerne en kapsel eller en jevn avgrensning mot de normale cellene. Godartede svulster sprer seg ikke til andre deler av kroppen.

Kreften kan spre seg

Det hender at kreftceller rives med av blod- eller lymfestrømmene og blir transportert til andre steder i kroppen. Da kan kreften spre seg til flere organer. For pasienten gir dette dårligere leveutsikter enn én, avgrenset svulst.

Kreften kan også spre seg ved at svulsten vokser inn og lager nye svulster i normalt vev utenfor det organet den oppsto i. Disse svulstene kalles metastaser. Hvis for eksempel brystkreft har spredt seg til en lunge, er svulsten i lungen laget av brystkreftceller og ikke lungekreftceller. Da sier vi at sykdommen i lungen er brystkreft med spredning til lungen, og ikke lungekreft.

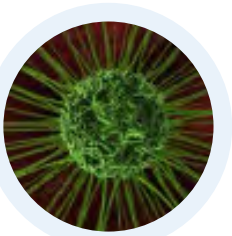
Når kreften sprer seg, går den oftest til skjelett, lever, lunger, hjerne eller lymfeknuter. De enkelte krefttyper har en tendens til å spre seg til bestemte organer.

Ulike sykdomsforløp

De forskjellige kreftsykdommene har mange felles trekk, men mye skiller dem også fra hverandre. Dette gjør at sykdomsforløpet for kreftpasienter varierer etter hvilken type kreft de har. Samme krefttype kan også gi ulike sykdomsforløp hos ulike pasienter.

Fra årsak til risiko

Ingen har sikker kunnskap om årsakene til kreft. Istedenfor å bruke ordet årsak, snakker derfor forskerne i dag oftere om hva som gir økt risiko. Miljø, arv og livsstil er noen faktorer som kan øke risikoen for kreft. Forskerne mener hvert tredje krefttilfelle skyldes livsstil, særlig røyking.



Kilder:
Kreftforeningen
forskning.no

» Navn: Bjørn Sandnes » Alder: 62 år » Kreftbehandling: 2011/2012

Korleis var det å møte kreftomsorgen i Midt-Norge?

- Eg har stort sett berre gode erfaringar med kreftavdelinga i Ålesund og på St. Olavs Hospital. Eg har blitt møtt av positive og omsorgsfulle personar som tek seg tid til å lytte til meg som pasient.

Kva meiner du var særleg bra?

- Spesielt bra er det at eg blir godt og personleg følgt opp. Eg kan ta kontakt med min sjukepleiar eller min lege når det er noko eg lurer på. Eg blir tatt kontakt med når der er noko eg bør ha informasjon om. Dette gir meg kjensla av å bli tatt på alvor.

Kva bør bli betre?

- Systemet med pasientreiser har fått mykje kritikk, har eg sett. I 2012 burde ein kunne ha system som gjer at pasientar, og i dette høvet pasientar som ofte er alvorleg sjuke, slepp å bruke tid og energi på slike oppgåver. Det må kunne gå an å ha registreringssystem som gjer at dette kjem automatisk til utbetaling utan at pasienten er involvert i det heile tatt.

Fleir pasientar finn du på www.helse-midt.no/kreft

Kan livsstil forhindre kreft?

Kaffe, solskinn, mat og medisin.
Kreftgåten løses ukentlig i avisene.
Skal vi bry oss om det?

- Vær kritisk. Ikke ta alt for god fisk, men tenk selv. Er du virkelig opptatt av det, gå til kilden.

Pål Romunstad

Det absolutt viktigste er å ikke røyke, sier professor Pål Romunstad ved institutt for samfunnsmedisin ved NTNU.

- Det er uomtvistelig. Er det en ting vi vet, er det at røyking fører til mange typer kreft.

Da vet vi det. Et fast holdepunkt på et mediehav av mer og mindre gode råd for å forebygge kreft. Et hav som kan være vanskelig å manøvrere i. Også for forskere?

- Ja - når det gjelder det meste annet enn røyking, finnes det veldig lite virkelig sikker forskning, forteller Romunstad

- Ta for eksempel dette med «5 om dagen». Nå ser det ut til at dette ikke er så beskyttende som vi trodde. I det hele tatt er det veldig stor usikkerhet rundt kosthold - vi vet veldig lite om sammenhengen mellom det og kreftforebygging.

Grillmat for farlig?

- Mange har levd på grillmat sommeren gjennom. Kanskje med dårlig samvittighet?

– Når det gjelder det meste annet enn røyking, finnes det veldig lite virkelig sikker forskning, forteller Pål Romunstad.

- Det ville jeg ikke bekymret meg over. Ja - det er noen kreftfremkallende stoffer i hardt grillet mat, men det er ikke noe stort problem, verken for den enkelte eller samfunnet.

- Hva med rødt kjøtt?

- Etter mitt syn finnes det for lite grunnlag for å si at det er noen klar sammenheng mellom kreftforekomst og å spise rødt kjøtt.

- Sola da? Den skal jo både være fryktelig farlig, og såre nødvendig?

- Man skal absolutt ikke være redd for sola. Vær forsiktig med å bli solbrent, men det er viktig å være mye ute, for å få nok vitamin D.

- Men stråling fra mobiltelefoner og trådløse nett? Gro Harlem Brundtland må vi vel kunne stole på?

- De beste studiene vi har i dag, gir ingen pekepinn på at man skal bekymre seg for stråling fra mobiltelefoner. Vi kan riktignok ikke være helt sikre på konsekvensene, fordi kreft bruker lang tid på å utvikle seg.

- Hva er det som betyr *mye* da?

- Gener, rett og slett. Kreft er på mange måter en genetisk sykdom, med endringer i arvestoffet. For øvrig tror vi ganske sikkert at fysisk aktivitet er bra.

Sammenfall vs. årsaker

Når en dansk studie viser at områder med høyt tetthet av storker også har mange barnefødsler, må vel årsaks-sammenhengen være klar? Storken kommer med barna? Selvsagt ikke. Det at noe opptrer sammen, til og med veldig, veldig ofte, behøver ikke å bety at det har noen årsakssammenheng.* Her ligger mye av problemet i måten forskning formidles på, mener professoren.

- Både forskere og journalister må ta ansvar for å komme med informasjon som holder bedre mål, insisterer Romunstad.

- Jeg hadde blitt glad om både media og forskere hadde et mer edruelig forhold til forskjellen på sammenfall og årsakssammenheng. De må skjønne at selv om man ser en sammenheng, for eksempel mellom kaffe og kreft, betyr ikke det nødvendigvis at kaffe fører til kreft. Det kan jo for eksempel skyldes at mange røykere også drikker mye kaffe.

- Hvor alvorlig skal man ta alle rådene som dukker opp i media?

- Vær kritisk. Ikke ta alt for god fisk, men tenk selv. Er du virkelig opptatt av det, gå til kilden. Forskningen vil ofte være tilgjengelig på nett. Ta rådene med en klype salt, og slapp av.

* Storkene holder til på landet, og på landet får man gjerne flere barn enn i byen, viser en nærmere gjennomgang av undersøkelsen.

Å *leve* med kreft

Om vi ikke kan forebygge oss bort fra kreftsykdom, er livsstil og fysisk form viktige grunnsteiner i et liv med kreft. Kanskje kan god fysisk form føre til mindre plager, og – muligens bedre behandling.

På NTNU og St. Olav forsker man nå på hvordan kosthold, trening og medisinering kan motvirke ufrivillig vekttap under kreftsykdom. For tjue år siden var store smerter sett på som uunngåelige under kreftsykdom og kreftbehandling. Nå er smertebehandling blitt en viktig del av kreftbehandlingen. Doktorgradsstipendiat ved NTNU og St. Olavs Hospital Tora Skeidsvoll Solheim tror det samme er i ferd med å skje med ufrivillig vekttap, eller kakeksi som er den medisinske betegnelsen.

Vekttap kan unngås

– Jeg håper det er et paradigmeskifte på vei også når det gjelder vekttap, sier Tora Skeidsvoll Solheim. Hun forsker på hvordan ufrivillig vekttap, kakeksi, kan motvirkes, og hvilke effekter det kan ha.

– Om lag halvparten av alle kreftpasienter opplever dette, og ved langtkommet kreftsykdom er så mange som åtti prosent plaget. Hittil har det ikke vært noen behandling som tydelig har klart å snu dette vekt- og muskeltapet eller funksjonstapet som ofte følger. Heller ikke god ernæring gitt alene.

– Pasientene går ned i vekt fordi kreftsykdommen både gir nedsatt appetitt og endret forbrenning. En del pasienter går ned i vekt selv om de spiser som før. Dette vekttapet er slitsomt både fysisk og mentalt. For det første gjør det at pasienter tåler cellegiftbehandling dårligere.

– At eg var i god form frå tidlegare, har nok hjulpe meg i behandlinga, sier brystkreftopererte Britt Johanne Valø.

» Hypotese: Trening, ernæring og medisin mot økt forbrenning vil øke livskvaliteten.
» Forstudie pågår ved St. Olav, Ullevål sykehus og i Glasgow.
» Til hovedstudien er det interesse fra Australia, Mexico City, København, Tokyo, Canada, Italia, Spania, Sveits og Frankrike.

Tora S. Solheim er lege ved Kreftavdelingen ved St. Olavs Hospital og doktorgradsstipendiat ved NTNU.

For det andre er det med på å skape vanskelige sosial situasjoner, og et press rundt mat, måltider, spising og vekt.

Kamp med kreft og vekttap samtidig

Hypotesen Skeidsvoll Solheim jobber ut fra nå, er at riktig medisinering, kombinert med både trening og riktig kosthold, kan øke livskvalitet og gi bedre behandling.

- Tidligere har behandling for kakeksi kommet sent i kreftbehandlingen, og den har ikke virket i særlig grad. Nå vil vi se hvordan det virker når vi begynner kakeksi-behandling samtidig som kreftbehandlingen og angriper vekttapet på flere fronter. Disse pasientene vil få både symptombehandling, tilpasset ernæring og trening, i tillegg til medisin mot økt metabolisme. Vår hypotese er at dette både skal kunne gjøre at pasienter under behandling skal tåle cellegift bedre og få økt livskvalitet, forklarer Skeidsvoll Solheim.

Godt rusta

Sjølv om Britt blei kvitt brystkreften, skal ho gjennom både cellegiftkur og strålebehandling. Heldigvis er ho godt trena.

Cellegiftkuren ville eg ikkje ønskt min verste fiende. Det er ein forferdeleg situasjon å vere i. Eg må mote meg opp til behandling kvar tredje veke. Da skal eg legge handa fram og vite at eg får gifta sprøyta inn i kroppen, fortel Britt Johanne Valø.

- Eg blir kvalm, og frys mykje. Det er fryktelig slitsamt, rett og slett. Av og til ønskjer eg at eg kunne levere inn kroppen min og hente han ut att når han er ferdig.

Umogeleg å setje seg inn i for ein som ikkje har opplevd det. Ikkje vanskeleg å skjøne at det kan leggje seg som eit mørker over alt anna. Ete opp livet. Britt smakte på kjensla.

- Eg sat heime i to dagar etter operasjonen. Eg vart så lei meg og sur at eg ikkje var til å vere i hus med.

Forlet du innlands-Noreg, og svever nokre timar mellom hav, land og himmel, kjem du til Fosnavåg, sør på Sunnmøre. Like før du køyrer inn i dei smale gatene, før du kjem til den nye steinkyrkja ved bygrensa, finn du Britts Frisørsalong. Hit er det Britt dreg for å la livet gjere sitt.

- Her er eg ikkje sjuk. Eg gløymer meg når eg er her. Heime tenkjer eg på det på en annan måte.

Veltrent

Kor mykje tåler ein kropp? Å gå gjennom kreftbehandling er ei stor belastning. Ikkje alle klarer å arbeide i tillegg.

- Eg har alltid trena mykje. Turar i fjellet, turar på asfalt og styrketrening. Før operasjonen og behandlinga trøysta eg meg med at kroppen min var godt rusta til å ta i mot behandlinga, takka vere all treninga. Eg er heilt sikker på at det har vore viktig for at eg kjem meg nokså fort i form etter behandlingane, og kan gå på jobb.

Treninga går tyngre no. Fjellturane saktare. Pusten fortare.

- Det er mykje tyngre. Eg held ikkje same tempo på fjellet som før. Det er ikkje så godt å kjenne på. Men eg tenkjer at «ein dag skal det bli heilt annleis. Ein dag skal det bli som før!».

Britt trener framleis fleire gonger i veka, bygd på gammal grunn.

- Det hadde nok vorte vanskeleg å setje i gang eit treningsregime no. Glad eg slepp det, altså. Det er så viktig for meg å kunne halde fram med livet som før. Gå på jobb. Handle. Trene. Vere i livet.

I livet finst også mann og barn.

- Dei er sjølvsagt redde for å miste meg, særleg jentene mine er redde for å miste mamma. Men dei stiller opp og gjer at eg kan lade batteria heime etter at eg har vore på jobb. Heimen er sjølvsagt like viktig som arbeidet. Det er verdfullt å ha mann og barn som støttar, forstår og hjelper til slik at det er som før, også i heimen. Mannen min er ein fantastisk støttespelar. Vi trenar mykje saman, og han er ei god hjelp for et eg skal kome meg gjennom dette.

– Tilværelsen blir bedre for alle av at jeg kan gå på arbeid, sier Edgar Sæther, transportkoordinator i Retura.

Arbeidets velsignelse

Med matchvekten tilbake kan Edgar Sæther gå på jobb igjen. Det betyr all verden.

Edgar, Transportkoordinator i Retura

Blikkbokser skal bli til sykler. Bokhyller og trepanel skal bli papirmasse og bøker. Knust glass til fine flasker. Nye saker og ting vi kan bruke, før vi hiver det fra oss - og runden er i gang igjen. Arbeidet slutter ikke.

En liten armada av kontainerbiler, tankbiler og søppelbiler samler sammen restene av byens overskudd og bringer det opp til Heggstadmyra på Tiller i Trondheim. Han som sørger for at bilarmadaen er på rett sted til rett tid med rett last, heter Edgar Sæther. I 2010 ble han operert for kreft i bukspyttkjertelen. Alt, så nær som insulinproduksjonen, ble skåret vekk. Likevel spredte kreften seg til lungene. Nå dreier behandlingen seg om å bremse utviklingen.

- Cellegiften har fått kreften til å stagnere. Det er det beste jeg kan håpe på, jeg kommer ikke til å bli kreftfri, forteller han.

Matproblemer

Under cellegiftkuren var han sykmeldt i et år. Fysisk ute av stand til å arbeide. Kreftbehandling tærer også på kroppens friske celler, vev og synapser.

- Jeg ble i veldig dårlig form av behandlingen. Klarte ikke å beholde vekta. Holdt ikke på maten, og ble veldig tynn, forteller Edgar.

Han er en stor mann. Måler 186 centimeter på strømpelesten. Før han ble syk, veide han 85 kilo. Etter operasjonen, under cellegiftkuren, strevde han med å spise. Fikk ikke i seg maten. Raste ned til 67 kilo.

- Jeg måtte lære meg å spise på nytt. Ett tygg, så måtte jeg gå og legge med nedpå. Det var trasig - jeg likte det ikke i det hele tatt. Jeg hadde egentlig lyst på mat, og følte at dette ble ekkelt for dem som hadde laget maten til meg. Synd.

Kraften tilbake

Ute under himmelen flytter bulldosere fjell av avfall. Etter å ha tilbragt ett år hjemme sykmeldt, spiser Edgar godt igjen. Matchvekten er nesten på plass, og han er tilbake på arbeidsplassen han har hatt hele livet.

- Det å kunne gå på arbeid betyr all verden for meg. Når en går så mye alene, dukker det opp mange onde tanker. Godt å komme tilbake i arbeid, hvor fokuset ikke er på meg, men på kolleger. Her kjenner jeg folket godt. Det virker som de synes det er godt å ha meg tilbake også.

Både humøret og den fysiske formen er merkbart bedre når han er på jobb.

- Tankene mine er helt andre enn de jeg gikk med da jeg var hjemme. Selv om jeg blir fort sliten, føler jeg at jeg fungerer omtrent som før. Jeg trener ikke så mye, men føler det er godt å være i gjenge i et vanlig arbeidsmønster.

Normal styrke

Sammen med kona, to døtre og en sønn har Edgar blitt enig om å holde livet så normalt som mulig.

- Kreftsykdommen er selvfølgelig vanskelig for familien, kanskje spesielt for minstemann på 13. Men jeg tror det betyr mye for dem at jeg er på arbeid. Det blir mer normalt for alle, og det betyr mye for humøret mitt. Jeg er mer tilpass i hverdagen.

Yrke: Kreftkoordinator

» Namn: Anett Skorpen Tarberg
» Arbeidsstad: Ulstein kommune

Anett Skorpen Tarberg skal gjere livet lettare for kreftpasientar.

- Som kreftkoordinator vil eg vere ute hjå pasientane det meste av tida og bruke lite tid på kontoret. Mykje av tida er eg på heimebesøk hjå kreftsjuke og hjelper dei med kontakten med alle instansane dei må ha med å gjere: Sjukehus, fastlege, NAV, skule, sjukeheim, palliative team frå sjukehus, kreftavdeling, kreftpoliklinikk, apotek, hjelpemiddelsentral. Som kreftkoordinator får eg god oversikt og god kontakt med både dei kreftsjuke og deira pårørande. Det gir meg eit godt grunnlag for samtalar om vanskelige tema og tabuprega spørsmål. Gjennom å ha kontakt med den kreftsjuke over tid kan eg førebyggje problem som kan oppstå - både psykiske og fysiske.

Individuell oppfølging

- Tilbakemeldingane tyder på at pasientane set pris på hjelpa. Dei føler at dei blir følgt opp betre. Når eg kjem til dei, har dei gjerne samla opp spørsmål dei vil ha ordna opp i. Dei kjenner seg tryggare når dei veit at det er nokon som gir dei individuell oppfølging. Slik kan den kreftsjuke få vere heime mest og lengst mogeleg.

- Dess tidlegere vi kjem inn, dess betre er det. Under tøffe cellegiftkurar trur eg mange kreftsjuke hadde hatt nytte av oppfølging av kreftsjukepleiar. Samtidig er nok trongen størst i siste fase av livet. Da er pasientane ute av sjukehuset samtidig som dei er som mest sårbare. Kommunen har tatt over ansvaret, og da er det det særs viktig med kompetanse i kommunen.

- Kreftforeninga si satsing på koordinatorstillingar er framifrå. For fire år sidan skreiv eg i hovudoppgåva mi om korleis kommunane burde leggje til rette slik at ein kreftsjukepleiar kunne bli ein ressurs for dei kreftsjuke. Eg trur kanskje ikkje ein gong Kreftforeninga fullt ut forstår kor mykje det betyr for både pasienten og oss kreftsjukepleiarar i kommunane. Kvardagen min er blitt meir oversiktleg, og eg tek ikkje så mykje av jobben med meg heim no som eg gjorde før.

- Jobben kan være tung når ein arbeider nær døden, det siste tabuet. Det høyrest kan hende rart ut, men eg liker dei faglege utfordringane i samanheng med dette. Når du er utdanna kreftsjukepleiar, vil du jo gjerne jobbe med desse problemstillingane.

Saumlaus teneste

- I Ulstein kommune er ikkje heimesjukepleien delt inn i soner. Det gjer det enklare å ha oversikt, og samarbeidet med kollegaer blir tettare. Det er viktig at vi har ei saumlaus teneste innan kommunen også, og ikkje berre mellom kommune og sjukehus, som er det vi er mest opptekne av i dag.

- Kreftpasientar får eit mangfelt tilbod som av og til kan opplevast som kaotisk. Når dei ikkje veit kva ende dei skal starte i, kan kreftkoordinatoren vere der og hjelpe dei. Når ein blir alvorleg sjuk, lengtar ein ofte attende til kvardagen, den kvardagen som vi ofte er trøytte av når vi er friske. Når eg jobbar med menneske i krise, er eg opptatt av at eg skal følgje dei på vegen attende til kvardagen.

Kreftforeningen har gitt 30 millioner til kreftkoordinator-stillingar i kommunane.

Bakgrunnen kan du lese om her: www.kreftforeningen.no

– Eg skal bruke lite tid på kontoret, og vere ute hjå pasientane det meste av tida, sier Anett Skorpen Tarberg, kreftkoordinator i Ulstein Kommune.

Ålesunds MacGyver

Ein biljekk frå Biltema. Eit bøyeleg speil frå Jula. Ein dyktig fysikar. Ekspertise og utviklingsvilje gjer at kreftavdelinga i Ålesund er blant dei få i landet som tilbyr pustestyrt strålebehandling – til ein brøkdel av prisen.

Ein ioniserande stråle har svært høg energi og stor evne til å trengje igjennom. I kreftbehandlinga har han berre ei oppgåve: Strålen skal øydeleggje kreftvev. Syte for at celler sluttar å dele seg. Slik hindrar han kreftsvulsten å vekse. Er behandlinga vellukka, blir svulsten heilt borte.

Diverre er ikkje resten av kroppen konstruert slik at desse strålane kan passere andre organ uhindra. Sjølv om friskt vev har mykje betre evne til å heilast og fornye seg enn kreftsvulsten, må ein hindre at strålen treff vitale organ.

- Til dømes bør strålen ikkje treffe hjartet, forklarer Christer Jensen ved kreftavdelinga på Ålesund Sjukehus.

- Når vi skal unngå å stråle hjartet meir enn det nasjonal standard tillet, til dømes ved tradisjonell stråling av venstre bryst, kan det gå ut over effektiviteten i behandlinga, fordi svulsten får mindre stråling hjå nokre pasientar.

Heldigvis er kroppen vår ikkje ein statisk masse. Når du dreg pusten, skiftar hjartet posisjon i høve til brystet. Der og da kan strålen passere hjartet og treffe svulsten i brystet med full kraft.

- Slik blir behandlinga meir effektiv, og pasienten slepp at hjartet blir utsett for stråling.

Dyrt

Denne behandlingsforma vert kalla pustestyrt strålebehandling. Utstyr som kan gjennomføre dette, kostar pengar. Fire og ein halv million kroner ville det kosta Sjukehuset i Ålesund å skaffe slikt utstyr, om dei skulle kjøpt det. Difor er det nesten ingen sjukehus i Noreg som tilbyr det.

- Dette er jo noe vi bør tilby. Overlevinga for kvinner med brystkreft er veldig høg, og dei skal leve i mange år etterpå. Da er det fint at dei har sloppe unna dosar med stråling på hjartet.

Heldigvis er fysikar Jensen ein oppfinnsom fyr, i tillegg til å vere ein dyktig fagmann.

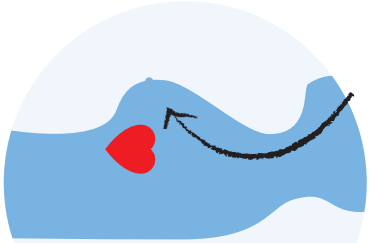
- Eg såg at det var mogeleg å utvikle prototypen til eit slikt system for småpengar, fortel han.

- For å få det opp å gå, har vi kjøpt delar overalt. Mellom anna ein jekk frå Biltema til syttini kroner, for å setje laseren stabilt på. Eg har bøygd pleksiglas og sett eit heilt vanleg speil på. Det fungerer heilt utmerkt. Til saman har utstyret kosta nitti tusen kroner.

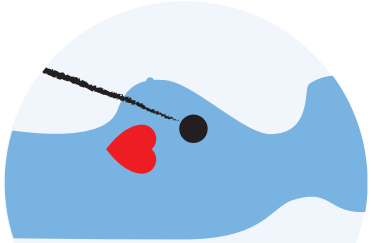
- Kva tyder dette for pasientane?

- Ganske mykje. For det første får dei meir effektiv stråling, samtidig som dei unngår biverknader. For det andre bruker vi mykje mindre tid på planlegging av behandlinga, så vi kan behandle fleire. Dessutan meiner vi det er ein positiv bieffekt at dette er ein av dei få tinga pasientane kan vere med og styre sjølv. Med å pusta slår dei strålen av og på. Vi har fått mange tilbakemeldingar som syner at pasientane tykkjer dette er veldig motiverande.

Videobriller frå dataspel er blant delane Christer Jensen ved Sjukehuset i Ålesund har nytta. Nå tilbyr sjukehuset pustestyrt strålebehandling.



Når pasienten pustar inn, kjem brystet ut av hjarteskuggen.



Strålen treff svulsten i brystet med full styrke.

Pasienten kan sjølv følgje med på når det er drege inn nok luft.

Tilbodet til fleire

Prosjektet har vore eit forskningsprosjekt. Når fase ein no er over, har Jensen nokre tankar om vegen vidare.

- For det første skal vi etter kvart inkludere fleire pasientgrupper enn berre dei som har lokal brystkreft. Pasientar med brystkreft i eit større område vil være naturleg når vi går i gang med fase to. Lengre fram vil også lungekreftpasiantar kunne få eit slikt tilbod. Eg skal også gjere nokre endringer på utstyret.

Studien skal utvidast til å undersøkje korleis pasientane reagerer på behandlinga.

- Som fysikar har eg nok tenkt litt for mykje på det tekniske så langt, det må eg innrømme. Vi skulle hatt eit skjema for å måle pasientopplevinga. Det kan bli aktuelt når vi går i gang med fase to.

Eit anna mål, litt lengre fram i tid, er å kommersialisere løysinga.

- Det hadde vore fint å kunne bidra til at fleire som jobbar med strålebehandling, kan ta i bruk pustestyring. Vi trur potensialet er ganske stort.

- Eit suksessprosjekt?

- Absolutt. Det er kjekt å få det til, og det har gitt heile avdelinga eit løft. Alle har hjelpt til og kjenner eigarskap til prosjektet. Når det i tillegg hevar kvaliteten på behandlinga, er det veldig moro.

- Fire og ein halv million kroner ville det kosta Sjukehuset i Ålesund å skaffe slikt utstyr, om dei skulle kjøpt det. Difor er det nesten ingen sjukehus i Noreg som tilbyr det. Christer Jensen

DELELISTE:

Mykje av jobben har vore å leite fram delar frå ulike forhandlarar som kunne setjast saman i eit heilskapleg system:

- Videobriller som brukast til dataspel.
- Biljekk – som base for avstandslaser.
- Avstandslaser for industrielle formål, vert til dømes brukt til observasjon av is i Antarktis.
- Bøyeleg speil for å vinkle laserstrålen mot brystkassen.
- Pleksiglas bøygd i ein halvsirkel rundt pasienten.

SLIK VERKAR DET:

Ein laser måler høgda på brystkassa til pasienten. Når pasienten pustar inn, hever brystkassen seg, slik at brystet som skal behandlast, kjem ut av hjarteskuggen.

Dermed vert den ioniserande strålen slått på, og den treffer svulsten i brystet utan hinder og med full styrke. Når pasienten slapp pusten ut, måler laseren at brystet senkar seg, og behandlingsstrålen vert slått av igjen.

Pasienten har på seg skjermbriller og kan sjølv følgje med på ein graf som syner når det er drege inn nok luft til at brystkassen har heva seg til rett høgd.

» meir effektiv stråling
» unngår biverknader
» kan behandle fleire

- Ein av dei få tinga pasientane kan vere med og styre sjølv. Med å pusta slår dei strålen av og på. Pasientane tykkjer dette er veldig motiverande. Christer Jensen

Felles trøst

Når livet blir snudd på hodet, er det lett å føle seg alene. Nicolay finner fellesskap på Treffpunkt i Steinkjer.

- Jeg skulle ønske det fantes noe tilsvarende for voksne.
Nora Hyll, mor

Forvandlingen er fullstendig, han spretter opp i treet. Øyne som ler, kropp som jubler. Sprellende gjøggel. Nicolay Hyll Buch (11) fyker rundt i treet, mens moren kikker på med kjærlig bekymring.

En liten time tidligere snakker 11-åringen dypt beveget om faren som døde av kreft i 2006. Han bruker ikke mange ord, vi trenger bare få for å forstå hvor vondt det har vært. Spesielt at han nesten ikke kan minnes ham.

- Jeg kjenner ikke noen andre som har det sånn, sier han stille. Setningen blir knapt fullført. Gjennom Kreftforeningens tilbud, Treffpunkt, fant han imidlertid fort ut at han ikke var den eneste med slike følelser. Treffpunkt er et møtested for barn og unge som har et sykt familiemedlem eller har mistet noen de er glad i.

- Egentlig skulle jeg ønske det kom flere unger hit. Jeg tror mange kunne hatt godt av det, mener Nicolay.

- Det er et fint sted å få snakke ut. Selv om det beste er å snakke med mamma, er det veldig greit å komme hit og prate også. Vi prater nok om litt andre ting, her.

Barnas arena

– Det er ingen foreldre til stede på Treffpunkt, og vi har taushetsplikt. Det barna forteller oss, det blir her, forteller Hildur Holmstad. Hun er Kreftkoordinator i Steinkjer kommune. I tillegg driver hun Treffpunkt som et ledd i samarbeidet mellom Kreftforeningen og kommunen. Hver tredje uke kan barn som har mistet noen i kreft, komme hit.

- Vi ser at de har veldig godt av å møtes, og treffe andre i samme situasjon. Enten det er i samtalegruppene, i leik - eller når vi drar på turer til teater, svømmehall, på grillkvelder og andre ting.

Utviklende

I Steinkjer har de hatt Treffpunkt i 3 år. Da Nicolays mor Nora Hyll fikk høre om det, var hun ikke i tvil om at det var et tilbud hun ville gi Nicolay.

- Det er godt for ham å være sammen med andre barn på denne måten. Ikke bare sammen med meg, og min sorg. Jeg var utrolig glad da dette dukket opp, forteller hun.

- Jeg visste ikke helt hvordan det skulle bli. Men nå er jeg her på hvert eneste møte, legger Nicolay til.

- Etter at han har vært på møtene, kan han gjerne ha mange spørsmål. Så snakker vi litt sammen, og gråter litt sammen - og så er det litt lettere igjen etterpå, sier Nora.

- Har du noe råd til den som lurer på om de skal bli med, Nicolay?

- Hvis man savner noen veldig, er det greit å være med her. Gruppen er gøyal, og det er morsomt å være med på forskjellige greier. Dessuten er det fint at det er bare unger her. Det kan godt hende at mange ikke hadde sagt så mye, og åpnet seg, hvis de hadde med mor eller far.

RAMMER IKKE BARE DEN SYKE

– Treffpunkt er et godt eksempel på hvordan en frivillig organisasjon som Kreftforeningen jobber, sier distriktssjef i Kreftforeningen Midt-Norge, Anne Lise Nessæther.

– En av våre viktigste oppgaver er å sørge for at folk får den hjelpen de har behov for. Det å være syk rammer ikke bare den syke, alle vi rundt blir berørt, forteller hun.

– At vi gjennom aktiv politisk jobbing sammen med andre organisasjoner nå har fått på plass et eget lovverk som gir barn til alvorlig syke rettigheter, er svært viktig, men ikke nok. Gjennom våre samtaler med kreftrammede familier og innspill fra pasientforeningene har vi også sett at det trengs et slikt lavterskeltilbud som Treffpunkt.

– Derfor har vi dette tilbudet som er utviklet og støttes økonomisk av Kreftforeningen. Treffpunkt drives av våre samarbeidspartnere rundt om i Midt-Norge. Vår oppgave blir først og fremst å sørge for faglig støtte og veiledning og etablere nye Treffpunkt rundt om i regionen. For oss er ikke det viktigste hvem som driver tilbudet, men at barn og unge får dekket sine behov, uavhengig av bosted. Derfor er vårt samarbeid med de ulike kommunene, som Steinkjer, en nøkkel til suksess – for oss og for de unge, avslutter hun.

KREFTFORENINGEN JOBBER FOR:

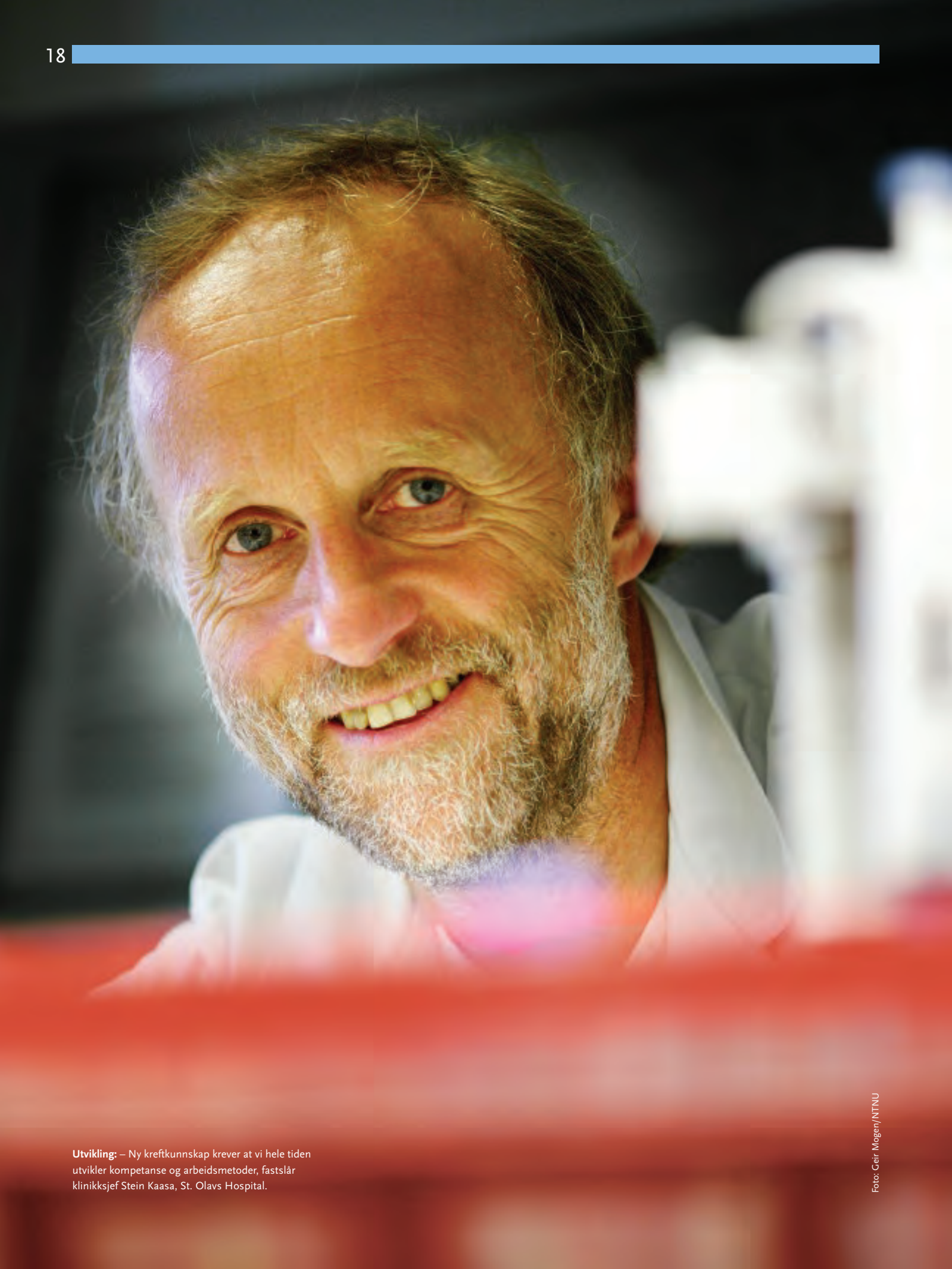
- at færre skal få kreft.
- at flere skal overleve kreft.
- best mulig livskvalitet for kreftrammede og pårørende.

Kreftforeningens arbeid er basert på innsamlede midler, testamentariske gaver og tippemidler.

Besøksadresse:
Kreftforeningen distrikt Midt-Norge,
Prinsensgt 32, 7011 Trondheim
Telefon: 07877
www.kreftforeningen.no

Oversikt over Treffpunkt i nærheten av deg finner du på www.kreftforeningen.no

– Jeg måtte venne meg til å snakke med de andre på Treffpunkt, siden jeg var litt sjenert, sier Nicolay Hyll Buch. Nå har han kommet ordentlig i varmen. – Skulle ønske det fantes noe tilsvarende for voksne, sier mor Nora Hyll (i midten). Hildur Holmstad er leder for Treffpunkt i Steinkjer.



Utvikling: – Ny kreftkunnskap krever at vi hele tiden utvikler kompetanse og arbeidsmetoder, fastslår klinikksjef Stein Kaasa, St. Olavs Hospital.

Foto: Geir Mogen/NTNU

Vi er gode. Vi skal bli bedre.

– Kreftpasienter i Midt-Norge får god behandling.
Ingen trenger å søke seg ut av vår region når de blir kreftsyke!

Utvetydig tale fra Stein Kaasa, sjef for Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital. I nær 20 år har Kaasa vært drivkraft i midtnorsk kreftomsorg. Professoren er også sentralt plassert i det nasjonale kreftarbeidet - og snakker med større autoritet enn mange andre på dette feltet.

Tar nesten alt

- Nesten alt av kreft kan vi ta oss av i Helse Midt-Norge. Og de få krefttypene vi ikke er gode nok til å behandle, henviser vi til Oslo Universitetssykehus etter avtale. Dette gjelder for eksempel beinkreft, sarcom, med primærsvulster i skjelettet. En del andre sjeldne krefttilfeller blir vurdert i nasjonale eller internasjonale samarbeidsnettverk som vi er med i, sier Kaasa.

Selvtilfreds skryt ligger imidlertid ikke for klinikksjefen, og han vedgår gjerne at St. Olav har betydelige muligheter for forbedring. Ikke minst innen kreftdiagnostikk.

- Vi må hele tiden arbeide for å ha kompetent personell på høyt nasjonalt nivå innen alle yrkesgruppene, og disse må bli enda bedre til å jobbe i team. Oppgavefordeling mellom personell er nødvendig for å kunne tilby pasientene den beste kreftbehandling, pleie og omsorg. Som andre helseregioner, sliter vi også med flaskehalser innen bildediagnostikk og patologi når pasienter skal utredes for kreft. Begge disse fagene utvikler seg uhyre raskt, og det er stadig mer som skal granskes og forstås ved hjelp av nye, avanserte metoder.

Krever utvikling

Ifølge Kaasa er diskusjonen om PET-skanner (den hypermoderne analysemaskinen St. Olav nå får i gave) en god illustrasjon på hvordan muligheter og forventninger forløpende endres innen bildediagnostikk. Og det er lenge siden patologene nøyde seg med å granske vevsprøver i mikroskop. I dag blir cellene også merket, sporet og undersøkt med molekylærmedisinsk teknologi i ulike varianter.

- Alt dette gjør vi bra, men ny kunnskap krever at vi hele tiden utvikler kompetanse og arbeidsmetoder, gjentar Kaasa.

- Hva må gjøres for å bli så gode som du vil?

- Da gjelder det å forvalte store ressurser mer optimalt. Vi må også styrke innsatsen på klinisk kreftforskning. I dag forsker vi for lite og produserer for få artikler og studier. Sykehusene i helseregionen forventer at St. Olav er forskningsmotoren, og det er vi beredt til å være i nært samarbeid med de andre sykehusmiljøene. Ikke minst for å vurdere nytten av nye behandlingsmåter mot kreft.

St. Olav må spisse

- Hvordan ser du ellers for deg samarbeidet mellom universitetssykehuset og de øvrige sykehusene i regionen?

- Det er opplagt at St. Olav må spisse kreftvirksomheten. Det betyr at vi på alle områder - diagnostikk, behandling, oppfølging og rehabilitering - bør ha høykompetente, tverrfaglige team på universitetsklinikken. Samtidig må kompetansen i hele regionen være tilpasset de mål og muligheter moderne kreftbehandling gir. For å få til dette må samarbeidet bli bedre mellom oss og lokalsykehusene, og mellom lokalsykehusene og den kommunale helsetjenesten.

- Slik samhandlingsreformen legger opp til?

- Nettopp. Jeg satt jo selv i ekspertgruppa til daværende helseminister Bjarne Haakon Hanssen, og vi anbefalte at spesialistkompetanse skulle ut av de store sykehusene og nærmere pasientene. Selv hadde jeg lang og god erfaring med dette. Allerede i 1993 begynte vi på Seksjon lindrende behandling med hjemmebasert pasientbehandling. Det var lite populært hos sykehusledelsen den gangen, og vi fikk klar beskjed om at det ikke var vår jobb å oppsøke pasientene. De skulle komme til oss! Nå er holdningen heldigvis en annen, og Helse Midt-Norge har som strategi at spesialisttjenester skal spres ut i regionen. St. Olavs nye kreftavdeling ved Orkdal Sjukehus er jo et flott eksempel på nettopp dette (se side 22).

Kreft er blitt kronisk

- Kreftomsorg før og nå. Hva er den viktigste forskjellen?

- I dag er kreft blitt en kronisk sykdom. Selv om vi ikke kan gjøre alle pasientene våre friske, vil mange kunne leve godt og lenge med kreft. En mann med prostatakreft med spredning til skjelettet kan for eksempel leve fint i mange år, uten smerter, med en enkel form for hormonbehandling. →

- Det er feil å overlate hele livsavslutningen til helsevesenet

Stein Kaasa

Smertelindringen er en helt annen enn før, og her vil jeg påstå at Helse Midt-Norges fagfolk er blant de fremste i Europa. Alle kreftpasienter kan i dag slippe smerte, uten at de medisineres og sløves ned.

- Hvor langt framme er St. Olav innen utrednings- og behandlingsteknologi for kreft?

- Utstyrsmessig er vi et topp moderne sykehus med mange dyktige kirurger. Kirurgi er kjempeviktig i kreftbehandling, og på noen områder er vi i elitedivisjonen. Det gjelder for eksempel endetarmskreft og nevrokirurgisk kreft. Innen diagnosemetodikk ligger vi på et svært høyt nivå innen MR. Men igjen: Bildediagnostikken har fortsatt flaskehalser, og vi ser fram til å ta i bruk PET-skanner. Her mener jeg vi har vært litt for tilbakeholdne, men forholdene har ikke vært til skade for pasientene fordi de har fått utredning utført i Oslo eller Bergen.

– En uting å vente

- Er det akseptabelt at kreftpasienter må vente på utredning og behandling?

- Nei, det er en uting å vente. Hvis jeg selv fikk påvist kreft, ville jeg sikkert forvente utredning ganske umiddelbart. Ekstra ille er det å vente unødvendig fordi sykehuset ikke organiserer arbeidet godt nok. Derfor jobber vi intenst for å bedre rutinene, og et av de viktigste tiltakene for å eliminere ventetid er standardiserte pasientforløp. Kort fortalt betyr det at vi tegner kartet ut fra terrenget, fastsetter tidsbruken på kontakten med pasientene og forbedrer logistikken i alle ledd. På St. Olav har vi nå gått løs på dette for samtlige krefttyper, i samarbeid med primærhelsetjenesten. Denne jobben går på tvers av alle klinikker.

- Når vil kreftpasienter ved St. Olavs Hospital slippe unødvendig ventetid?

- De fleste slipper å vente unødvendig, men dessverre er det slik at noen venter for lenge. Dette vil vi gjøre noe med gjennom utviklingen av de standardiserte pasientforløpene. Helsemyndighetene har sagt at kreftpasienter ikke bør vente lenger enn 20 dager fra mistanken er der, til behandlingen er bestemt. Skal vi nå dette målet for alle i Midt-Norge, må vi gå sammen på tvers av sykehus, fastleger og kommunehelsetjeneste.

Hjemmedød er ønsket

- Selv om det går bra med stadig flere kreftpasienter, snakker vi fortsatt om en dødelig sykdom for mange. Er du fornøyd med den omsorgen St. Olav og Helse Midt-Norge gir i siste fase av livet?

- Sett i forhold til land vi bør sammenlikne oss med, har Norge generelt gjort store framskritt de siste fem-ti årene. Vi ligger på Europa-toppen i kreftbehandling og har dessuten et likeverdig tjenestetilbud. I Helse Midt-Norge kan vi også vise til gode resultater, på lik linje med de andre helseregionene. Dette gjelder både innen diagnostikk og alle former for behandling, som kirurgi, cellegift, strålebehandling og lindrende behandling ved livets slutt.

- Hjemmedød eller sykehusdød? Hva ønsker kreftpasienter?

- Dette har vi undersøkt, og det viser seg at et stort flertall, 85 prosent, ønsker å dø i hjemmet sitt. Men i dag dør bare 12 prosent der de bor, og det mener jeg samfunnet må gjøre noe med. De nærmeste skulle hatt like gode permisjonsordninger når et liv avsluttes, som de har når et menneske blir født. Det trengs også holdningsendringer for å få fram verdien av å pleie døende, slik vi gjorde her i landet for noen tiår siden. Jeg kjenner godt motforestillingene og vet ikke hva jeg selv vil gjøre når mine foreldre på over 90 ligger for døden. Men det er feil å overlate hele livsavslutningen til helsevesenet. Dette har med grunnleggende verdier i samfunnet å gjøre.

STEIN KAASA (født 1953 i Oslo)

er prisbelønnet kreftforsker og særlig kjent innen palliativ (lindrende) behandling. Kaasa ble cand.med. 1980 og siden kreftspesialist – onkolog. Han arbeidet ved Radiumhospitalet før han i 1993 ble landets første professor i palliativ medisin ved NTNU. Kaasa var også seksjonslege ved Regionsykehusets (nå St.Olav) Seksjon lindrende behandling. Fra 2006 har han vært strategidirektør for kreft i Helsedirektoratet. I 2009 ble han leder for St. Olavs Hospitals nye European Palliative Care Research Centre (PRC), og året etter overtok Kaasa sjefs-stillingen ved Klinikk for kreft- og hudsykdommer. Stein Kaasa er også idrettsutøver og har gått «Birken» over 30 ganger.

- Alle kreftpasienter kan slippe smerte. Vel å merke uten at de sløves ned.

Stein Kaasa

FEM FAGFOLK OM KREFT:

Hva bør gjøres?

Dagens kreftomsorg i Midt-Norge har bra kvalitet og kapasitet, mener fagfolk i regionens helseforetak. Men forbedringer må til for å styrke tilbudet til kreftpasientene.

Hvilke?

KJELL ERIK STRØMSKAG
Anestesioverlege, Molde sjukehus. Professor II NTNU.

– Det bør utarbeides gode pasientforløp med minst mulig ventetid for pasientene, både ved diagnostikk og behandling. Det meste av behandlingen må skje så nært pasientens hjemsted som mulig dersom god faglighet kan ivaretas.
Et hjertebarn for meg er også at den terminale omsorgen (omsorg ved livets slutt, red.anm.) bygges ut for de pasientene som ikke kan gis mer helbredende behandling. På dette området er det mer å hente, særlig på kommunalt nivå. Dette gjelder både pasienter på sykehjem og de som ønsker å være hjemme.

Foto: Bjørn Brunnvoll, Romsdals Budstikke

OLBJØRN KLEPP
Overlege ved Kreftavdelinga Helse Møre og Romsdal. Professor II NTNU.

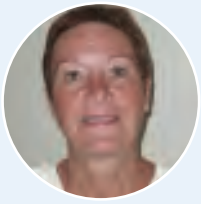
– Sentrale og regionale helsemyndigheter undervurderer den sterkt økende etterspørselen etter topp moderne kreftomsorg. Regionens kreftplan mot 2022 legger opp til 25 prosent økning i antall krefttilfeller. Men jeg tror dette anslaget er for lavt på grunn av aldersutvikling, økt levetid og raskere vekst i folketallet – ikke minst med arbeidsinnvandringen fra Øst-Europa. Ellers er mangel på kreftleger et stort problem i Helse Midt-Norge. Dette er urovekkende når vi vet hvilken kompetanse som kreves for å prioritere og anvende nye behandlingsmetoder og kreftmedisiner. Sikrere medisinsk styring av kreftpoliklinikkene er også viktig, og kreftsykepleierne må ikke pålegges for stort medisinskfaglig ansvar. For øvrig må effektive medisiner mot kreft bli rimeligere, og statens godkjenning av refusjonsordninger for slike medisiner tar for lang tid. Det må også komme fortgang i utskiftingen av det midtnorske stråleterapiutstyret – og jeg vil advare mot at kreftkirurgien sentraliseres for raskt og vidtrekkende. Helseregionen bør dessuten stille mer midler til rådighet, slik at kreftpersonell kan holde seg faglig oppdatert.

TOM-HARALD EDNA
Avdelingsleder ved Kirurgisk avdeling, Sykehuset Levanger. Førsteamanuensis NTNU.

– Det må utvikles bedre elektronisk kommunikasjon mellom St. Olavs Hospital og de andre helseforetakene. I dag tillater ikke norsk datalovgivning slik kommunikasjon via våre elektroniske pasientjournaler. For både pasienter og leger er det uheldig at man ikke får rask tilgang til journal utenom eget helseforetak, og må basere seg post eller fax, med utskrifter av journalen. Ellers gjelder det også i framtiden å sørge for desentralisert og god kompetanse på de vanlige krefttypene. Sjeldne krefttyper behandles ved St. Olavs Hospital, enkelte også i Oslo. En enhet ved St. Olavs Hospital bør få ansvar for å samordne utredning, vurdering og behandling hos de få pasientene som har mange forskjellige krefttyper samtidig. Noen må ha det helhetlige ansvaret, slik at pasienten får behandling i rett tid og ikke blir kasteball mellom forskjellige spesialister.

JORUN BØYUM
Avdelingssjef ved Kreftavdelinga Helse Møre og Romsdal.

– Mange kreftdiagnoser utredes ved hjelp av teknikker der vi fortsatt har for lange ventetider. Vi må styrke tjenestene som analyserer kreftprøver, og alle kreftbehandlingsmiljøer bør være så robuste at de ikke er avhengige av enkeltpersoner. Fagkompetansen må stadig oppdateres fordi kreftbehandling er krevende, og fordi det fortløpende utvikles nye medikamenter, kirurgiske metoder og bildediagnostikk. Når en større del av omsorgen desentraliseres til lokalsykehus, må onkologer knyttes til alle kreftpoliklinikker, slik at mest mulig cellegiftbehandling og oppfølging kan gjøres der pasienten bor. Ellers er det behov for et utstyrsløft innen kreftomsorgen, og flere strålemaskiner må skiftes ut. St. Olav får omsider sin PET-maskin, og Ålesund har tilsvarende behov. Jeg vil også peke på behovet for å planlegge flere pasientforløp som er felles for helseregionen. Rehabilitering og oppfølging av pasienter med senskader må bli bedre. Og ikke minst trenger vi IKT-løsninger som gjør det langt lettere å kommunisere på tvers av helseforetakene.



INGRI LANGAAS MAUSNER
Kreftsykepleier ved Kreftpoliklinikken og Kirurgisk avdeling, Sykehuset Namsos.

– Mye kan bli mye bedre, selvfølgelig. For eksempel trenger sykehuset Namsos team i lindrende behandling, men foreløpig mangler vi en anestesilege. Forhåpentligvis kommer begge deler på plass om ikke altfor lang tid. Namsos har også behov for kreftlege mer enn to dager i uka, og bør ha flere kreftsykepleiere i poliklinikk og sykehus. Antall pasienter og behandlinger har økt mye, og vi merker at tida blir knappere til viktig samtale og omsorg. Ellers skulle vi hatt muligheter for å jobbe mer for pasientene utenfor sykehuset, med gruppesamlinger om livsstil, kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse osv. Det burde også vært enda flere kommunale kreftsykepleiere for å følge opp pasienter og drive opplæring blant andre ansatte i kommunehelsetjenesten, slik at pasienter med omfattende hjelpebehov, og døende pasienter, kan være hjemme når de ønsker det. Med sine lange avstander trenger dessuten Nord-Trøndelag et effektivt faglig kreftnettverk mellom sykehus og kommuner.
Til slutt: Vi er veldig, veldig glade for at Midt-Norge får PET CT og PET MR. Det er på tide, og alle kreftpasienter i landsdelen vår fortjener dette!

Det nye kreftlandskapet er grenseløst

Her bor det 57 000 mennesker. 2 000 av dem er kreftpasienter. Mange lever lenge med kreften og bor hjemme. I perioder er helsa deres avhengig av den pleie, informasjon og omsorg de får fra kommunen de bor i. Fordi kvaliteten på kreftomsorgen varierer fra kommune til kommune, vil kreftpasientenes helse i perioder avhenge av hvilken kommune de hører hjemme i.

Nå forandrer kreftlandskapet seg. 12 kommuner og 2 fylkeskommuner i Orkdalsregionen vil samarbeide om å gi pasientene en sømløs kreftomsorg, med god samhandling mellom sykehus og kommune og med fri flyt av den beste kompetansen kommunene imellom.

SAMHANDLING OM KREFT: Kreftprosjektet i Orkdalsregionen

- Var opprinnelig et prosjekt i Skaun kommune. Ble Orkdalsregionens kreftprosjekt i 2011 gjennom en avtale med Samhandlingsreformen i Orkdalregionen (SiO).
- Utvikler fagnettverk for kreftomsorg i SiO Helseregion for økt kompetanse og bedre samhandling.
- Samarbeider nært med Kreftforeningen og St. Olavs Hospital.
- Deltar i utvikling av ny kreftpoliklinikk ved Orkdal Sjukehus.
- Driftes av tre kreftsykepleiere i Skaun.
- Erfaringen og kompetansen som er bygd opp i Skaun og i nettverket, skal føres videre når det nå opprettes en ny stilling som kreftkoordinator i regionen. Kreftforeningen bidrar med penger til stillingen.

Pasienten

Det er gått 250 dager siden Bjarne Gangås (79) fikk konstatert kreft i tykktarmen. Bare 20 av disse dagene har han ligget på lokalsykehuset i Orkdal eller på St. Olav i Trondheim. Resten av tida har han vært hjemme og fått pleie og veiledning når han har hatt behov for det, av kreftsykepleier og hjemmehjelp fra kommunen. – De er så flinke, og de gjør det trygt å være hjemme. Det er jo her jeg helst vil være, sier Bjarne.

Den tidligere verksmesteren og ivrige sykkelmosjonisten fikk vondt i baken når han syklet i fjor sommer.

- Jeg skulle jo ha gått til doktoren med en gang. Men du vet hvordan det er. 1. januar var det blitt så ille at jeg tok kontakt med Orkdal sjukehus for å bli undersøkt. Jeg hadde fått blod i avføringen og urinveisinfeksjon. Jeg hadde vondt.

Legene i Orkdal oppdaget at Bjarne hadde en svulst i tykktarmen. Han ble sendt hjem for å vente på strålebehandling og cellegift på St. Olav.

Gikk ned 20 kilo

- Ventetida var verst. Jeg greide ikke å holde på maten og gikk ned 20 kilo på noen uker.

Så viste det seg at St. Olav ikke kunne starte med cellegift og strålebehandling før han hadde fått lagt ut tarmen. Ny ventetid.

- Endelig en kveld i slutten av februar ringte de fra Orkdal sjukehus og sa «Nå må du være tøff. Du skal opereres i morgen.» Jeg tok taxi med en gang. Da jeg våknet etter operasjonen, følte jeg meg friskere enn på lenge. «Kroppen din er sterk», sa de. «Du kommer deg fort». Du skal se det er all syklinga jeg har å takke for det.

Etter en uke på sykehuset kom han hjem.

Noen som brydde seg

- 4. mars. Jeg satt her i stua med to poser på magen. På sykehuset hadde de vist meg hvordan jeg skulle stelle og tømme posene. Men det er ikke alltid like greit i praksis. Og hjelpemidler hadde verken kona mi eller jeg peiling på. Da fikk jeg god hjelp av kreftsykepleier, hjemmehjelp og folk fra apoteket. De kom hjem til meg og ga meg den hjelpen og informasjonen jeg trengte. De hadde tid til å snakke med meg. Det var godt. Jeg var skikkelig nedkjørt psykisk også og hadde lett for å gråte. Det var godt med noen som brydde seg. Det var de flinke til.

- Så gikk jeg der da. Med to poser på magen og et kateter. Sykepleieren som kom hjem til oss, mente vi måtte prøve å kutte ut urinposen. «Jeg skal lære deg å sette kateter på deg selv», sa hun. Det gikk bra. Jeg ble riktig så flink etter hvert.

Tålmodige

- Kreftsykepleieren og de andre fra →

1. nyttårsdag 2012 ringte Bjarne Gangås fra Skaun til Orkdal sjukehus for å be om hjelp. Snart 9 måneder og flere operasjoner senere er han kvitt svulsten og føler seg bedre enn på lenge.

kommunen var gode å ha. De var tålmodige og kom bare jeg ringte. Kona mi og barna fikk komme på apoteket og høre om det de lurte på i forbindelse med kreften og stellet.

På vårparten begynte behandlingen med cellegift og stråling på St. Olav. Bjarne skulle ha 2 doser cellegift hver dag i 25 dager.

- Jeg ble ikke dårlig. Det gjorde meg ingen ting. Jeg tok taxi til og fra St. Olav 25 ganger. Så skulle kroppen hvile i 6 uker før svulsten kunne tas bort. 21. juni ble jeg lagt inn på St. Olav. Da hadde jeg kommet opp i normal vekt igjen. Legen fortalte at svulsten fortsatt var stor, at den satt langt nede og at det kunne bli vanskelig å få tarmen på plass i igjen. «Er det problemer, så legg tarmen ut permanent», sa jeg. Så var vi enige om det.

Da Bjarne våknet på overvåkningen etter operasjonen, følte han seg i fin form. Etter en og en halv time sa sykepleieren: «Du er for frisk til å ligge her». Så ble han kjørt opp på avdelingen der han møtte legen som hadde operert ham.

- Jeg glemmer aldri ansiktet hans. Det skinte som ei sol. «Vi hadde problemer med svulsten», sa han. «Vi måtte være to leger. Men vi fikk ut alt!»

- Da jeg våknet etter operasjonen, følte jeg meg friskere enn på lenge. Bjarne Gangås

Kom med en gang

Etter en uke dro Bjarne hjem igjen. Sykepleieren på St. Olav spurte om de skulle varsle kommunen om at han kom hjem.

- Nei, jeg varsler selv, sa jeg. Jeg kjenner dem fra før. Så reiste jeg, og siden har jeg ikke vært på sykehuset. Da jeg kom hjem, varslet jeg kommunen, og kreftsykepleieren og hjemmehjelpen kom med en gang. Etter 14 dager tok de stingene. Nå behøver de ikke komme fast lenger. Er det noe, ringer jeg og vet de kommer.

Sommeren har vært bra, Bjarne har ikke hatt noen plager, prøvene er helt fine.

- Jeg har vært heldig. Og jeg har møtt fine folk på sykehuset og i kommunen. Jeg får den hjelpen og informasjonen jeg trenger. Jeg vet de er der. Det gjør meg trygg. Det blir ikke noe sykling i høst, men neste år er målet å sykle fra hytta i Tydalen og innover mot Storerikvollen og Sylan.

Kreftsykepleieren

– Når flere lever lenger med kreft, og de skal bo hjemme i mange år, har vi som jobber med pleie og omsorg i kommunene to ting å gjøre: Vi må bli enda flinkere i faget vårt, og vi må dele kunnskap og erfaringer med hverandre og på tvers av kommunegrensene.

Vi var 3 kreftsykepleiere her i Skaun som så hvor viktig det er for kreftpasientene at vi som jobber nær dem, er faglig dyktige og engasjerte. Derfor ønsket vi å opprette et kompetansenettverk av ressurspersoner innen kreftomsorg i Orkdalsregionen.

- Vi er blitt lagt merke til, vi har deltatt jevnlig på møter med alle rådmennene. Det er noe annet enn å sende en bønn om oppmerksomhet i en e-post med 12 navn i adressefeltet. Nå har alle kommunene forpliktet seg til å samarbeide om kreft.

På jakt etter kompetansen

26 sykepleiere og 3 hjelpepleiere er nå med i kompetansenettverket i Orkdalsregionen. 2 av sykepleierne jobber som kreftsykepleiere på Orkdal sjukehus. Kreftforeningen og Kompetansesenteret for lindrende behandling ved St. Olav og sykehusapoteket er også med som forelesere og rådgivere.

- Det er kjempeviktig at vi i kommunene og de i spesialisthelsetjenesten forstår hverandres arbeidshverdag. Jeg tror jeg kreftpasientene allerede begynner å merke resultater i form av at vi gir bedre pleie og har større faglig trygghet rundt om i kommunene.

Liv Ågot Hågensen tror også sykepleierne har bedre rutiner enn før for å skaffe seg informasjon om pasientene før de blir sendt hjem fra sykehuset etter behandling.

- Tenk deg hvor viktig det er for pasienten å bli ønsket velkommen hjem av en fagperson som kjenner de tekniske hjelpemidlene, og som vet hva du nettopp har vært igjennom. Det gir pasienten og familien en

– For pasientenes skyld må vi som er pleiere, dele kunnskap og erfaring på tvers av de mange kommunegrensene, sier kreftsykepleier Liv Ågot Hågensen. Hun leder kreftprosjektet i Orkdalsregionen.

Foto: atelierilsvika.no

» Navn: Anne Marie Hagerup » Alder: 67 år » Kreftbehandling: 2004

Hvordan vil du beskrive ditt møte med kreftomsorgen i Midt-Norge?
- Min erfaring som kreftpasient knytter seg først og fremst til Ortopedisk avdeling ved St.Olavs Hospital, hvor jeg ble operert og siden har blitt fulgt opp etter at jeg fikk fotprotese. Her har jeg opplevd meg godt behandlet og ivaretatt.

Hva synes du var spesielt bra?
- Jeg kan ikke framheve noe spesielt.

Hva synes du burde vært bedre?
- Jeg har nesten ingen negative erfaringer. Kanskje kunne jeg fått beskjeden om at jeg hadde kreft i direkte møte med legen i stedet for over telefon.

Flere pasienter finner du på www.helse-midt.no/kreft

trygghet som i sin tur gjør at de mestrer den nye situasjonen bedre og kommer seg raskere tilbake til en god hverdagsrytme.

- Særlig det første besøket hos en kreftpasient som nettopp er kommet hjem fra sykehuset, krever tid. God tid til å etablere tillit og trygghet. Her er det ikke nok å stikke innom et kvarter. Tanken på å være alene hele døgnet bortsett fra et par hastige hjemmehjelpsbesøk, kan virke skremmende på en nyoperert kreftpasient og familien.

- Når den nye kreftenheten på Orkdal sjukehus åpner nå i høst, med poliklinikk og en klinikk for lindrende behandling, skal vi i kreftprosjektet bidra til at kommunene får delta aktivt i opplæring fra dag én. Slik kan enheten blir et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det sikrer kontinuitet i behandlingen, og vi kan unngå alle unødvendige misforståelser som oppstår mellom sykehus og kommune i forbindelse med utskriving og innleggelse på sykehus.

Bli kjent

- For å få ut budskapet er det viktig at vi som jobber med kreftomsorg, våger å si at vi gjør en viktig jobb, sier Liv Ågot. -At vi arbeider hardt og målrettet for at folk som lever med kreft, skal få god oppfølging og pleie hjemme, og at de skal komme seg til og fra sykehus på rett tidspunkt og på en god måte når det er nødvendig.

Politikernes holdning avgjør

- Det største hinderet for et godt helsestell på tvers av kommunegrensene, er politikernes holdning. Mange av dem tenker fortsatt mitt og ditt, alt etter hvor de gamle kommunegrensene går, sier Svein Jarle Midtøy som har vært prosjektleder for planleggingen av det nye helsesamarbeidet mellom kommunene i Orkdalsregionen.

Svein Jarle er spent på hva som skjer når helseregionen nå går fra plan til handling.

- Da er det viktig at alle har tillit til dem som skal utføre oppgavene. Politikernes holdning til interkommunalt samarbeid blir satt på en ny prøve.

GRENSELØS HELSEPLAN

Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen omfatter 12 kommuner i Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag: Frøya, Hitra, Snillfjord, Hemne, Agdenes, Orkdal, Skaun, Meldal, Rennebu, Rindal, Surnadal og Halsa. Bakgrunnen er Samhandlingsreformen, som gir kommunene større ansvar for folkehelse og helsetjenester. La i juni fram plan for bedre helse- og omsorgstilbud i et forpliktende samarbeid i SiO Helseregion.

Mål:

- Flere og bedre sykehjemsplasser og andre behandlingstilbud.
- Egne fagpersoner med spesialutdanning innen forebyggende arbeid.
- Bedre koordinering og oppfølging.
- Koordinator for alle kronikere.
- Økt kompetanse i helse- og omsorgssektoren.
- Tverrfaglige forebyggende team.
- Bedre tilbud lokalt og regionalt før og etter sykehuset.
- Tilbud om øyeblikkelig hjelp for helse- og omsorgstjenester utenfor åpningstid – lokalt og regionalt.
- Bedre samhandling mellom kommunene og mellom kommunene og sykehuset.

Mortens livskamp

- Hvis du er kreftsyk, og synes du har det verre enn alle andre, så finnes det likevel noen som har det verre!

Morten Aune

Opplevelser: Morten Aune nekter å være redd for livet uansett hvor langt det blir, og søker opplevelser uavbrutt.

Måååål! jubler friske stemmer på grønn matte. Men hva er målet til Morten Aune (43), der han står på sidelinja med hjernekreft av det mest aggressive slaget?

Jeg vil kjempe for livet så lenge som mulig. Det skylder jeg barna og kona! Vi møter Morten under en travel fotballcup på Lade i Trondheim.

Han brenner ikke av lyst til å snakke om sykdommen, og har dessuten et tett program med klubbverv, supporteraktivitet og far til keeper Trym (13). Men Morten og familien har for lengst bestemt seg for å være hundre prosent åpne om det som rammet dem så plutselig i november i fjor.

Kollaps i treningsstudio

- Jeg og dattera (Tuva, 17) var på treningsstudio i Midtbyen. Formen var god etter mye høsttrening. Men under pulsintervall på tredemølle gikk jeg rett i gulvet og våknet først etter 40 minutter.

Da lå Morten på hjerteavdelingen ved St. Olavs Hospital fullstendig i villrede. Hjertelidelse? Han? Det kunne ikke stemme, og symptomer ble da heller ikke funnet. Hjertet ble friskmeldt, men «for sikkerhets skyld» fikk Morten likevel operert inn en såkalt loop recorder.

- En meningsløs operasjon som bare ga meg et stygt arr, sier Morten et drøyt halvår etter. Han er utdannet sykepleier, har arbeidet mange år i legemiddelbransjen og er ikke imponert over innsatsen i den første utrednings- og behandlingsfasen.

- Kardiologene burde ha sjekket CT-bildene grundigere og kalt inn nevrologene raskere. Det er min klare påstand.

Fra hjerte til hjerne

Etter både epilepsi- og afasianfall var det imidlertid ikke tvil om at dette var noe annet enn hjerteproblemer. Dermed ventet nevrologisk utredning og flere MR-undersøkelser. En aggressiv svulst ble funnet i talesenteret over venstre øre. Glioblastom, kalles det. Hjernekreft av alvorligste grad.

- Da jeg fikk denne beskjeden etter tre tunge venteuker, var første innskytelse: «OK, ta'n vekk!» Det kunne kirurgene gjøre, men fjernet de alt, ville også taleevnen forsvinne. Det var umulig å akseptere. Derfor ble vi enige om en avgrenset operasjon som tok bort mest mulig av svulsten uten å ødelegge talen.

Hjerneoperasjonen ble vellykket gjennomført, og det første Morten gjorde da han våknet, var å teste om talen var i behold. Det var den, men for hele familien var det naturligvis ekstremt belastende å vite at kreften fortsatt befant seg i hjernen. På internett var det mer forstemmende informasjon å hente: Kreftformen som hadde rammet Morten, kunne føre til død når som helst.

Ned og opp av kjelleren

- Jeg forsvant ned i kjelleren, fysisk og psykisk. Kona fikk det tøft med å holde familien oppe. Enklere ble det ikke av at hun selv har slitt med MS-sykdom i flere år. Da det så som svartest ut, spurte jeg hvorfor vår familie ble utsatt for disse prøvelsene? Vi levde jo sunnere enn de fleste, likevel virket det som vi «tok av» for dem som fortjente elendigheten mye mer enn oss. Men bitterheten varte ikke så lenge, og heldigvis legger jeg lett fra meg tunge tanker. I dag er holdningen at vi skal ha det så bra som vi kan og unngå negativ energi. Hvis du er kreftsyk, og synes du har det verre enn alle andre, så finnes det likevel noen som har det verre! Det hjelper altså ikke å synes synd på seg selv. Man må forsøke å tenke positivt.

Morten Aune skuer utover yrende fotballspill og virker forbløffende pigg. Han nekter å være redd for livet uansett hvor kort eller langt det blir, og søker opplevelser uavbrutt. I sommer gikk han Besseggen, og snart blir det andre toppturer og telemarkskjøring. Morten skal også tilbake på jobb; i første omgang én dag i uka hos sin nye og velvillige arbeidsgiver. Hjemme venter god familie og god rødvin, i tilstrekkelige mengder.

- Vi satser på ros og kos, smiler Morten.

Stoler på sykehuset

Det er vel unt etter en vinter og vår med de barskeste sykehusopplevelsene det er mulig å forestille seg. Etter at deler av hjernesvulsten var operert bort, ble såret infisert av gule stafylokokker. Dermed måtte kirurgene fjerne en stor bit av skallebeinet for å rense opp, og Morten ble slått ut ytterligere av stråling og cellegift.

Som sykepleier var han naturligvis klar over risikoen for sykehusinfeksjon, men dette ble en særdeles heftig tilleggsbelastning. Da operasjonssåret var grodd, og skallelappen kunne settes på, kom det som en stor befrielse. Etter denne tredje operasjonen, ble Morten overført fra nevrologen til kreftklinikken for videre oppfølging.

- Jeg vet at døden innhenter alle, og at den er en del av livet. Morten Aune

- Alt i alt har jeg fått god hjelp på St. Olavs Hospital, og jeg velger å stole på sykehusets forsikringer om at ingen behandler hjernekreft bedre. Når det gjelder behandlingskvaliteten mer generelt, er nivået altfor ujevnt. Mange fagfolk er svært dyktige, mens andre ikke er i nærheten av det vi pasienter må kunne kreve.

- Hva må forbedres?

- Det handler ofte om rutiner og ren folkeskikk, som at leger og sykepleiere ikke håndhilser, selv om du aldri har møtt dem. Eller at de buser rett inn på rommet uten å banke på. (St. Olav er bygd med enerom, red. anm.) Det hendte også at jeg ikke så en eneste sykepleier på en hel dag. I tillegg registrerte jeg en god del flaskehalser i systemet. Ikke minst var det tungt og stressende å vente på MR. Dessuten må også leger lære seg å stole på pasientens opplevelse av situasjonen. Mange har dessverre lett for å

«hoppe på en diagnose» og er ikke åpne for diskusjon.

Må forstå behandlingen

- Du er jo en svært informert pasient. Kunne det skremme behandlerne?

- Mange sykehusansatte var nok litt redde fordi jeg hadde kunnskap og stilte spørsmål. Men det har hjulpet meg å kjenne helsesektoren. Dessuten må jeg forstå alle sider av behandlingen hvis jeg skal vært lojal mot den. Slik nysgjerrighet fører lett til fordommer blant personalet, og det står sikkert i rapportbøkene at jeg var en vrien pasient.

- Var du det?

- Jeg har nok utfordret helsevesenet fordi jeg leste meg opp på «mitt» felt for å være orientert om hva som skjer innen hjernekreft, særlig i USA. Det betyr at behandlende leger måtte svare ordentlig for seg og ikke fikk slippe unna med tomme ord. Jeg har heller ingen frykt for autoritetene og mener en lege skal vite mer enn meg. Hvis ikke, sier jeg tydelig fra.

- Mange i din situasjon ville overveid alternativ behandling. Gjør du?

- Nei, det er helt uaktuelt. Alternative metoder har ingen dokumentert effekt ved kreft. Innen smertelindring kan det kanskje ha noe for seg, men jeg har ikke smerter som følge av hjernekreften. Hvis jeg skal bruke tusenvis av kroner på alternativ behandling, må jeg vite at det virker.

Svake prognoser, sterkt håp

- Er jeg heldig, kan jeg leve i 10 år til. Men det kan også tenkes at jeg dør innen ett år hvis jeg ikke har hellet med meg. Min krefttype har jo svake prognoser, men det skjer store framskritt på det medisinsk-teknologiske området, og det handler om å overleve de første årene. Dersom et utenlandsk legemiddelfirma starter en studie som passer for meg, vil jeg ikke nøle med å delta.

- Du har sett mye død. Er det dermed lettere å avfinne seg med egen død?

- Jeg var FN-soldat i krigens Libanon, og jeg har jobbet som sykepleier på avdelinger med mye død. Jeg vet at døden innhenter alle, og at den er en del av livet. Men samtidig innser jeg at når den nærmer seg, blir døden ofte dramatisk, trist og vond. Ingen av oss kan si på forhånd hvordan vi vil reagere, eller hvor rasjonelt vi tenker når vi skal dø.

– Det er sånn livet er

– Morten er min beste venn. Vi er sammen om dette, fastslår Rikke Bræin (44).

De to møttes på sykepleierskolen i Trondheim for 22 år siden og har holdt sammen siden.

– Heldigvis er jeg optimist av natur, ser alltid lyspunkt og vil leve her og nå. Det siste er kanskje en klisjé, men helt nødvendig hvis vi skal greie å overleve som familie, sier Rikke.

– Hva vil det si å leve her og nå?

– At vi ikke skyver «neste» foran oss fordi det kanskje ikke blir noe «neste». Og at vi spiser god mat, drikker vin, reiser på ferie og er sammen med gode venner og familie.

– Hvordan takler ungene den situasjonen dere har havnet i?

– De har greid seg bra, ikke minst fordi vi aldri har skjult noe for dem. De vet at pappa aldri blir frisk og greier å forholde seg til det. Vi forsøker også å unngå at kreft blir et evig tema i familien. Jeg har jo en diagnose selv, men orker ikke å være «Rikke med MS». Morten har det på samme måte. Han må få være noe mer enn sykdommen. Dette er noe som er blitt kastet på oss.

– Urettferdig?

– Jeg tenker ikke på kreften som urett eller straff. For meg er det sånn livet er, og jeg har et avklart, realistisk forhold til det hele, med god kontakt til egne følelser. Har man det bra, er det lettere å takle slikt. Jeg og Morten ler og koser oss. Galgenhumor har vi også. «Du snakker bare tull, du har jo hjernekreft», kan jeg si.

– Har det vært vanskelig å være så åpen om sykdommen som dere er?

– Vi snakket mye om dette, men bestemte oss tidlig for å fortelle historien vår på Facebook med både bilder og tekst. Da har det vært greit for familie og venner å følge med, ikke minst for amerikanske slektninger som vi begge har mange av. Andre i samme situasjon må velge den åpenheten som passer dem, og det går opplagt en grense rent følelsesmessig. Men for oss har det vært en riktig beslutning, og vi har fått mange positive tilbakemeldinger.

– Hva tenker du om framtida med Morten?

– Ingen vet hva som skjer videre, men vi gjennomgår en prosess med realistiske forhåpninger, uten mirakeltro. Det betyr at jeg kan bli enke før jeg fyller 50. Samtidig går det jo bra – etter forholdene. Og jeg koser meg med alle dagene han får!

Mortens mål: – Jeg skylder familien å kjempe for livet så lenge som mulig, sier Morten Aune, her sammen med av sønnen Trym, kona Rikke og hunden Marte. Datter Tuva var bortreist da bildet ble tatt.

KREFTPLAN FOR HELSE MIDT-NORGE:

Slik skal vi redde flere liv

– Lykkes vi, vil pasientene oppleve tettere og bedre oppfølging i de ulike fasene av kreftbehandlingen. Kvaliteten på behandlingstilbudet vil bli bedre når fagmiljøene samarbeider mer og tar i bruk ny kunnskap og teknologi. Men kanskje enda viktigere er det å kunne stille diagnose raskt og sørge for at kreftpasienten kommer tidlig til behandling. Det vil redde flere liv, sier fagdirektør Nils H. Eriksson i Helse Midt-Norge RHF.

Den regionale kreftplanen for Midt-Norge som ble vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF i juni, legger et solid faglig grunnlag for å utvikle kreftomsorgen i vår region. Planen er langsiktig, og den er helhetlig - og den sier at så langt det er forsvarlig og faglig fornuftig, skal kreftbehandlingen tilbys nær pasientens bosted.

- Det blir en viktig oppgave å sørge for at det finnes kreftleger tilgjengelig ved alle våre sykehus. Dette vil være en viktig forutsetning for å lage gode pasientforløp der behandling og oppfølging kan skje lokalt. I det arbeidet våre fagfolk nå skal gjøre for å planlegge helhetlige pasientforløp for definerte kreftdiagnoser, vil både tilbudet ved våre sykehus og samarbeidet med fastleger og kommuner inngå, sier Eriksson.

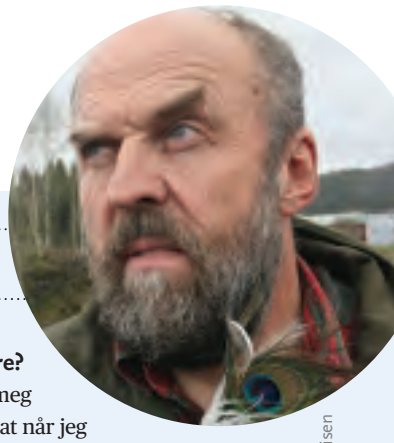
Kreftkirurgi og stråleterapi er viktig innen kreftomsorgen. Stråleterapi skal fortsatt utføres på Ålesund sjukehus og St. Olavs Hospital i Trondheim. Organisering av kreftkirurgien derimot, har vært tema flere ganger. Utgangspunktet er ny kunnskap og nye behandlingsmetoder knyttet til definerte kreftformer. Ett eksempel er prostatakreft og bruken av kirurgiske roboter (se side 7).

Helhetling oppfølging

- Framtidig organisering av kreftkirurgi skal skje i tråd med nasjonale føringer, og vi må sørge for at fagmiljøene er mest mulig robuste. Vi kommer ikke til å foreslå endringer før det er gjennomført konsekvensvurderinger. Motivasjonen for endring vil være at vi skal forbedre kvaliteten og øke tilgjengeligheten til diagnostikk og behandling, og sikre helhetlig oppfølging av pasienten, sier Eriksson.

Fagdirektøren peker spesielt på utfordringen i å innfri kravet om at pasienter som har fått påvist kreft, skal tas til behandling innen 20 dager. Eriksson sier at dette er et krav det må jobbes kontinuerlig med. Han forventer at helseforetakene ivaretar dette uavhengig av de grep som tas i forbindelse med kreftplanen. Antallet krefttilfeller kommer til å øke i årene framover blant annet fordi vi blir flere eldre og forekomsten av kreft øker med alder.

- Vi har et stort ansvar for å møte behovet for kreftbehandling i årene som kommer. Helse Midt-Norge har i dag et godt tilbud til befolkningen, men det kan og skal bli bedre. Den kreftplanen som nå er vedtatt, peker framover mot år 2020 og er et viktig dokument for å videreutvikle og styrke samarbeidet mellom sykehusene i vår region og mellom sykehus og kommuner, sier han.



» Navn: Lornts Mørkved » Alder: 62 år » Kreftbehandling: 2006

Hvordan vil du beskrive ditt møte med kreftomsorgen i Midt-Norge?

- Jeg ble møtt av solide fagfolk som ga god informasjon. Behandling og pleie på St. Olav var av beste merke.

Hva synes du var spesielt bra?

- Den grundige informasjonen fra behandlende lege. Her ble alternative behandlingsmåter lagt fram på en måte som var lett og forstå og ta stilling til, og jeg fikk møte fagfolk som representerte ulike behandlingsmåter. Etter en kreftoperasjon går man spent og venter på analysen av det som er fjernet for å få vite om kreften har spredt seg. Dette er en tid alle vil ha kortest mulig. Legen som opererte meg fikk resultatene fra laboratoriet kl. 20 og ringte meg 5 minutter etterpå. Noen leger hadde kanskje ventet til neste dag med å gi pasienten den beskjeden. Det ble en lystig kveld takket være doktor Anders Angelsen ved St. Olav.

Hva synes du burde vært bedre?

- Ingen fortalte meg før operasjonen at når jeg våknet, så ville smerter ikke være noe problem fordi en smertepumpe faktisk fjernet alle smerter fra operasjonssåret. DET skulle jeg gjerne ha visst før inngrepet, slik at jeg ikke hadde trengt å grue meg til smertene etterpå.

Flere pasienter finner du på www.helse-midt.no/kreft.

Foto: Levin Nestvold Jr, Adresseavisen

Berget i Bergstaden

Mange begynner livet på nytt når kreftbehandlingen er ferdig. Anne-Lise hadde aldri klart det alene.

Humor og glede er god medisin for dem som klarer å bruke det, forteller Anne-Lise Raaen fra Meråker, mens hun stavtraver gjennom Røros-fjellheimen. Humøret er strålende. Latter og smil alene har likevel ikke vært nok til å få henne på fote igjen etter kreftbehandlingen.

- Behandlingen gikk på skinner - jeg har ingenting å klage på. Men da de måtte endre cellegift underveis, gikk jeg rett i bakken. Jeg fikk betennelser under føttene og mistet negler på tær og fingre. Og du vet hvordan det er når du reiser deg for å gjøre noe - og så husker du ikke hva det var? Sånn hadde jeg det hele tiden.

Utslått

Hun kunne våkne om morgenen, og føle seg i fin form. En halv time etterpå lå hun som regel på sofaen som ei fillerye. Utslitt.

- Jeg skjønte ikke hvor denne trøttheten kom fra. Den perioden var ordentlig jævlig. Jeg var jo virkelig godt trent før jeg ble klein. Opplevelsen av forfallet var ubeskrivelig. Å miste all kraft og kondisjon var et hardt slag.

Underveis bestemte hun seg for å komme tilbake i jobb så raskt som mulig.

- Vi var to venninner som snakket om at vi skulle reise et sted for å komme oss ovenpå etter behandlingen. Da fikk vi tips av en kreftsykepleier ved sykehuset på Levanger om at dette stedet fantes.

Dekket bord

På Røros Rehabilitering går hun til dekket bord, og har tilbud om kondisjon- og styrketrening veiledet av fysioterapeut, svømming, kostholdsveiledning og samtaler og undervisning med kreftsykepleier, psykolog og flere andre støttefunksjoner. Etter et første treukersopphold var hun sykmeldt med opptrappingsplan. Åtte uker senere fyker hun rundt i fjellheimen på et ukeslangt opphold. Når hun kommer hjem igjen, vil hun være tilbake i full jobb.

- For livskvaliteten min har det betydd alt å få være på rehabilitering. Jeg ville fått store problemer om jeg hadde måttet klare oppbyggingen etter cellegiften alene. Oppholdet har vært alfa omega for å komme meg opp

Kreftens historie

EGYPT 1600 F. KR.
Den eldste kjente beskrivelsen av kreftbehandling har vi fra Egypt 1600 f. Kr. Kreften ble brent bort med svijern.

HIPPOKRATES 400 F. KR.
400 år f. Kr. beskrev Hippokrates, «Legekunstens far», godartet og ondartet kreft.

IBN SINA 1000-TALLET
På 1000-tallet skrev den afghanske vitenskapsmannen Ibn Sina at det var viktig å fjerne alt kreftvev og venene som var forbundet med svulsten.

ÅRSAKER 1600-TALLET
På 1500 og 1600-tallet ble det mer akseptabelt for leger å dissekere organer for å finne dødsårsaken.

SPREDNING 1775
I 1775 oppdaget den britiske kirurgen Percivall Pott at det var unormalt mange tifeller av testikkelkreft blant skorsteinsfeiere.

» Navn: Anne-Lise Raaen
» Hjemsted: Meråker
» Kreftbehandling: Brystbevarende brystkreftoperasjon 23. august 2011, etterfulgt av strålebehandling og cellegift. Fjernet sju lymfeknuter.
» Nå: Tilbake i jobb etter rehabilitering på Røros Rehabilitering.

og fram. Jeg anbefaler alle å undersøke om de har mulighet til å få et slikt tilbud. Å komme til dekket bord, få veiledning og hjelp og få snakke med både profesjonelle og andre i samme situasjon, gjør rehabilitering mulig på en helt annen måte.

Vil få flere inn i rehabilitering

- Rehabilitering bør være en naturlig del av pasientforløpet. Veldig mange pasienter får en psykisk og fysisk knekk av kreftbehandlingen. De er trøtte og slitne, og har behov for å komme seg. Andre kan ha fått behandling for lenge siden, men sliter med trøtthet og utmattelse i lang tid etter at behandlingen er avsluttet, forteller Mette Rønning, kreftsykepleier ved Røros Rehabilitering.

- Andre kan kjenne at omgivelsene har store forventninger til at de skal være i vigør igjen etter at behandlingen er over.

Omfattende behandling

- Tilbudet ved Røros Rehabilitering er bredt og bygges opp med individuelt tilpassede aktiviteter. Likemannsarbeid, psykologtjeneste, sosionomtilbud og riktig ernæring er viktige bestanddeler ved siden av den fysiske opptreningen, forklarer forskningsleder Line Oldervoll.

- Da vi startet opp i 2008, hadde vi søkt i litteraturen for å finne mulige tiltak som kunne virke positivt i rehabiliteringsprosessen. Det kan se ut som at de som er fysisk aktive, har bedre prognose, men vi vet foreløpig ikke sikkert hva som er årsaken til det. Det vi vet med sikkerhet, er at både livskvaliteten og følelsen av å mestre egen sykdom bedres hos de som er fysisk aktive.

Fra venstre Kreftsykepleier Mette Rønning, forskningsleder Line Oldervoll, avdelingsoverlege Frode Skanke, fysioterapeut og teamleder Jon Arne Sandmæl. Bak: Sykepleier Line Evenås.

Tilfeldig

- I dag er det litt tilfeldig hvem som kommer til Røros. Ofte er det pasienten selv som får kjennskap til tilbudet ved Røros Rehabilitering, og kontakter lege for å bli søkt hit, forteller kreftsykepleier Mette Rønning.

Mest av alt ønsker rehabiliteringsteamet at vurdering av rehabiliteringsbehov blir en fast og planmessig del av kreftomsorgen.

- Helst skulle pasientene ikke vært skrevet ut før de har fått informasjon om rehabiliteringsmulighetene, mener Rønning.

- Vi må sørge for å gi sykehusene god grunn til å ønske å samarbeide med oss. Vi må kunne vise effektene av rehabilitering til fagpersoner på sykehusene, slik at de i større grad henviser de pasientene som har størst behov for det, til rehabilitering, utdyper Oldervoll.

Kilder: News Medical, Kreftforeningen, forskning.no, cancer.org

KIRURGI 1800-TALLET

På 1800-tallet ble hygienen mye bedre, og flere kreftpasienter overlevde operasjon.

STRÅLING 1800-TALLET

Da Marie Curie og Pierre Curie oppdaget den radioaktive strålingen på slutten av 1800-tallet, snublet de samtidig over den første effektive ikke-kirurgiske behandlingen av kreft.

METODIKK 1926

I 1926 publiserte Janet Lane-Claypon en studie der hun sammenlignet 500 pasienter med brystkreft med 500 andre pasienter med samme bakgrunn og livsstil.

RISIKO 1900-TALLET

Siden 1960 har forskerne samlet store mengde data på tvers av landegrensene for å kunne si noe om miljømessige og kulturelle faktorer som kan øke risikoen for kreft.

UTVIKLING AV METODER

Etter andre verdenskrig er det gjort mye for å forbedre eksisterende behandlingsmetoder. De er standardisert og globalisert gjennom internasjonalt samarbeid.

Returadresse:
Helse Midt-Norge RHF,
Postboks 464, 7501 STJØRDAL
ISSN 1503-1780

B
NORGE P.P. PORTO BETALT
DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
posten

STADIG FLERE OVERLEVER

Mulighetene for å overleve med kreft har blitt stadig bedre på 2000-tallet.

Tabellen til høyre tar for seg fem vanlige kreftformer og viser hvor mange pasienter i Midt-Norge som lever 5 år etter at de har fått påvist kreft. Tallene for hele landet står i parentes. Det er verdt å merke seg at «overlevelses-prosenten» i vår region ligger over gjennomsnittet i fire av de fem kreftgruppene i perioden 2005-2009.

Norsk kreftbehandling hevder seg også svært godt internasjonalt.
For flere kreftformer kan vi her i landet vise til resultater som er helt i tet i verden.

KREFTFORM	2000-2004	2005-2009
Brystkreft	**87,1** (85,2)	**87,9** (88,3)
Prostatakreft	**79,5** (79,2)	**87,8** (87,0)
Tykktarmskreft (K)	**59,9** (56,9)	**63,0** (62,2)
Tykktarmskreft (M)	**55,3** (54,2)	**60,9** (59,6)
Endetarmskreft (K)	**61,9** (62,6)	**67,9** (66,2)
Endetarmskreft (M)	**55,2** (57,4)	**64,2** (62,6)
Lungekreft (K)	**15,2** (13,2)	**17,7** (15,1)
Lungekreft (M)	**10,4** (8,8)	**13,5** (11,5)

Hvem kan jeg snakke med?

Kreftforeningen har kontor i sju byer som til sammen dekker alle fylker.
Hvert distrikt har tilbud til pasienter, pårørende og fagpersoner.

Telefon: 07877
Mail: servicetorget@kreftforeningen.no
Du kan også ringe Kreftlinjen på 800 57338 (800 KREFT)

INFORMASJON OM KREFT OG KREFTOMSORG FINNER DU OGSÅ HER

- www.kreftforeningen.no
- www.prostatakameratene.no
- www.helse-midt.no
- www.kreftregisteret.no
- www.helsenorge.no

- Hadde jeg bare kjent til likemanns-ordningen!

Kristen Mo, side 4