

# Fysioterapi kan gi økt livskvalitet

De sammensatte utfordringene i livets slutfase krever en tverrfaglig tilnærming. Mange pasienter har glede og nytte av fysioterapi i denne fasen.



Av **Tone-Lise Frantzen**, spesialist i onkologisk fysioterapi, Sunniva senter for lindrende behandling Haraldsplass Diakonale Sykehus og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest.

**N**oe av kjernen i palliasjon er et helhetlig menneskesyn. Cicely Saunders introduserte som kjent begrepet «total pain» som et uttrykk for at smerte er et sammensatt fenomen. Smerteopplevelsen kan ha fysiske, psykiske, åndelige og sosiale aspekter og må dermed møtes på en helhetlig måte av fagpersoner med ulik kompetanse. De store og sammensatte utfordringene i livets slutfase krever derfor en tverrfaglig tilnærming. Dette er også nedfelt i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (1). Et behandlingstilbud med et tverrfaglig palliativt team er også en forutsetning for å kunne bruke palliativ DRG-takst i sykehus.

Fysioterapeuter har hatt sin plass i den palliative omsorgen helt fra starten, og fysioterapeut defineres i Nasjonalt handlingsprogram som en del av kjerne-teamet. Betydningen av rehabilitering og av fysisk aktivitet er også beskrevet i handlingsprogrammet. Flere og flere fysioterapeuter jobber med palliative pasienter både i 1. og 2. linjetjenesten, og mange er knyttet til palliative enheter.

Fysioterapeuter har fokus på pasientens egne ressurser, på bevegelse og på mestring. Dette er dimensjoner som kan bidra til å skape håp og opplevelse av mening. En kroppslig innfallsvinkel til følelsesmessige belastninger og smerte kan erfaringsmessig bidra til gode prosesser og til lindring. Som fysioterapeut tilknyttet en palliativ avdeling gjennom mange år, er min erfaring at mange pasienter har glede og nytte av fysioterapi i denne fasen.

Mange er nok usikre på hva fysioterapeuter kan bidra med til pasienter i en palliativ fase. Jeg vil i det følgende se nærmere på dette. Jeg vil beskrive mål og aktuelle tiltak og til slutt komme med noen refleksjoner om betydningen av tverrfaglig samarbeid i palliasjon, spesielt i relasjon til fysioterapi.

Mål og tiltak som beskrives, er til dels erfaringsbasert kunnskap, men er også i tråd med tilgjengelig forskningsbasert kunnskap og norsk og internasjonal litteratur på området (2,3,4,5,6,7).

## Aktuelle mål

Målet for all palliasjon er best mulig livskvalitet. Fysioterapi til palliative pasienter må også ha dette som hovedmål, og alle tiltak må vurderes ut fra det. Livskvalitet er subjektivt og vil være ulikt for ulike personer og i ulike faser. Med dette som utgangspunkt må vi derfor sette delmål i hvert enkelt tilfelle, i samarbeid med både pasienten og det tverrfaglige teamet. Vi må ha en god kommunikasjon om hva som er realistiske mål, slik at pasienten kan ta sine valg på et reelt grunnlag.

### • Ivareta størst mulig grad av selvstendighet og funksjon.

Dette har erfaringsmessig høy prioritet hos mange pasienter. Studier viser også at dette er en viktig faktor for livskvalitet for mange (8). I perioder kan det være potensiale for bedring av funksjonsnivået, men ofte er målet å begrense/forsinke funksjonstapet slik at man kan være selvhjulpen lengst mulig.

### • Forebygge komplikasjoner som følge av immobilitet.

Hvor stort fokus man skal ha på dette, vil blant annet avhenge av hvilken fase pasienten er i, og hva pasienten selv er opptatt av. I en langt kommet fase blir det for eksempel viktigere å bidra til gode og lindrende liggestillinger enn å forebygge kontrakturer.

### • Fremme viktige kroppsfunksjoner.

Hos immobiliserte pasienter kan bevegelse bidra til å



fremme viktige kroppsfunksjoner som for eksempel sirkulasjon, fordøyelse, pust og muskulær funksjon. Dette er funksjoner som i utgangspunktet påvirkes negativt av sykdom og behandling, og som forverres ytterligere av immobilisering.

• **Forebygge og lindre smerte og andre symptomer.** Palliative pasienter har oftest mange plagsomme symptomer. Smerter er ofte det mest fremtredende, men andre symptomer som blant annet dyspne, kvalme, depresjon og uttalt fatigue kan også være svært plagsomme. Flere av disse kan lindres og forebygges av fysioterapitiltak.

• **Bidra til bedre kroppsoppfatning og kroppskontakt.**

Det skjer mange negative endringer med kroppen, og i tillegg får mange mindre fysisk kontakt enn før. Mange opplever derfor en fremmedgjøring i forhold til egen kropp, og ens kroppsoppfatning kan bli negativt påvirket. Et mer positivt kroppsbilde og en bedre kroppskontakt vil ofte være en tilleggseffekt av fysioterapibehandlingen, men kan også være et mål i seg selv.

• **Fremme psykisk og fysisk velvære.**

Angst, depresjon og nedstemthet er forholdsvis hyppige symptomer hos pasienter i en palliativ fase. Dette kan også gi seg kroppslige utslag, blant annet i form av muskulære spenninger. Forskning viser at fysisk aktivitet til kreftpasienter kan bidra til å motvirke depresjon, angst og fatigue, i tillegg til å redusere muskelspenninger (9). Andre fysioterapitiltak kan også ha en slik effekt.

• **Gi gode opplevelser og stimuli**

I en hverdag som kan være tung og preget av smerte, angst og andre plager, kan fysioterapibehandlingen gi meningsinnhold, gode opplevelser og bidra til håp og livskvalitet. En medvirkende faktor til dette er at vi spiller på lag med pasienten og hans iboende ressurser. Siden målet i palliasjon er livskvalitet og en verdig og god livsavslutning, er dette fullverdige mål for fysioterapibehandlingen.

**Hvilke tiltak er aktuelle?**

Vi bruker et stort register av fysioterapitiltak til de palliative pasientene, men vi må hele tiden tilpasse tiltakene til den enkelte pasient og den aktuelle situasjonen. Alt vi gjør, må være ønsket av pasienten og oppleves positivt, og det positive må oppveie eventuelle ulemper ved behandlingen. En ulempe kan være bruk av tid og krefter når dette er begrensede ressurser. Vi må ha stor respekt for at det må være pasientens egen avgjørelse hva han/hun velger å bruke sin dyrebare og tilmålte tid til. Min erfaring er imidlertid at mange opplever fysioterapien som positiv, meningsfull og lindrende.

Hva kan så fysioterapeuten bidra med? Jeg vil gi noen eksempler på aktuelle tiltak, basert på egen erfaring og aktuell litteratur. Dette vil forhåpentligvis gi en økt forståelse for hva fysioterapeuter kan bidra med til pasienter i denne fasen, men er ikke en fullstendig gjennomgang av aktuelle tiltak.

• **Når pasienten er sengeliggende.**

For mange pasienter oppleves det godt å få hjelp til å

**LETT TRENING:**

Trening gir glede og livskvalitet. Mange studier viser positiv effekt av trening på blant annet fysikk, fatigue, søvn, angst og depresjon. Foto: Tone-Lise Frantzen.

trene eller bli beveget når man ikke lenger klarer det på egen hånd. For noen har trening og bevegelse vært en viktig del av livet, og det er godt å få fortsette med dette på en tilrettelagt måte ut fra det nivået de er på. Det kan innebære alt fra aktiv trening med motstand eller med apparater og bruk av hjelpemidler som manualer, strikk og lignende, til ledete aktive eller passive bevegelser og tøyninger. For mange immobiliserte pasienter er det for eksempel en nytelse å få tatt ut full hoftefleksjon og dorsalfleksjon i ankel. Noen har glede av å få bruke de «friske delene», for eksempel armer, dersom bena ikke lenger fungerer. For andre er det godt å få stimuli i form av massasje når man ikke får brukt muskulaturen. Hos helt immobiliserte pasienter, gjerne i langt kommet fase, oppleves det erfaringsmessig positivt med en kombinasjon av passive eller ledete aktive bevegelser, tøyninger og massasje, og noen ønsker denne type behandling helt til de dør.

#### • Bevegelse og fysisk aktivitet

Alle palliative pasienter vil få en gradvis redusert fysisk funksjon, og noe av dette vil skyldes immobilisering (1). Det kan derfor i perioder være potensiale for en reell bedring, og man kan da legge til rette for trening etter vanlige treningsprinsipper. Mange studier for kreftpasienter viser positiv effekt av trening på faktorer som fysiske funksjonsmål, fatigue, søvn, angst/depresjon, livskvalitet med mer (9). Studier på palliative pasienter viser stort sett samme funn (10,11,12). Både gruppe- og bassengtrening med mulighet for individuell tilpasning er gode tilbud for palliative pasienter.

Nyere studier viser at det er en betydelig økt fallrisiko hos palliative pasienter i forhold til andre pasienter (13), så trening og tiltak bør derfor også ha fokus på dette.

Det er ellers aktuelt med trening på ulike nivå og i ulike former, alt etter hvilken fase pasienten er i, og hvilken motivasjon han/hun har. Dette gjelder både når pasienten er sengeliggende (ref. forrige punkt) og når han/hun er oppgående. Mange er utrygge på hva de kan gjøre, og trenger veiledning. Noen er motiverte for å trene på egen hånd og ønsker øvelsesprogram.

Som fysioterapeuter opplever vi av og til at det knyttes urealistiske forventninger til hva man kan oppnå. Det er viktig med en ærlig kommunikasjon og hjelp til å finne nye og realistiske mål. Vi ser også noen pasienter som så gjerne vil trene, men ikke orker når det kommer til stykket. Det er en kunst å vite når vi skal oppmuntre og når vi må bremse pasienten.

En positiv og oppmuntrende tilnærming fra fysioterapeut kan av og til bidra til økt livskvalitet i siste livsfase. Andre ganger må vi hjelpe pasienten å senke sine ambisjoner og tillate seg å ta det med ro. Det må uansett alltid være pasientens valg. Fysisk aktivitet er sjelden kontraindisert, men vi må selvfølgelig unngå å trette pasienten ut i for stor grad, og vi må være obs på eventuelle kontraindikasjoner og forsiktighetsregler, som for eksempel ved skjelettmetastaser. Det er også viktig med en felles målsetting i teamet, slik at man har en lik tilnærming til pasienten. Sykepleierne har en svært viktig rolle når det gjelder å legge til rette for aktivitet og for å unngå unødvendig immobilisering.

#### • Smertelindrende tiltak

Etter mitt skjønn er det viktig å prøve ikke-medikamentelle, smertelindrende tiltak i størst mulig grad, og her har fysioterapeuter et stort spekter å spille på. Massasje, avspenning og trening har dokumentert effekt på kroppens egne smertestillende mekanismer (14). Termoterapi, ulike former for massasje, avspenningsmetoder, bevegelser og tøyninger for å forebygge stivhet og smerter, hjelp til å finne gode hvilestillinger, TENS (transkutan elektrisk nervestimulering) og avlastende hjelpemidler er alle aktuelle tiltak. Noen massasjeformer vil spesielt fremme avspenning og bevisstgjøring, som for eksempel lette strykninger, fotmassasje, ansiktsmassasje og ulike metoder som basal kroppskjennskap og psykomotorisk behandling. Ulike former for massasje kan også gi kjærkomne stimuli til muskulatur som ikke brukes. Mange har økt stivhet og smerter i muskulaturen, blant annet på grunn av angst og spenning knyttet til sykdom eller på grunn av uvante bevegelsesmønster som følge av sykdom, og vanlige massasjeteknikker kan brukes. TENS er spesielt aktuelt ved nevrologiske smerter, men kan også prøves ved andre typer smerter. I en sen fase kan det være viktig å finne gode hvilestillinger i seng eller stol, gjerne med bruk av puter eller spesialstøtteputer. En god stol og seng med tilstrekkelig trykkavlastning er viktig i denne fasen. Bevegelser for å forebygge stivhet og smerter, bevegelsesveiledning ved for eksempel smertefulle skjelettmetastaser, samt tekniske og ortopediske hjelpemidler for å avlaste belastningen på skjelettet, kan også bidra til å lindre og forebygge smerter. Innlæring av avspenningsteknikker kan være et godt hjelpemiddel og en god mestringsstrategi for noen pasienter.

#### • Andre tiltak

En stor andel av de palliative pasientene er plaget av

dyspne, noe som kan begrense deres funksjonsnivå betraktelig, skape utrygghet og dermed redusere livskvaliteten. Fysioterapeuter har god kompetanse på ikke-medikamentelle tiltak ved dyspne og kan bidra til å skape mest mulig trygghet og opplevelse av mestring (15). Slimløsende tiltak er også aktuelle, men må avsluttes i rett tid i samarbeid med lege og sykepleier. Det er ikke hensiktsmessig å fortsette med slimløsende tiltak når pasienten ikke lenger har kraft til å få slimet opp. Det kan likevel være aktuelt å gi andre tiltak, for eksempel avspennende karakter.

Lymfødem ses ganske ofte i langt kommet fase hos kreftpasienter, og ødemet kan bli svært omfattende. En tilpasset lymfødembehandling kan være et svært godt lindrende tiltak.

Andre aktuelle indikasjoner for fysioterapi er ulike neurologiske symptomer, for eksempel ved tumor i hjernen og nervesystem, ved truende tverrsnittslesjoner og hos pasienter med polyneuropatier som bivirkninger av kreftbehandling. Det kan også være aktuelt med tiltak for andre symptomer og tilstander, som for eksempel obstipasjon, DVT, eller komplikasjoner knyttet til skjelettmetastaser.

I palliasjon har vi en vid ramme for hva vi kan gjøre, og vi er mer på tilbudssiden enn hos de fleste andre pasientgrupper. Det å kjøre pasienten ut i solen i rullestol, kan være et viktig tiltak. Det er egentlig bare fantasien som setter grenser.

### Avsluttende betraktninger

Det tverrfaglige teamarbeidet er helt sentralt i palliasjon. De ulike faggruppene har ulike perspektiver og kunnskaper og ser med ulike «briller». For at de ulike faggruppene skal kunne gi et koordinert og helhetlig tilbud til de palliative pasientene, er det helt avgjørende at det tverrfaglige teamet har felles møtepunkt hvor alle faggruppens perspektiv blir ivaretatt. På den måten kan vi få en felles forståelse av pasientens situasjon og sette felles mål. Noen ganger kan fysioterapeuten trenge å bli «realitetsorientert» av sykepleiere og leger i forhold til pasientens sykdomsfase, mens andre ganger kan fysioterapeutens fokus på å tilrettelegge og oppmuntre til bevegelse være riktig. Når vi har en felles forståelse og har satt felles mål, kan vi samordne tiltakene våre og sammen arbeide mot dette målet.

Det stilles av og til spørsmål om når fysioterapi til palliative pasienter bør avsluttes. Dette vil selvfølgelig være individuelt. Tiltakene må alltid tilpasses sykdomsfase og pasientens ønsker, og mål og

tiltak vil endres hele tiden. Min erfaring er at noen pasienter ønsker behandling helt til slutt, mens i andre tilfeller er det naturlig å slutte av tidligere. Det tverrfaglige teamet vil være viktige medspillere i denne avgjørelsen, men det vil til syvende og sist være fysioterapeuten som best kan avgjøre dette i samarbeid med pasienten og evt. pårørende.

Fysioterapeuter følger ofte pasientene over lang tid og får ofte nær kontakt med dem. Det er derfor viktig at fysioterapeuten får avslutte behandlingen på en god måte, at han eller hun får tilstrekkelig informasjon og blir tatt med ved for eksempel debriefing/oppsummering i teamet. Mange fysioterapeuter føler seg nok mindre forberedt til å møte pasienter i denne fasen enn sykepleiere gjør. Vi trenger å stå sammen, anerkjenne hverandre og støtte hverandre for å kunne gjøre en god jobb for de palliative pasientene og for å kunne bli stående i dette viktige arbeidet. ■

### Referanser

1. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007, revidert 2010. <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord> (28.03.2012)
2. Helbostad JL, Paltiel H, Frantzen TL. Fysioterapi. I: Kaasa S red. Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk 2007; 631-49.
3. Retningslinjer for fysioterapi til pasienter i palliativ fase. Haukeland universitetssjukehus, Haraldsplass Diagonale Sykehus og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2009. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer>
4. Dahlin Y, Heiwe S. Patients' experiences of physical therapy within palliative cancer care. *J Palliat Care* 2009; 25:12-20.
5. Senthil PK et al. Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian J Palliat Care* 2010; 16:138-46.
6. Haugen K. Fysioterapi ved livets slutt. *Fysioterapeuten* 2003, nr.7:26-28.
7. Santiago-Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer* 2001; 92(4 Suppl):1049-52.
8. Cohen SR, Leis A. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *J Palliat Care* 2002; 18: 48-58.
9. Aktivitetshåndboken. Oslo: Helsedirektoratet 2009.
10. Oldervoll LM, Loge JH, Lydersen S et al. Physical exercise for cancer patients with advanced disease: a randomized controlled trial. *Oncologist* 2011; 16:1649-57.
11. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H et al. The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31:421-30.
12. Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS. Physical activity as a supportive care intervention in palliative care patients: a systematic review. *J Support Oncol* 2009; 7:27-34.
13. Stone C, Lawlor PG, Nolan B et al. A prospective study of the incidence of falls in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42:535-40.
14. Post-White J, Kinney ME, Savik K et al. Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther* 2003; 2:332-44.
15. Syrett E, Taylor J. Non-pharmacological management of breathlessness: a collaborative nurse-physiotherapist approach. *Int J Palliat Nurs* 2003; 9:150-6.