

Sluttrapport - Veien tilbake / av André Clemetsen

PROSJEKTLENGDE, MÅLGRUPPE OG MÅLSETTING OG GJENNOMFØRING

Veien tilbake – en filmserie om barn med seneffekter

Det har vært en spennende reise å lage filmene om barn og deres seneffekter. Men også en utfordring bestående av flere årsaker. For det er slik at en dokumentar-serie alltid byr på uventede utfordringer som er vanskelig å forutse. Spesielt i et år full av en pågående pandemi og nedstenging til tider.

Sensommeren 2020 startet prosjektet og arbeidet begynte først med at jeg skaffet litteratur og rapporter om alt som har med barnekreft og seneffekter å gjøre. Samtidig dannet jeg en prosjektgruppe for å utvikle manus og gjøre research. Men på grunn av pandemien endret noe av utgangspunktet seg for hvem jeg kunne ha med i prosjektet, som opprinnelig var tenkt inn. Men det løste seg raskt med at jeg fikk laget en meget god prosjektgruppe med bredde, bestående av Svetlana Kashchiy (regi, film og klipp), Magnar Eek (lege), Espen Schønfeldt (forsker), Tuva Hennum (manus, skuespill), Audun Steffensen (komponist, Musiker) og Maria Sundby (manus, teater).

De første månedene begynte med dypdykk i stoffet, for å plukke ut essensen av hvor Norge står i forhold til kunnskap om seneffekter og for å belyse de mest pikante problemstillingen barna/ungdommen står ovenfor i tiden deres etter kreften. Det viste seg raskt at Norge lå dårlige an enn alle sine naboland og Europa generelt. Dette fordi Norge er et lite land og det har ikke forekommet noen systematisk forskning på seneffekter for barn, siden de utgjør en liten gruppe for avansert forskning. Men både i Sverige, Island og Danmark har de allerede etablert flere seneffektsentere. Noe som har manglet i Norge og begrenset muligheten for fagkoordinasjon, bredere forskning og mer kunnskap om teamet.

Fase 2. har bestått av å skaffe informanter og fagpersonell til prosjektet. Av fagpersonell knyttet til prosjektet, har det foregått samtaler, fysisk tilstedeværelse, filming og input. De som har vært en del av prosjektet er: Maria Winter (lege Haukeland Universitetssykehus), Alv A. Dahl (Barnelege/psykiater og forfatter av ulike bøker om kreft og seneffekter), Ellen Ruud (Overlege Barnekreft, Oslo Universitetssykehus), Inge Marie Johnsdottir (Overlege, barnekreft, Rikshospitalet), Camilla Stokkvold (Kreftforsker (Haukeland Sykehus Bergen), Sigmund Andersen (professor Fysioterapi, Norges Idrettshøgskole), Trude Regnfjell (Forsker for leukemi i barneårene, Universitetet Oslo, Norges teknisk naturvitenskaplige fakultet), Simon Kranz (Barnelege, forsker, Tromsø Universitetssykehus), Trond Flagstad og Tove Anita Nystad (Tromsø Universitetssykehus), Hanna Lie (psykolog og adferds-forsker ved Oslo universitetssykehus og Ninas Øye (Fysioterapeut og rehabilitering ved Catosenteret)

Barnekreftforeningen ved Britt Ingunn Wee Sævig i spissen har bistått som koordinator og sparringspartner hele veien under utvikling av filmene. Hun har også rekruttert en del av familiene og barna gjennom Barnekreftforeningens kontaktnettverk. Vi har rekruttert over 14 familier, men endt opp med et lite knippe til slutt som kunne brukes i filmene på en god nok måte. Noen av barna som har bistått mest i prosessen er: Jonas 3 år (Hordaland), Julian 17 år (Holmestrand), Emil 6 år (Hardanger), Christian 20 år (Bærum), Tuva 19 år (Lillesand/Oslo), Aurora 12 år (Kolbåten) og Ida-Marie 21 år (Grimstad/Oslo).

Gjennom hele dette halvannet året, har Britt Ingunn Wee Sævig og undertegnede hatt jevnlig kontakt, møter og rapporteringer om både status i prosjektet og bistand for hjelp til å løse problemstillinger som har dukket opp.

For det er alltid vanskelig å få med familier på et slikt sårbart prosjekt, spesielt barna/ungdommen som fortsatt er rammet av fatigue og andre senskader. Og som kanskje ikke helt vil delta i en slik film. Derfor har det blitt en del bomturer og bomfilming av materiale som ikke kan brukes til formålet. Men det er en del av prosessen. For barna er ikke skuespillere og når kameraet skrus på blir ofte ting vanskelig for dem. De glemmer hva de skal si, får jernteppe og de endrer forklaring. Noe som gjør ting vanskelig med å sette sammen bitene i ettertid. Det har ført til at mye av filmingen har vært krevende, samt kostet mer tid og resurser å få filmene i mål. Pandemien har naturlig nok skapt store utfordringer med å filme på sykehus og institusjoner, og ført til kanseleringer av møter og opptak - samt at flere har underveis blitt satt i karantene og isolasjon på kort varsel. Noe som også har ført til utfordringer ved at i neste mulighet for møte/opptak, har barnet/ungdommen også endret historien sin, slik at ikke lenger fungerer i filmen siden alt plutselig blir helt usammenhengende og ut av kontekst. Men det ligger jo helt naturlig i barns natur som er i utvikling, at de endrer fokus i livet.

Men alt i alt, har vi hatt fine lærerike møter som har både rørt oss til tårer, gitt oss viktig informasjon og på det verste også sørget for at vi ikke kunne gi opp prosjektet. Selv om det nesten føltes slik en periode under nedstengingen våren 2021. For pandemien har skapt store utfordringer.

I de videre fasene har vi vært i opptak og filmet. I 2020 lagde vi 2 filmer og 4 filmer i 2021. Den ene filmen måtte kanselleres da ungdommen trakk seg, den andre fikk vi ikke til å henge sammen som relevant i forhold til hva vi ønsket å oppnå. Men vi har endt opp med 4 fine filmer som belyser det meste av hva vi hadde som utgangspunkt. Men også andre sider som vi oppdaget i prosessen og ikke var klar over var en utfordring.

Filmene vi har laget er med Aurora (12 år), Tuva (19 år), Ida-Maria (21 år) og en forskningsbasert film. Filmene tar for seg ulike utfordringer.

Film 1. med Aurora, tar for seg det å stå midt i overgangen fra barneskole til ungdomsskole og erkjennelsen av at kroppen ikke utvikler seg slik som den gjør for vennene. Den tar også for seg eksistensielle forhold som å vite at man ikke kan få barn og vil henge fysisk etter og måtte leve med begrensinger. Dette via både foreldres bekymring og barnets egen erkjennelse. Samtidig belyser vi viktigheten av mangelfull opplysning til helsepersonell og skole om denne utfordringen. Denne filmen passer for allmenheten og alle målgrupper.

Film2. handler om Ida-Marie. Den handler om et stort problem vi kartla for mange av barna om mobbing og liten forståelse og tilrettelegging ved skolene. Ida-Maria forteller åpenhjertelig om sin harde oppvekst med sterk mobbing og fornektelse av skolen til å ville hjelpe. Dette er et fenomen som er større enn vi kunne forvente eksisterte. Noe som viser at det glipper mange steder i systemet med informasjon til skoler, nettverk og medelevers familier. Samt at så store problemer ikke blir fanget opp i tide, når det forekommer. Ida-Marie forteller også om hva hun sliter med, hvor hun er i livet i dag, om hva hun drømmer om og hva hun kan bidra med for samfunnet og seg selv for å få et verdig liv. Denne filmen er mest relevant for skolevesenet, foreldrene, barnets generelle nettverk og skolehelsetjenesten.

Film 3. Tuva.

Tuva sliter med mye senseffekter og har underveis i oppveksten og i dag, ikke blitt trodd av helsepersonell om ting hun har tatt opp som. Har vært vanskelig for henne. Hun har også opplevd prekære tillitsbrudd med deling av protokoller på avveie. Her har vi gode innslag med leger og forskere som svarer på hennes problemer og som belyser de utfordringene systemet sliter med i dag. Denne filmen er mest ment for helsepersonell, fastleger, forskere, kommune og myndigheter.

Film 4. Er forskningsbasert. Den er kortfattet og både familier med kreftbarn, kommune og myndigheter et godt innblikk i hvor komplekst kreftforskning er.

Målgrupper, formålet med filmene og effekten

Målet med filmene er å utvikle og formidle informasjon om tematikken, rett fra dem det gjelder, slik at alle ovennevnte instanser kan få bedre innblikk i hva denne gruppen tenker selv, og om hva de sliter med etter en langtidssykdom.

Alle filmene passer for alle, men de skiller seg ut og er relevant for ulike grupper. Vi fant ut at det beste er å lage komprimerte filmer med ikke altfor mye informasjon, nettopp for å treffe de ulike målgruppene best mulig. For vi lever i en tid hvor tålmodigheten er lav og folk eksponeres for mye

informasjon, derfor har vi valgt å la 3 av filmene være på rundt 10 minutter, for deretter å la den sist være på 4 minutter for å la folk henge med.

Lansering og markedsføring

Pandemien har utsatt slutføring og lansering av filmene. Men ikke så mye som forventet. Derfor legger vi opp til lansering av filmene den 26 og 27 januar 2022 på et barnekreftseminar i Oslo. Deretter blir det videre lanseringer 15. februar på Barnekreftdagen og andre seminarer, møter i 2022. Planen settes i begynnelsen av 2022, da oversikten over utsatte seminarer og møter er mer realistisk å planlegge. Lanseringene inneholder visning av filmene, foredrag med undertegnede og Barnekreftforeningen, samt en av kreftoverlevende som er med i filmene, der det gjør seg mulig. Vi har også med musikk med Jacob Young og Siril Malmedal Hauge, som har laget musikk til filmene. Parallelt legges filmene ut på sosiale medier og presse innkalles under lanseringer. Vi ser også for oss en liten turne, med foredrag av filmskaperne og Barnekreftforeningen, for både sykepleierstudenter, og legestudenter, helsepersonell og etater som er aktuelle. Vi ønsker også besøke skoler for å vise filmene.

Til slutt en rapport om seneffekter om tilstanden og hva som kan forbedres for barn og ungdom som overlever kreft. Dette er ment som input for helsepersonell (av André Clemetsen)

Barn som overlever kreft går gjennom et spekter av følelser som; håp og angst, glede og tristhet, ro og uro, lettelse etter behandling, forvirring og frykt for livet fremover, og for tilbakefall. Dette skaper mange utfordringer for dem selv og for helsepersonellet. Siden det ikke finnes et seneffektssenter i Norge i dag, er det vanskelig å samle all kunnskapen og bruke den mest mulig fornuftig ovenfor gruppen det angår.

For kreftbehandling setter spor på både kort og lang sikt. Dette er på mange vis prisen pasienten må betale for å bli helbredet for en livstruende sykdom. Samtidig prøver legen som behandler kreftsykdommen å begrense seneffektene mest mulig basert på forskningsresultatene vi har i dag. Vår viten om seneffekter er i stor grad bygget på studier av pasienter som har fått tidligere tiders behandling. Denne kunnskapen har med tekniske fremskritt ført til justeringer av dagens behandling slik at vi kan håpe på en reduksjon av seneffekter for dagens kreftpasienter. Nye og effektive behandlingstyper som brukes i dag, kan imidlertid gi seneffekter vi ennå ikke har kunnskap om. Derfor er forskning på seneffekter en viktig del av en klinisk kreftforskning. Forskere, klinikere, og epidemiologer prøver å forstå hvorfor seneffekter oppstår hos pasienter, men ikke hos andre, og hvordan de kan unngås, diagnostiseres tidlig og behandles mest effektivt.

Før kreftbehandlingen starter får pasienten og pårørende informasjon om det man i dag vet om risiko for akutte bivirkninger og seneffekter i forhold til sjansene for å nå behandlingsmålet. Der det foreligger flere behandlingsoalternativer må pasientene få være med i beslutningen om behandlingsform basert på effekt og seneffekt.

For kreft-overlevende med særlig høy risiko for seneffekter må det utarbeidet oppfølgingsprogrammer for tidlig diagnostikk og behandling av forventet helseproblemer, slik at pasienten unngår sykdom eller død.

Den fulle og hele sannheten om seneffekter er fortsatt ukjent, siden kun et fåtall av barnekreft overlevende blir fulgt gjennom livet. Derfor kjenner vi lite til sekundære kreftformer eller andre tilstander som oppstår gjennom livets løp. Barnekreft rammer også få barn og ungdommer i ulike andre, og omfatter forskjellige kreftbehandlinger i ulike organer som må behandles på ulik vis, er det også krevende å skaffe kunnskap om seneffekter i Norge. Det er heller ikke så enkelt å overføre informasjon fra andre land, da organiseringen av helsevesenet, familiestrukturen og geografien er helt annerledes, og dokumentasjon på at seneffekter sjeldnere kartlegges. Men undersøkelser viser at 2/3 av alle overlevende barn av kreft vil utvikle eller få seneffekter. Over 60% får et kronisk helseproblem, og en tredjedel får et alvorlig eller livstruende helseproblem. Et problem er at når barnet blir skrevet ut fra barneavdelingen samles ikke data lenger. Et unntak er barn som blir behandlet for hjernesvulst, hvor den nevrologiske forandringen og den kognitive svikten ofte er fanget opp, før barnet avslutter kontrollene ved overgangen til voksen alder.

Hvilke seneffekter som oppstår beror på en rekke forhold og trolig også på samspillet mellom dem. For eksempel er ung alder forbundet med risiko for mer alvorlig hjerneskader etter strålebehandling. At en ettåring får følelsesmessig senskader av å bli behandlet for myelogen leukemi, er derimot lite sannsynlig slik foreldre i dag er tilstede under behandling.

Unntaket er om stresset for familien blir for stort, slik at det medfører en varig familiær dysfunksjon. På den annen side er det grunn til å anta at behandling og diagnose med lymfekreft i midtre eller senere del av ungdomsårene er en mulig kilde til forstyrrelse og naturlig løsrivelse ungdom skal igjennom i forhold til foreldrene. I stedet for at vedkommende gradvis utvikler sin selvstendighet, lever vedkommende opptil flere år i denne fasen av livet som syk med sykehus, helsepersonell og engstelige foreldre tett innpå hele tiden. Det handlingsrommet som utviklingen av selvstendighet krever, kan da bli veldig lite, med avhengighet og depressive trekk som mulig konsekvenser.

Vanlige psykiske symptomer for kreftpasienter:

- Sterk angstfølelse som er overveldende eller på grensen til panikk
- Føler seg så nedstemt at ikke holder ut tanken på mer undersøkelse og behandling
- Manglende mestring av smerter, kvalme eller trøtthet (fatigue)
- Dårlig konsentrasjon, uklar tankegang, hukommelsesproblemer
- Store vanskeligheter med å ta avgjørelser
- Følelse av fortvilelse og håpløshet – lurer på om det er noen vits i å fortsette
- Tankene kretser bare rundt kreft og/eller død
- Søvnproblemer (mindre en 4 timer søvn)
- Spiseproblemer (merkbar redusert appetitt eller ingen appetitt i flere uker)
- Familiekonflikter og – problemer som det syntes umulig å løse
- Tvil og usikkerhet om trosforhold som tidligere var til trøst og oppbyggelse
- Følelse av å være verdiløs eller ikke til nytte for noen

Teknikker for legene for bedre indikasjon av tegn fra pasienten

- Lytt til pasienten med et åpent sinn (uten forutinntatte meninger)
- La pasienten snakke ut om sine bekymringer uten avbrytelser
- Vær åpen for at pasienten kan ha psykiske problemer
- La deg lede av pasienten, det vil si led samtalen i den retning pasienten styrer mot

- Anerkjenn pasientens bekymringer og svar på en empatisk måte
- Ikke stil for mange spørsmål
- Bruk ord og uttrykk med følelsesmessig ladning
- Spør pasientens personlige opplevelse
- Oppsummer det pasienten har sagt / klargjør pasientens behov
- Vær villig til å slippe frem følelsesladde tema og ha tillitt til at du kan takle dem
- Vurder bruk av psykiatriske hjelpemidler slik som screeningsinstrumenter

De nærmeste som ressurs, men også i en sårbarhet i hjelperollen

Når de nærmeste går inn i hjelperollen, det være seg praktisk, sosialt, psykologisk og/eller eksistensielt, er de en betydelig ressurs for pasienten. Unntaksvis kan noen nærmeste overdrive og bli for hjelpsomme ved at de gjør oppgaver som pasienten kunne klare eller å ønske å gjøre selv. Motivet er godt, men utfallet kan bli formynderi der pasientens selvstendighet og egenvilje blir oversett.

Noen ganger kan ønskene om hjelp og støtte overstige kapasiteten til de nærmeste. Et slikt misforhold kan føre til at den som skal være en ressurs, blir en som selv trenger påfyll og bistand. Velværet gjelder gleden, lysten, energien og tilfredsheten ved å hjelpe den som har hatt kreft, men byrden omfatter plikten, slitet, forsakelsen og travelheten ved å måtte stille opp. Balansen mellom nærmeste ønske om å bidra, og forventningene fra kreftoverleveren, må ses i sammenheng med de nærmestes andres forpliktelser og behov.

Flere studier har kartlagt situasjonen til pleie- og omsorgsgivere for kreftpasienter i ulike stadier. Spesielt sårbare er de som har pleie- og omsorgsoppgaver over lang tid. Oppgaver som er fysisk krevende, der pasienten får negative personlighetsendringer, eller de nærmeste føler seg bundet til å være tilstede døgnet rundt. Belastningen kan innebære mer en å bli sliten. Ensomhet, å være alene i nettverket, lite støtte i familien, andre plikter og funksjoner, fulltids eller krevende jobb, dårlig egen helse eller dårlig økonomi kan være tilleggsbelastninger. Kartlegging av de nærmeste hjelpernes situasjon vil være med på å forebygge overbelastning.

Foreldres samspill med barnet

Foreldrenes viktigste oppgave både før og etter sykehusoppholdet, er å utøve ro, eleganse og kreativitet for barnet. For barnet skal gjennom både røntgenundersøkelser og annet som virker skremmende for et ungt menneske. Og det er nettopp gjennom trygghet, visshet, fellesskap og ro, at barnet vil føle seg komfortabel og trygg i en vanskelig situasjon. For målet er at barnet skal kunne mestre hva enn som måtte komme av utfordringer på veien. Er foreldre utrygge i sin egen rolle og i situasjonen, blir barnet det også. Foreldrearbeid handler om å bevisstgjøre ressurser, muligheter og sammenhenger som de kan bruke til å fylle rollen overfor sine barn.

Det er derfor viktig at helsepersonell ser foreldrene for hvem dem er, slik at de kan få den hjelpen som skal til for å fungere bedre ovenfor barnet sitt, om det er et behov

Det ideelle er at vi, som i våre naboland setter opp egne klinikker for seneffekter. Nettopp for å kunne sette alle brikkene på plass og få en oversikt over hele familiesituasjonen og samspillet med barnet. Dette siden vi vet at 80% av alle barn som har hatt kreft får seneffekter gjennom livet.

Hvordan kan man best informere; skolene/lærerne, helsepersonell, foreldre, nærmiljø, Nav og kommunen, slik at barnet og familien får en best mulig livskvalitet etter kreften, når senskadene oppstår?

Kan Barnekreftforeningen være en slags rådgiver og ressurs, som kan hjelpe familien, med både praktiske løsninger (bla. Med søknader mot flere instanser som Nav, kommunen), og tilrettelegge for at hel familien får hjelp til å leve best med den situasjonen de befinner seg i?

Fysisk trening og behandling:

Depresjon og mental oppbygging:

Fokus på hva pasienten klarer og ikke bare på hva som svikter. I forholdet til pasientens familie kan det oppstå situasjoner som utfordrer behandlernes grenser. Psykiske plager kan ha sammenheng med kompliserte nære relasjoner, og behandleren vil i kraft av sitt behandlingsansvar for pasienten aldri være nøytral i slike konflikter. Hvis familiære konflikter kommer for dagen, er det viktig å ikke ta på seg rollen som den som skal løse konflikten.

Som oftest har konfliktene vart i flere år, og alle involverte er vel kjent med dem. Bistand utenfra, enten direkte til familien i form av kontakt med familievernkontoret eller med profesjonell som bistår personalet, vil da ofte være fornuftige tiltak.

Fysisk trening har positiv effekt på mild til moderat depresjonslidelse hos somatisk friske, men pr i dag vet vi ikke sikkert om dette også er tilfelle hos kreft overlevende. Derimot er det vel dokumentert at kondisjonstrening reduserer nivået av depressive symptomer hos pasienter med somatisk sykdom.

Fatigue behandling

Er en behandlingsform som inndeles i tre former: Fysisk trening, psykososiale intervensjoner og medikamentell behandling.

Psykiske symptomer og lidelser

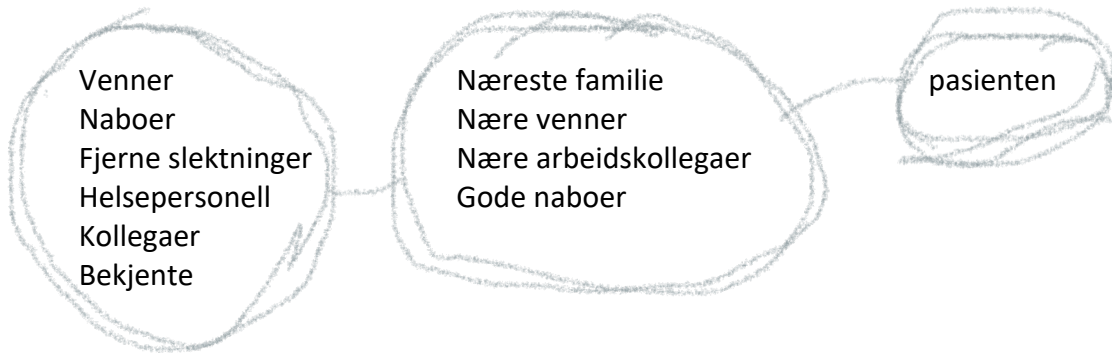
- Sårbarhet og mestring
- Psykiske reaksjoner på diagnose og behandling
- Å leve med kreften
- Temperaturen på psykiske dager
- Legenes oppmerksomhet på psykiske lidelser

Case eksempel:

Marie har hatt besøk av en venninnegjeng. I det de går, er Marie lei seg det kommer frem at hun føler seg stygg. Hun ønsker seg klær, men får aldri gå i butikker på grunn av infeksjonsfare og frykt for smitte. Mor, Marie og sykepleier Anette snakker om hvor de pleier å handle og hvilke klær hun ønsker seg. Neste dag ringer Anette vennegjengens yndlingsbutikk, forteller ekspeditøren historien om Anette og spør om de kan holde åpnet et kvarter lenger bare for Marie og bestevenninnen en dag samme uke. Det ordner seg, og neste dag er Marie strålende fornøyd, på tross av både bollekinn og skallet hode; hun er moderne kledd.

Lag ett tankekart for hver familie og kreftpasientene:

Først selve nettverket:



Deretter nettverket med deres navn og deres egenskaper/interesser, slik at vi enklere kan definere hvilke ressurser barnet har rundt seg. Samt finne ut hvordan hjelpe de nærmeste trenger for å finne de beste løsningene for familien.



Vi setter opp de utfordringer som er vanskeligst av seneffekter for pasienten. Og gjerne med beskrivelser hvor og når de dukker opp. Det samme kan gjøres for familien og deres utfordringer i hverdagslivet.

- Barnets og familiens historie.
- Helse personellets historie.
- Forskerens ideer
- De største problemene barnet har opplevd
- Behandlingsmulighetene.
- Behandling for hele familien parallelt.

Aurora:

Blir fort sliten under fysiskaktivitet uten å merke det i tide.
Har sterk viljestyrke som gjør at hun holder på til hun noen ganger stuper.

Gråter lett i mange ulike situasjoner. Mange ganger uten å vite hvorfor
(Kan vi finne ut hva som trigger dette?) De rundt henne ser det ikke, før hun kolliderer eller blir utmattet (hvem ser det ikke, hvor skjer det og hvorfor)

Håret vokser ikke helt ut her og der. Blir hun mobbet, føler hun seg ikke fin nok og er blir flau. Trekker hun seg fra noen arrangementer pga. håret?

Er konsentrasjonen et problem?

Fyll ut et skjema over psykiske lidelser de siste dager/uker og kryss av. Sett rangeringstall fra 1-10 på de plagene du har kjent på. Deretter kan man kartlegge hovedproblemet for barnet/ungdommen.

Praktiske problemer

Bolig
Kosthold
Pensjon
Fritid
Transport
Barnepass
Offentlige myndigheter
Økonomi
Andre praktiske årsaker

Arbeids-/skoleproblemer

Arbeidsoppgaver
Arbeidstid
Arbeidsmengde
Ledelse
Kolleger
Egne forventninger
Har du bruk for hjelp?

Familieproblemer

Ektefelle, samboer
Barn
Andre familieproblemer
Har du bruk for hjelp?

Psykiske problemer

Bekymret
Bedrøvet
Uten håp
Alene/ ensom med problemene
Deprimert
Nervøs
Stresset
Engstelig
Andre følelsesmessige problemer
Har du bruk for hjelp?

Fysiske problemer

Smerter
Kvalme
Svimmelhet/balanse

Tretthet
Søvn
Hukommelse/konsentrasjon
Nedsatt bevegelighet
Nedsatt muskelkraft
Muskel eller leddsmerter
Vekttap eller vektøkning
Tenner
Spise og drikke
Forstoppelse/diaré
Problemer med syn/hørsel
Problemer med hjerte
Problemer med pusten
Problemer med vannlating
Problemer med huden
Stikking/prikker/i fingre/tær
Hevelse i armer/ben
Lymfødem
Feber
Hetetokter
Tørre slimhinner
Seksuelle problemer
Nedsatt seksuallyst
Andre fysiske problemer
Har du bruk for hjelp?

Åndelige/religiøse problemer

I forhold til Gud
I forhold til tro
I forhold til moral
I forhold til skyld
I forhold til eksistens
Har du bruk for hjelp?

