

# Bedre sykepleie til kreftpasienter med ruslidelse eller psykisk lidelse

God kunnskap om psykisk lidelse, avhengighet og smertebehandling kan gi kreftpasienter bedre pleie. Godt samarbeid mellom behandlere er også viktig.

## Forfatter

Forfatter

Anne Bech

---

Kreft

Psykisk lidelse

Rusavhengighet

Kreftsykepleie

LAR

Sykepleien Forskning 2018 106(72336)(e-72336)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.72336>

### Hovedbudskap

Pasienter med rus- og/eller psykisk lidelse lever opptil 25 år kortere enn normalbefolkningen, og kreft er en av årsakene. Formålet med artikkelen er å beskrive eksisterende kunnskap om sammenhenger mellom psykisk helse, rusmiddelbruk og kreft og diskutere noen av utfordringene kreftsykepleiere kan oppleve i møte med denne uensartede pasientgruppen. God kunnskap om psykisk lidelse, avhengighet og smertebehandling og godt samarbeid kan legge til rette for bedre pasientforløp og terminal pleie.

Pasienter med ruslidelse og/eller psykisk lidelse lever opptil 25 år kortere enn normalbefolkningen, og kreft er en av årsakene til denne overdødeligheten (1). Andre årsaker til tidlig død blant pasienter med ruslidelse og psykisk lidelse er overdoser, selvmord og somatiske sykdommer som hjerte- og karlidelser, leverlidelser, lungelidelser og infeksjoner (2, 3).

Selv om antall nye krefttilfeller (insidensen) ikke ser ut til å være høyere hos personer med ruslidelse og psykisk lidelse, er dødeligheten på grunn av kreft høyere hos denne pasientgruppen sammenliknet med normalbefolkningen (4, 5).

I 2016 døde over 32 000 personer av kreft i Norge. De vanligste krefttypene er prostatakreft, brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft (6).

Mellom 16 og 22 prosent av befolkningen i Norge har en psykisk lidelse i løpet av et år. De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjon og ruslidelser. Det er vanlig å ha flere lidelser samtidig, og spesielt vanlig er kombinasjonen psykisk lidelse og ruslidelse, og angst og depresjon. Alvorlige psykiske lidelser som psykose og bipolar lidelse, er mer sjeldne, med en livstidsforekomst på mellom 0,2 og 3,9 prosent(6).

Når det gjelder ruslidelser, har åtte prosent menn og tre prosent kvinner i Norge skadelig bruk eller avhengighet av alkohol, mens det mest brukte illegale rusmiddelet er cannabis, som fire prosent av befolkningen bruker i løpet av et år (6).

Sykepleiere møter pasienter med ruslidelse og/eller psykisk lidelse i alle deler av helsevesenet. Kreftsykepleiere har en sentral rolle i beslutningsprosesser underveis i behandlingen, og når det gjelder pasientvurderinger og pasientundervisning. Både psykisk lidelse og avhengighet kan komplisere sykepleie til kreftpasienter (7, 8).

Formålet med artikkelen er å beskrive eksisterende kunnskap om sammenhenger mellom psykisk helse, rusmiddelbruk og kreft, og å diskutere noen av utfordringene sykepleiere i kreftomsorgen kan oppleve i møte med denne uensartede pasientgruppen. Artikkelen er basert på klinisk erfaring, kjent litteratur og ustrukturerte litteratursøk. Litteraturen skiller ikke alltid tydelig mellom psykisk lidelse og ruslidelser, og i enkelte studier er ruslidelser inkludert i definisjonen av psykisk lidelse.

## Risikofaktorer for kreft

Risikoen for kreft hos pasienter med ruslidelse og/eller psykisk lidelse er i stor grad knyttet til kjente livsstilsfaktorer, som røyking, rusmiddelbruk, infeksjoner og overvekt (1).

I Norge bruker omtrent 30 prosent av befolkningen tobakk i en eller annen form. Røyking er den vanligste risikofaktoren for kreft, og da spesielt lungekreft, men røyking øker også risiko for kreft i andre organer. I tillegg fører røyking til økt dødelighet på grunn av hjerte- og karlidelser og kronisk obstruktiv lungesykdom (9). Vi vet ennå ikke så mye om langtidseffekten av snus, men det ser ut til at snus gir mindre risiko for kreft enn røyking. De krefttypene som er assosiert med snusbruk, er blant annet kreft i munnhule/tunge, spiserør og bukspyttkjertel (9).

## «Opptil 84 prosent av personer i rusbehandling røyker.»

Røyking er ikke jevnt fordelt i befolkningen, og er mer utbredt blant personer med ruslidelse og psykisk lidelse (10). Studier viser at rundt 50 prosent av personer med alvorlig psykisk lidelse røyker, og tallet er enda høyere hos personer med en schizofrenidiagnose (1). Opptil 84 prosent av personer i rusbehandling røyker (11), og forekomsten er aller høyest blant personer i substitusjonsbehandling for opioidavhengighet, hvor opptil 94 prosent røyker (11, 12). At mange røyker, stemmer godt overens med erfaringer fra klinikk.

Alkohol er kreftfremkallende, og øker risiko for flere krefttyper, blant annet brystkreft, tykktarm- og endetarmskreft, og kreft i lever, munnhule, svelg, strupe og spiserør (1).

Kreftrisiko hos personer som bruker illegale rusmidler er i stor grad knyttet til kjente risikofaktorer som røyking, alkoholbruk og virusinfeksjoner. Blant personer som injiserer rusmidler, er virusinfeksjoner som Hepatitt C (og B) vanlig, noe som gir økt risiko for blant annet leverkreft (13).

Hiv kan også gi økt risiko for kreft (13, 14), men Hiv er ikke utbredt blant norske rusmiddelbrukere. I tillegg kan rusmiddelbruk føre til risikofylt seksuell aktivitet. Det gir økt risiko for HPV-infeksjon, som kan gi anogenital kreft (13, 14).

Det er også en klar sammenheng mellom overvekt og kreft. Hos pasienter med psykisk lidelse kan inaktivitet og dårlig kosthold bidra til overvekt. Enkelte antipsykotiske legemidler kan også ha vektøkning som bivirkning (1).

## **Årsaker til økt kreftdødelighet**

I tillegg til at pasienter med ruslidelse og/eller psykisk lidelse ofte har flere risikofaktorer for kreft, kan både forhold ved pasienten og helsevesenet påvirke diagnostisering og behandling av kreft (15).

En forklaring er at den økte kreftdødeligheten reflekterer ulikheter i behandlingskvalitet (5, 15, 16). Pasienters bekymringer rundt somatisk helse tas ikke alltid alvorlig av leger og helsepersonell, fordi symptomer tillegges den psykiske lidelsen (1, 4, 16, 17).

Rusmiddelbruk kan også maskere symptomer, slik at verken pasient eller helsepersonell legger merke til eller tar på alvor symptomer som smerter, hoste, sykdomsfølelse, tretthet og vekttap. Når det gjelder psykisk lidelse og kvalitet på kreftbehandling viser enkelte studier at pasienter med psykisk lidelse og kreft har lavere sannsynlighet for å få kirurgisk behandling, strålebehandling og kjemoterapi (5, 15).

Pasienter med ruslidelse og/eller psykisk lidelse møter i mindre grad til screeningundersøkelser som mammografi og livmorhalsprøve (4, 16, 18). Dette gjelder spesielt personer med alvorlig psykisk lidelse, og de med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse (4). Manglende screening og forsinket legevurdering kan være årsaker til at kreft oppdages senere hos denne pasientgruppen, og de har oftere metastaser når kreften oppdages (4, 16).

En forklaring på lav screeningrate kan være at pasientene er mindre hjelpesøkende. Andre barrierer som beskrives i litteraturen, er transportproblemer, skam, dårlige erfaringer, frykt for smerter, manglende påminnelser og lang ventetid for undersøkelse og svar på screening (4, 16, 18).

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan ha problemer med å navigere i komplekse helsesystemer, be om og akseptere medisinsk hjelp, og stole på helsepersonell (8). For enkelte kan lite nettverk og sosial støtte, kognitiv svikt, problemer med å kommunisere, og vansker med å følge opp og fullføre intensiv behandling være en utfordring under kreftbehandling (15).

Generelt har helsepersonell negative holdninger til pasienter med ruslidelse og psykisk lidelse, og mest negative er de til pasienter som er avhengig av alkohol, bruker illegale rusmidler eller er i aktiv rus (10, 17). Stigmatisering kan gjøre samarbeidet med pasienten vanskeligere, og forverre behandlingsutfallet (17).

## **Grundig kartlegging og vurdering**

For å kunne yte helhetlig sykepleie og behandling bør sykepleiere i kreftomsorgen gjøre en grundig kartlegging og vurdering av pasientens situasjon. Områder som bør kartlegges, er blant annet somatiske sykdommer, medisiner, eventuell rusmiddelbruk, inkludert alkohol og tobakk, psykisk helsetilstand, bosituasjon, økonomi, nettverk og pårørende. Nasjonale veiledere som ROP-retningslinjen og LAR-retningslinjen (19, 20), og nettressurser som ROP.no og snakkomrus.no, kan være til hjelp.

Momenter i kartlegging kan være nåværende rusmiddelbruk, ulike inntaksmåter av rusmiddel, siste inntak, tidligere behandling, depresjon, angst og eventuelle suicidforsøk. Er pasienten i aktiv rus bør sykepleiere åpent og fordomsfritt drøfte hvordan rusmiddelbruk kan påvirke kreftbehandlingen (7).

For pasientene med dårligst fungering vil målet ofte være å stabilisere pasientens situasjon så mye som mulig, slik at pasienten klarer å følge opp en krevende kreftbehandling. Har pasienten stabil og god rusmestring bør sykepleieren kartlegge hvor lenge, hvilken livssituasjon pasienten har, nettverk og eventuell kontakt med behandlingsapparatet (7). Pasienter med god rusmestring kan være engstelige for at smerter og bruk av opioider i kreftbehandling kan føre til tilbakefall til rus (21). God informasjon og medvirkning kan bidra til å trygge pasientene.



## «God informasjon og medvirkning kan bidra til å trygge pasientene.»

Oversikt over medikamenter, doser og hvordan disse administreres er viktig både for å sikre riktig medisiner og ha oversikt over eventuelle interaksjoner. Står pasienten på antipsykotika bør denne ikke seponeres under kreftbehandlingen, da det kan forverre psykoselidelsen (4). Enkelte medikamenter som brukes i kreftbehandling, kan interagere med psykofarmaka, og gi økt risiko for potensielt alvorlige bivirkninger. For nærmere beskrivelse av mulige interaksjoner og behandlingsmessige utfordringer vises det til litteraturen (4).

### Smertebehandling ved opioidavhengighet

Sykepleieres kunnskap, atferd og holdninger påvirker kvaliteten på smertebehandlingen (22). Sykepleiere tilbringer mer tid sammen med pasienter enn annet helsepersonell, og er derfor ofte den som identifiserer smerte og evaluerer effekten av smertestillende (23). Smerter som ikke behandles adekvat, forårsaker unødvendig lidelse, gir dårligere egenomsorgsevne, lavere livskvalitet (22) og kan også føre til selvmedisinering og tilbakefall til rus (21).

I en nylig publisert studie fant Utne og medarbeidere (23) at sykepleiere i kreftomsorgen i Norge har relativt høyt kunnskapsnivå og gode holdninger til smerte og smertebehandling sammenliknet med sykepleiere i kreftomsorgen i andre land. Samtidig hadde sykepleierne forbedringspotensial når det gjaldt virkning og bivirkninger av opioider, og de hadde manglende kunnskap om opioidavhengighet. Dette er i tråd med funn i tidligere studier (23). Kreftsykepleiere har lite om ruslidelse og avhengighet i utdanningen, og kan være dårlig forberedt på hvordan de skal gi god omsorg til pasienter med rusavhengighet og kreft (7).

Smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet er en kompleks oppgave, og krever høy kompetanse. I Norge ble legemiddelassistert rehabilitering [LAR] nasjonalt tilgjengelig fra 1998. LAR er en del av tverrfaglig spesialisert (rus)behandling [TSB], et tredje spesialistområde opprettet i 2004. Grunnlaget for å sette i gang LAR er opioidavhengighet etter diagnosekriterier gitt i klassifikasjonssystemene ICD-10 og DSM-IV (20).

Illegal bruk av opioider som heroin, erstattes med daglig, peroralt inntak av de langtidsvirkende opioide legemidlene metadon eller buprenorfin. Legemidlene bidrar til stabil opioideffekt, og ved riktig dosering skal pasienten verken være abstinent eller ruspåvirket (24). På slutten av 2017 var 7622 pasienter i LAR (25).

Er pasienten i LAR, bør behandlingen koordineres med forskrivende lege og utleverende instans. Utlevering av LAR-medikamenter er strengt regulert for å sikre at ikke medikamentene kommer på avveie (20), og utlevering av LAR-medikamenter en eller flere ganger i uken er vanlig.

Det kan også være naturlig å drøfte smertebehandling og doseøkning med LAR-lege eller spesialist i rus- og avhengighetsmedisin. Det er ikke alltid realistisk at pasienten blir helt smertefri, så fokus bør være på god lindring (26) og funksjon (21). For nærmere beskrivelse av smertebehandling anbefales artikkelen «Smertebehandling hos kreftpasienter i legemiddelassistert rehabilitering» av Olav Magnus Fredheim (26).

## **Tro på pasientens smertevurdering**

I Utne og medarbeideres studie svarte nesten alle sykepleierne korrekt på at det er pasienten som er den som best kan vurdere hvor store smertene er. Samtidig var det mer enn en fjerdedel som i en pasienthistorie vurderte at pasientens smerteintensitet var en annen enn det pasienten oppga (23).

Det er altså ikke bare pasienter med ruslidelser som opplever å ikke bli trodd når de blir spurt om hvor vondt de har det. Litteraturen er likevel samstemt i at pasienter med opioidavhengighet, mer enn andre pasienter, opplever at leger og sykepleiere har liten tillit til deres smerteforbidling (22, 27), og pasientene blir fort vurdert å være «russøkende» (21). Hvor godt sykepleiere kjenner til at pasienter med opioidavhengighet har økt toleranse for opioider og økt følsomhet for smerte (hyperalgesi) varierer (22, 27). Manglende kunnskap om toleranse og hyperalgesi kan medføre underbehandling av smerter. Det kan forsterke atferd som gjør at pasienten oppfattes som «russøkende», som at pasienten ber om sterkere opioider, høyere doser enn vanlig eller hyppigere dosering.



## **«Pasienter må ha tillit til at helsepersonell stoler på deres smerterapportering.»**

Gjensidig tillit er nødvendig. Pasienter må ha tillit til at helsepersonell stoler på deres smerterapportering, og sykepleiere må stole på at pasienten vil følge opp behandlingsplanen (21).

### **Tettere oppfølging**

Administrerer pasienten opioider hjemme, bør kreftsykepleiere evaluere effekt, aktivitet, bivirkninger og eventuell avvikende hendelser ved hver avtale. Tett og regelmessig oppfølging kan være nødvendig. For noen pasienter kan smertedagbok være til hjelp for lettere å huske effekt og eventuelle endringer i medisiner. Klare avtaler kan gjøres med pasienten om fornyelse av resepter, hvordan tapte doser håndteres, og om urinprøver for rusmiddeltesting er aktuelt. Antall tabletter bør begrenses til det pasienten trenger mellom hver avtale (21). Daglig utlevering av medisiner ved hjelp av kommunens helsetjenester kan være aktuelt for noen.

### **Samarbeid og koordinering**

Det er store lokale variasjoner i hvordan tilbudet til pasienter med ruslidelse og psykisk lidelse er organisert. Mange pasienter har ansvarsgruppe, hvor pasient, fastlege, kommunale instanser og eventuelt spesialisthelsetjenesten deltar hvis pasienten har oppfølging derfra. Pasienter som har behov for langvarig og koordinerte tjenester, har rett på individuell plan (10, 19, 20).



I mange tilfeller kjenner kommunens helse- og sosialtjeneste pasienten godt, og vil kunne bistå pasienten med påminnelse om timer på sykehus, eller følge dem som har vansker med å komme seg til sykehuset alene. Nye pakkeforløp i psykisk helsevern og rusbehandling, inkludert et eget pakkeforløp for fysisk helse og levevaner, vil bli publisert og implementert fra høsten 2018 (28). Det vil forhåpentligvis bidra til økt fokus på pasientenes somatiske helsetilstand, på alle nivåer av helsetjenesten.

Godt samarbeid med fastlege, apotek og kommunale instanser kan sikre helhetlig behandling, bidra til tryggere forskrivning av medikamenter og bedre oppfølging av pasienten. Jo dårligere pasienten fungerer, jo viktigere blir samarbeidet og koordinering mellom onkologiske enheter og andre instanser. Pasienten bør oppmuntres til tettere kontakt med andre hjelpeinstanser som er involvert (21).



## **«Pasienten bør oppmuntres til tettere kontakt med andre hjelpeinstanser som er involvert.»**

Pårørende, uavhengig av om det er familien, en venn eller en annen nærstående person, kan også være en kunnskapskilde og en ressurs (10), og bør involveres i behandlingen i den grad pasient og pårørende ønsker.

### **Implikasjoner for praksis**

For å kunne yte god sykepleie bør sykepleiere i kreftomsorgen ha god kunnskap om psykisk lidelse og avhengighet, virkning og bivirkninger av opioider, og gode holdninger til hvordan pasienter opplever smerter. Godt samarbeid og koordinering mellom kreftavdelinger, psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kommune kan legge til rette for bedre pasientforløp og terminal pleie til denne pasientgruppen.

### **Referanser**

1. Muirhead L. Cancer risk factors among adults with serious mental illness. *American journal of preventive medicine*. 2014;46(3):98–103.

2. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2011;106(1):32–51.
3. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2015;72(4):334–41.
4. Howard LM, Barley EA, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *The Lancet Oncology*. 2010;11(8):797–804.
5. Kisely S, Crowe E, Lawrence D. Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA psychiatry*. 2013;70(2):209–17.
6. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/> (nedlastet 02.07.18).
7. Compton P, Chang YP. Substance Abuse and Addiction: Implications for pain management in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(2):203–9.
8. Thomson K, Henry B. Oncology clinical challenges: caring for patients with preexisting psychiatric illness. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(5):471–80.
9. Grøtvedt L, Lund KE, Vedøy TF, Aarø LE, Skjærven R, Vollset SE. Røyking og snusbruk [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014 [oppdatert 14.05.18; sitert 02.07.18]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/lev-evaner/royking-og-snusbruk-i-noreg/>
10. Helsedirektoratet. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. «Sammen om mestring» [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [oppdatert 01.03.14; sitert 01.09.18]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retning-slinjer/sammen-om-mestring-veileder-...>

11. Guydish J, Passalacqua E, Pagano A, Martínez C, Le T, Chun J, et al. An International Systematic Review of Smoking Prevalence in Addiction Treatment. *Addiction* . 2016;111(2):220–30.
12. Zirakzadeh A, Shuman C, Stauter E, Hays JT, Ebbert JO. Cigarette smoking in methadone maintained patients: an up-to-date review. *Curr Drug Abuse Rev*. 2013;6(1):77–84.
13. Randall D, Degenhardt L, Vajdic CM, Burns L, Hall WD, Law M, et al. Increasing cancer mortality among opioid-dependent persons in Australia: a new public health challenge for a disadvantaged population. *Aust N Z J Public Health*. 2011;35(3):220–5.
14. Swart A, Burns L, Mao L, Grulich AE, Amin J, O’Connell DL, et al. The importance of blood-borne viruses in elevated cancer risk among opioid-dependent people: a population-based cohort study. *BMJ Open*. 2012;2(5).
15. Manderbacka K, Arffman M, Suvisaari J, Ahlgren-Rimpilainen A, Lumme S, Keskimaki I, et al. Effect of stage, comorbidities and treatment on survival among cancer patients with or without mental illness. *Br J Psychiatry*. 2017;211(5):304–9.
16. Mitchell AJ, Pereira IE, Yadegarfar M, Pepereke S, Mugadza V, Stubbs B. Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. *Br J Psychiatry*. 2014;205(6):428–35.
17. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1–2):23–35.
18. Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in breast and cervical cancer screening in women with mental illness: a systematic literature review. *Am J Prev Med*. 2013;44(4):392–8.

19. Helsedirektoratet. ROP-retningslinjen. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse-ROPlidelse Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside> (nedlastet 15.02.15).
20. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet [internett]. 2010 [oppdatert 22.09.14; sitert 19.01.15]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-l...>
21. Pillet S, Eschiti V. Managing chronic pain in patients with cancer who have a history of substance abuse. Clin J Oncol Nurs. 2008;12(4):663–7.
22. Krokmyrdal KA, Andenaes R. Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. Nurse Educ Today. 2015;35(6):789–94.
23. Utne I, Småstuen MC, Nyblin U. Pain knowledge and attitudes among nurses in cancer care in Norway. J Cancer Educ. 2018.
24. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence: WHO; 2009. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/treatment\\_opioid\\_dependenc...](http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependenc...) (nedlastet 08.05.15).
25. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold P, Skeie I. LAR Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver. Oslo: Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapp...> (nedlastet 26.08.18).
26. Fredheim OM. Smertebehandling hos kreftpasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Tidsskriftet Den norske legeforening. 2018;138(2):144–7.
27. Li R, Andenæs R, Undall E, Nåden D. Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. Sykepleien Forskning. 2012;7(3):253–60.

28. Helsedirektoratet. Pakkeforløp i psykisk helsevern og rus [intenet]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [oppdatert 31.08.2018; sitert 01.09.2018]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop...>