

Kreftsykepleie

Årets
kreftsykepleier



Kvinnehelse

**Landskonferansen i
kreftsykepleie 2025**

**Forebygging etter
kreftdiagnose**

Ansvarlig utgiver
Kreftsykepleierne NSF
 v/faggruppeleder **Tanja Yvonne Alme** tlf 95 16 06 42
 tanja.alme@sula.kommune.no

Redaktør
Anett Skorpen Tarberg tlf 90 79 85 96
 anett.s.tarberg@ntnu.no

Redaksjonsutvalg
Linda Falch-Koslung tlf 97 66 88 90
 uxndss@ous-hf.no
Fredrik von Lövensprung Eiesland tlf 45 23 42 70
 fredrikeiesland@hotmail.com

Medlemsansvarlig
Åshild Knatten tlf 95 29 57 50
 aaskna@icloud.com

Annonseansvarlig
Anne-Britt Hauge tlf 41 44 99 46
 Anne-Britt.Hauge@bergen.kommune.no

Webansvarlig
Jannicke Rabben tlf 95941565
 jannicke.rabben@uia.no

Hjemmeside
<https://www.nsf.no/fg/kreftsykepleiere>

 NSFs Faggruppe for kreftsykepleiere  @kreftnsf

Layout og design
Kristin Skeie Antoine • KSA_design
 Trykk **Aksell AS**

Bilder fra
Freepik

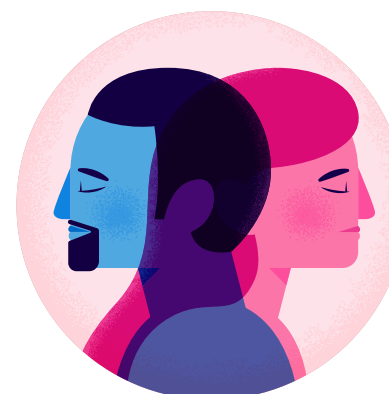
Forsidefoto
Fredrik Von Lövensprung Eiesland

Ønsker du å annonsere i tidsskriftet vårt?

Ta gjerne kontakt med annonseansvarlig.
 Tidsskrift nr 2 blir utgitt i mai 2026.

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

Innhold



4	Hilsen fra faggruppeleder
6	Hilsen fra redaksjonen
7	Ingers hjørne
8	● Vi må ta innover oss betydningen kjønn har for helse
12	Kreftkompasset
18	● Pasienterfaring: Heidi Corneliussen
28	Å navigere gjennom kompleksiteten av eggstokkreft
34	Brystkreftforeningen
38	● Forebygging etter diagnose
42	Fertilitetsbehandling ved kreft - hvor er vi i dag?
48	Gynea
56	Glioblastom
64	Europeisk kreftsykepleie
66	Bokomtale
68	● Landskonferansen i kreftsykepleie
80	Fire på gangen
84	Hverdagsblikk



Tanja Yvonne Alme
Faggruppelider



Julegleder og julesorger

Det er adventstid og snart jul. En ventetid der følelser og tanker sees i forstørrelsesglass. Håp om en fin tid sammen med sine. Mange fine bilder og «øyeblikk» klistret på sosiale medier, bugnende matbord med alle samlet. Alt ser så «perfekt ut».

Som regel er det noe bak enhver dør. Noen er syke og vet at dette kanskje er deres siste jul, noen er midt i tøff cellegift behandling og bare tanken på jul byr imot. Noen har mistet en de er glade i og kjenner på savn og sorg. Noen sliter kanskje med ettervirkninger etter kreftbehandling og har kanskje fysiske, psykiske og økonomiske utfordringer å stå i. Jul blir ikke alltid slik en hadde håpt og ønsket. Som kreftsykepleier og menneske har jeg møtt alle disse. Kreftsykepleie sin kompetanse og mot til å være til stede i det vanskelige er viktig.

Jeg har alltid vært over gjennomsnittet glad i jul. Jeg elsker å gi gaver, jeg pynter og diller og det er rødt og nisser over alt. Så 1 søndag i advent, 1 desember for 6 år siden fikk advent et annet perspektiv for meg. For mens første lys i adventsstaken ble tent, tok min pappa sitt siste pust, knapt 67 år gammel. Han døde i hjemmet sitt med meg, broren min og min mamma rundt seg. Kontrastene mellom julestjerne og annet adventspynt til min fine pappa som lå der midt i stua og døde var enorme. Pappa hadde hatt myelomatoze i 21 år. Nå var det ikke mer behandling som kunne holde sykdommen i sjakk. Pappa med sin livsglede, juleglede og stahet

(han var på jobb til bare noen måneder før han døde og i oktober sto han på taket og skiftet taksten med morfin på lomma og urinpose på låret). Vi satt der å «ventet» .. ikke på jul, men at pappa skulle dø. Som kreftsykepleier har jeg stått i så mange hjem og fått vært en los og medreiser i så mange pasientforløp og dødsfall. Nå følte jeg å møte meg selv litt i døra. Nå var det jeg som satt der ved sengen og ventet. Heldigvis hadde vi god hjelp fra gode kreftsykepleiere og sykepleiere som bidra til lindring, til at pappa opplevde trygghet og verdighet til tross for store smerter og tap. Kompetanse og mot fra de rundt var viktig.

Det tok litt tid før juleforventingene kom tilbake. Årene etter at pappa døde ble julen mer en plikt enn glede. Men heldigvis, i år gleder jeg meg til jul. Med en ennå større varhet enn før, på hvor viktig det er å huske på at det er noe bak alle dører.

Høsten for Kreftsykepleierne har vært aktiv og fin. Vi har hatt landskonferanse i Bergen, og for en konferanse. En stor takk til lokallaget Vestland. Under konferansen hadde vi for første gang tre æresgjester. Disse har nå



blitt faggruppens æresgjester. Gratulere så mye og takk til være kjære æresmedlemmer: Inger Utne, Øyvind Nordbø og Elisabeth Holter. Hurra!

Vi er allerede i gang med planlegging av ny konferanse i Trondheim september 2027. Lokallaget Trøndelag med May-Gøril Berg i spissen tar stafettpinnen videre. Vi gleder oss.

Vi har jobbet fagpolitisk med vår store kampsak: kreftkoordinator må lov pålegges. Vi er i dialog med flere både pasientforeninger, kreftforeningen, stortingspolitikere med flere. Vi gir oss ikke. Dette er viktig. Vi er i gang med analyse og fremstilling av en rapport om pakkeforløp hjem kreft. Kreftkoordinator har en nøkkelrolle i dette pakkeforløpet.

Videre har vi bidratt i arbeidsgrupper, referansegrupper, høringssvar mm på mange områder.

Vi har også deltatt på Sykepleiekongressen. Jeg fikk delta i panelsamtale om Verdighet i Rådet for sykepleieetikk sin prekonferanse. En svært god pre-konferanse. Videre under selve konferanse fikk vi høre sykepleiefortellinger fra mange områder, for en viktig og allsidig profesjon vi har. Vi fikk høre om KI og muligheter med det, samtidig som vår gode sjefsykepleier Liv Heidi Brattås Remo lanserte et nytt og viktig begrep: EI – altså ekte intelligensen. Ingen KI uten EI.

NSF sin nye fagsjef Edith Roth Gjevjon holdt et glitrende innlegg om hva sykepleie faktisk er. Hun er opptatt av at vi må bruke faget vårt når vi argumenterer

i for eksempel forhandlinger og diskusjoner. Vi trenger rett kompetanse på rett plass.

Helseminister Vestre delte nyheten om mulig forskrivningsrett for AKS sykepleiere. Hurra for et gjennomslag. Videre annonserte han at det vil komme en forskrift på høring om spesialistgodkjenning for utvalgte spesialsykepleiere før jul. Vi, kreftsykepleierne, er en av disse. Dette er svært gledelig og viktig. Mer informasjon kommer. Vi har mye godt å jobbe med i året som kommer.

Til slutt. Takk for tilliten under generalforsamling, jeg og styret er gjenvalgt i to nye år. Velkommen til nytt varamedlem Siri Lunde.

Takk for godt samarbeid med alle samarbeidsparter og alle medlemmer. Vi har blitt en stor faggruppe med snart 2000 medlemmer. Flere håper vi å bli.

VI skal stå på og kjempe for kreftsykepleiefaget og kreftsykepleiekompetanse i alle ledd i et pasientforløp. Så håper jeg at du får mange julegleder og at dersom du kjenner på julesorger eller vemod, at du har noen som tar vare på deg og gir deg litt omsorg. At du gjør noe som er godt for akkurat deg. Det trenger vi for at vi skal kunne være der for pasienter og pårørende.

Jeg gleder meg heldigvis til jul, med alt den rommer av julegleder og julesorg.

Ta vare. ●

Med vennlig hilsen
Tanja Yvonne Alme
Faggruppelider



Frå redaksjonen

Adventstida er komen og julehøgtida er rett rundt hjørnet. Frå redaksjonen si side så har hausten våre fylt med Landskonferansen i september og no innspurten av tidsskriftet, det er mykje som skal vere på plass. Vi er ved starten av kvart tidsskrift bekymra for at vi skal få for lite artikkelar og anna innhald, men kvar gong så vert det litt meir enn vi hadde planlagt for. Akkurat dette er kjekt, tusen takk til alle som bidreg, vi setter stor pris på dette.

I dette tidsskriftet så vil kvinnehelse og landskonferansen har størst fokus. I tillegg får du lese om forebygging etter diagnose og beslutningsprosesser ved Glioblastom.

Landskonferansen vart skikkeleg fin, med mange gode innlegg, ny lærdom og nye bekjentskap. Vi i redaksjonen og styret elles fekk snakke med og møte fleire av våre lesarar. Håper de alle vil like denne utgåva og kanskje vil du sjå nokre kjende ansikt i bladet. Framsida har vi valt å dedikere til årets kreftsykepleiar, ein ekstra heider til henne.

Tidsskriftet kreftsykepleie

Tidsskriftet Kreftsykepleie er eit medlemsblad for sjukepleiere med interesse for kreftomsorg. Gjennom tidsskriftet deler vi fagartiklar, fagstoff og anna som kan vere av interesse for medlemmar i faggruppa vår. Vi ønsker å vere ein formidlar av det som rører seg innanfor kreftomsorg og som kan tenkast å vere av interesse. Vi vil veldig gjerne ta imot fagstoff, fagartiklar frå våre medlemmar og andre som kan vere interessant for tidsskriftet. Tips oss gjerne om smått og stort! Det kan vere fagartiklar, arrangement som er planlagt, prosjekt, små nyheiter, bok

I «Ingers hjørne» skriv Inger om kreftsykepleiekompetansen og ansvaret for pakkeforløpet hjem. Les kva Inger skriv, kanskje burde vår kompetanse vere ein meir sjølvstendig ressurs her.

I redaksjonen er vi svært interessert i smått og stort som skjer blant våre medlemmar. Gi oss tips om der er noko du eller andre du kjenner til held på med som kan vere interessant for andre å lese under «Hverdagsblikk». Inspirasjon er viktig og vi kan alle vere med å inspirere kvarandre. For oss er det viktig å løfte fram alt det positive som skjer der ute.

Vi vil også svært gjerne halde fram med bokomtale, tips oss om du kjenner til ei bok som er relevant for oss å trykke anmeldelse om.

Med dette så ønsker vi i redaksjonen deg ei fin adventstid og julehøgtid. Ei ekstra varm helsing til deg som skal vere i arbeid høgtidsdagane! ●

Beste helsing Fredrik, Linda og Anett

anmeldelsar og mykje anna.

Vi i redaksjonen forbehold oss retten til å velje ut kva som kjem på trykk. Tidsfrist for innlevert materiale vil vere 15 februar og 15 september. Innhaldet i tidsskriftet vert gjennomgått av oss i redaksjonen, men fagstoffet er ikkje fagfelleurdert eller på andre måtar gått igjennom vitenskaplig. Det som kjem i trykk, er fagstoff produsert av fagpersonar for fagpersonar med interesse for det som rører seg i den enkelte sin kliniske kvardag. For oss i redaksjonen er det viktig å påpeike at det som kjem i trykk ikkje nødvendigvis speglar redaksjonen sine synspunkt.

Redaksjonsutvalg:



Anett Skorpen Tarberg

Ansvarlig Redaktør.
Utdannet kreftsykepleier.
Førsteamanuensis ved institutt for helsevitenskap, NTNU Ålesund
Anett.s.tarberg@ntnu.no



Linda Falch-Koslund

Videreutdanning i kreftsykepleie.
Spesialrådgiver for Seksjon for helsekompetanse ved Oslo universitetssykehus
uxndss@ous-hf.no



Fredrik Von Löwensprung Eiesland

Videreutdanning i kreftsykepleie, master i klinisk forskning og fagutvikling. Fagutviklingssykepleier ved Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (KLB), Helse Sør-Øst
freeie@ous-hf.no

Vi bør få ansvaret

Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp, blir det slått fast i Nasjonal kreftstrategi 2025-2035. Spørsmålet vi må stille: Klarer vi å oppfylle denne målsettingen?

La det være klart: Da pakkeforløpet for kreft kom i 2015, var det et stort framskritt. Sannsynligvis er Norge blant de aller beste land på behandling av kreft. De største problemene i norsk kreftomsorg handler ikke om det som skjer i selve behandlingsforløpet ved sykehusene, men det som skjer når pasienten skrives ut fra sykehuset. At flaskehalsen oppstår etter utskriving, er ikke nytt. Dette er blitt behandlet i utredning etter utredning, helt siden Samhandlingsreformen kom i 2009.

Det var nettopp i forbindelse med Samhandlingsreformen at det ble slått fast at det meste av behandlingen og pleie av pasienter ikke skal skje på sykehus, men ute i kommunene. I Helse- og omsorgsloven som kom to år etter, i 2011, ble dette fulgt opp. I 2023 kommer så Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. I år kom Nasjonal kreftstrategi 2025-2035. Ved siden av at Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp, blir det slått fast at pasienter med kreft og deres pårørende skal ha best mulig livskvalitet.

Overlatt til seg selv

Spørsmålet er: Hvor langt er vi kommet med å virkeliggjøre dette? I 2022 uttrykte over halvparten av deltakerne i brukerpanelet til Kreftforeningen at de var «enig i at de selv har måttet finne fram til hvilke tilbud som finnes.» I fjor var under fem prosent av pasientene inkludert i Pakkeforløp hjem. Kreftsykepleiere i kommunene rapporterer om det samme: Pakkeforløp hjem fungerer for dårlig. Alt tyder på at en altfor stor del av dem som overlever kreft eller må leve videre med kreft, opplever at de er overlatt til seg selv.

Det er ingen tvil om at den rent medisinske siden av det videre behandlingsforløpet etter utskriving fra sykehus, er fastlegens ansvar. Men når denne delen av kreftomsorgen totalt sett fungerer lite tilfredsstillende,

så kan mye av årsaken ligge i uklarheten i Helsedirektoratets retningslinjer for Pakkeforløp hjem fra 2023. Der heter det: «Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av fastlege/kreftsykepleier/kreftkoordinator eller annet helsepersonell.»

Der alle har ansvar, kan det lett bli slik at ingen – eller for få – tar ansvar. For meg ser det ut til at det absolutt er et behov for at myndighetene presiserer denne delen av pakkeforløpet. Det er vi kreftsykepleiere som har kunnskap om hvordan det er å leve med kreft; hvordan livskvaliteten kan bli best mulig for kreftoverlevende. Det er kreftsykepleieren som er spesialutdannet til å ta seg av denne viktige oppgaven i vårt helsevesen.

Om Pakkeforløp for behandling av kreft bare var blitt fulgt opp for fem prosent av pasientene, hadde det utvilsomt utløst sterke reaksjoner i samfunnet. Når det ser ut til at resultatene er så dårlige for Pakkeforløp hjem, tyder det på lav gjennomføringsevne. Alle kommuner må gjennom lov pålegges å ha kreftkoordinator. Myndighetene må deretter entydig gi ansvaret for Pakkeforløp hjem til kreftkoordinatoren.

Godt formulert

Tiårsmål nummer syv i Nasjonal kreftstrategi formulerer dette på en glimrende måte:

«..kommende tiårsperiode må det legges inn en ekstra innsats for å sørge for at alle kreftpasienter også inkluderes i pakkeforløp hjem, for å sikre god livskvalitet, helse og mestring, og at pasienter ikke opplever utrygghet i vekslingen mellom nivåer i tjenesten. Dette blir stadig viktigere når flere overlever kreft.»

Vi kreftsykepleiere kan ta på oss å gjøre denne ekstra innsatsen som etterlyses i dette strategidokumentet. Vi må markere oss klart og vise at vi er viktige. ●



Inger Utne

Professor em.
i kreftsykepleie



Illustrasjonsfoto: Freepik.com

Vi må ta innover oss betydningen **kjønn** har for helse

Foto: Marthe Haarstad



Liv Bjørnhaug Johansen

Seniorrådgiver kvinnehelse i Sanitetskvinnene og forfatter av boka
Diagnose: kvinne. Hvordan kvinnehelse havnet i medisins blindsonen

Kjønn har stor betydning for både hvordan vi blir syke og hvordan vi reagerer på behandling. For kvinner er dette et problem, fordi veldig mye av forskningen i medisin er gjort på menn. Også på kreftfeltet har kjønn betydning: Kjønn er en viktig faktor både for forekomst, forståelse av sykdomsutvikling og prognose hos kreftpasienter. Dette har flere forskningsmiljøer påvist de siste årene. Også når man tar bort de kreftformene som er spesifikt knyttet til kjønn, som prostatakreft, livmorhalskreft og brystkreft er kjønnsforskjellene betydelige. For de fleste kreftformer har menn høyere forekomst enn kvinner. Unntakene er skjoldbruskkjertel- og galleblærekreft, der kvinner rammer oftest. Menn har generelt høyere dødelighet av kreft. Kvinner overlever oftere, men sliter

mer med senskader. Kvinner og menn kan ha ulike effekt av samme behandling for samme sykdom. Ulike mekanismer for hvordan legemidler brytes ned i menn og kvinners kropp gjør at kvinner oftere enn menn blir overeksponert for kreftmedikamenter, selv om dosen blir justert etter kroppsvekt.¹ Også ved diagnostisering er det kjønnsforskjeller. For noen kreftformer blir sykdommen blir oftere avdekket tidlig i forløpet hos kvinner, kanskje fordi de selv følger bedre med og har lavere terskel for å oppsøke helsehjelp. →

¹Bernardez, B., Higuera, O., Martinez-Callejo, V. et al. Sex and gender differences in cancer pathogenesis and pharmacology. *Clin Transl Oncol* 27, 3837–3848 (2025). <https://doi.org/10.1007/s12094-025-03894-1>

For andre kreftformer, som bukspyttkjertelkreft og blærekreft, tar det lenger tid for kvinner å få rett diagnose, også når de har oppsøkt helsehjelp tidlig i forløpet. Kvinner har mindre effekt av tarmscreening enn menn.² Det skyldes sannsynligvis at kvinners tarmkreft oftere er utviklet fra sagtaggete polypper som er vanskelig å oppdage med de verktøyene som i dag brukes i screening.³ Det regjeringsoppnevnte kvinnehelseutvalget som leverte sin utredning i 2023 konkluderte med at kvinner ikke har likeverdige helsetjenester i Norge i dag fordi betydningen kjønn har for helse ikke er hensyntatt.⁴

Mannen har vært malen i medisinen

Kjønnskjevhetene i medisinen er like gammel som faget. Gjennom historien har det vært ulike grunner til å bruke mannen som standard og velge kvinnen kroppen vekk.

I den tidlige medisinske historien var det bluferdighets-hensyn eller ideer om kvinnekroppen som ufullkommen, som gjorde at man valgte mannen som undersøkelses-objekt. Senere, med den moderne vitenskapen, der metoden gjerne er å studere fenomener isolert, ble kvinners sykdom oppfattet som et forstyrrende element som tillate ekstra variabler som kunne påvirke resultatene. Da var det enklere å velge kvinner vekk, og fokusere forskningen på menns kropp. Kjønn ble tillagt liten betydning, og ofte ble ikke kjønn på de som var inkludert i studiene engang nevnt. Da de etiske reglene for medisinske eksperimenter ble strammet inn på 60-tallet – blant annet fordi et kvalme-stillende medikament førte til at titusener av barn ble født med alvorlige fosterskader, ble det rett og slett ulovlig å inkludere kvinner i fruktbar alder i medisinske eksperimenter. Dette førte til at kvinner i praksis ble ekskludert fra medisinske studier. Denne praksisen varte helt fram til 90-tallet, da kvinnebevegelsen kjempet fram at kvinner skulle inkluderes. I Norge var det først i 2021 at vi fikk retningslinjer for å inkludere kvinner i medisinske studier.

Man har forsket på menn og trodd at kunnskap om menns reaksjoner på sykdom og respons på behandling var overførbart til kvinner. Men nå vet vi at forskjellene er større enn vi har trodd.

Kvinner og menn har strukturelle ulikheter i immunforsvaret. Hormonsammensetningen vår har stor betydning for mange av prosessene i kroppen. Vi har et mer reaktivt immunsystem, som gjør oss bedre beskyttet mot kreft, infeksjoner og hjertesykdom tidlig i livet, men mer utsatt for kronisk sykdom.

Kvinnens organer er mindre og arbeider litt annerledes. Kvinner har en litt annen hjerterytme, og lavere blodtrykk og høyere puls. Blodvolumet vårt er mindre. Nyrefiltrasjonen langsommere. Væske- og fettinnholdet i cellene våre er ulike fra menns. Vi har en annen sammensetning av enzymer i leveren. Dette er bare noen av kjønnsforskjellene som har betydning for sykdomsrisiko og hvordan sykdom arter seg. Menn og kvinner har også ulike hormonvariasjoner, ulik respons på smerter og store ulikheter i immunforsvaret. Disse forskjellene betyr noe for sykdomsrisiko og hvordan sykdom manifesterer seg. De påvirker også hvordan medikamenter brytes ned og hvor lenge de er i kroppen, og ikke minst betyr det noe for risikoen for bivirkninger og komplikasjoner av medisinsk behandling. Den kunnskapen har allikevel ikke fått nok gjennomslag i forskning og klinikk.

Kjønnsblindheten i medisinen og i helse-tjenesten gir kvinner dårligere pasientsikkerhet

På nittitallet kjempet kvinnebevegelsen fra at kvinner skulle inkluderes i medisinsk forskning. Nå finnes det retningslinjer for å inkludere kvinner i forskning. Men vi er allikevel ikke i mål.

Selv om kvinner oftere enn før er tilnærmet likt representert i forskningen gjøres ofte ikke separate analyser på kjønn. Det gjenspeiles i kjønnsnøytrale behandlingsanbefalinger og retningslinjer. En forskningsgjennomgang FHI gjorde i 2022 fant at 133 hadde gjort en form for kjønnsdelt analyse, 178 hadde ikke gjort det. Bare ni hadde gjort tester av behandlingsresultatet på kjønn.⁵

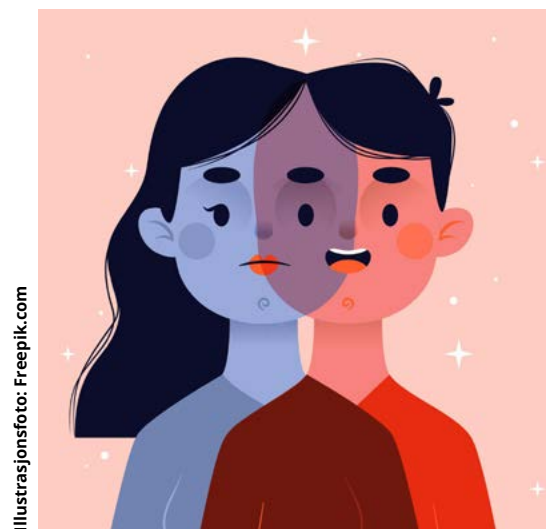
⁵ Østbø N, Vist GE, Løchen ML. Kjønnsstratifiserte analyser i norske behandlingsstudier: en systematisk kartleggingsoversikt. [Sex and Gender-based Analyses in Norwegian Treatment Studies: a Scoping Review]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022

² Vera R, Juan-Vidal O, Safont-Aguilera MJ, de la Peña FA, Del Alba AG. Sex differences in the diagnosis, treatment and prognosis of cancer: the rationale for an individualised approach. Clin Transl Oncol. 2023 Jul;25(7):2069-2076. doi: 10.1007/s12094-023-03112-w. Epub 2023 Feb 18. PMID: 36802013; PMCID: PMC10250517.

³ Vannkoloskopi for bedre tarmkreftscreening hos kvinner: En randomisert studie | Stiftelsen Dam

⁴ Norges offentlige utredninger 2023: 5 Den store forskjellen Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse

«Kjønn har stor betydning for både hvordan vi blir syke og hvordan vi reagerer på behandling. For kvinner er dette et problem, fordi veldig mye av forskningen i medisin er gjort på menn».



Illustrasjonsfoto: Freepik.com

Kvinnehelseutvalget har sett på hvordan retningslinjene om inkludering av kvinner i helseforskning er blitt fulgt opp, og de konkluderer med at «Utvalget finner ikke tegn til at myndighetene har arbeidet systematisk med å sikre at kjønnsperspektivet innlemmes i medisinsk og helsefaglig forskning.» Regjeringen løftet dette i sin kvinnehelsestrategi som ble lansert i oktober

2024 og bedt sykehusene rapportere på kjønnspektiv i forskning. Der er det også formulert mål om å sikre at kjønnsperspektivet blir innarbeidet i nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp. Så langt er det lite å se resultater av dette.

Et annet problem at kjønnskjevhetene er på plass allerede før behandlingsstudiene rulles ut. I laboratoriene er det fortsatt normen å bruke hanner i dyreforsøk, og cellene i petriskålene på laboratoriene er oftest mannlige. Til tross for at vi vet at celler fra menn og kvinner reagerer ulikt på stimuli selv i laboratorieskåla. Når de innledende biomedisinske studiene er gjort på mannlig vev eller hanndyr er kjønnskjevhetene tilstede allerede før medikamentet blir prøvd ut på mennesker.

Det kan bety at behandlinger som kunne vært mer effektive for kvinner enn menn ikke blir utviklet og at risiko eller effektsvikt for kvinner ikke blir avdekket. Vi har også et stort etterslep av kunnskap som det gjøres for lite for å hente inn. Mange av medisinene vi gir, diagnostiske verktøy og behandlingsanbefalinger har kunnskapsgrunnlaget fra tidligere studier, mens kvinner ikke engang var inkludert. Det er nesten umulig å få finansiert forskning på eldre metoder og medisiner, siden innovasjon ofte er et av kriteriene. I tillegg påpeker kvinnehelseutvalget at ny kunnskap om kjønnsforskjeller i alt for liten grad får betydning i klinikkene; kunnskapsbroen svikter. Dermed betyr kjønnsnøytralt i de fleste tilfeller ikke kjønnsnøytralt, men at mannskroppen er malen. Konsekvensene er at kvinner på mange områder har økt risiko for bivirkninger, får mindre treffsikker behandling og langt oftere får forsinket diagnostisering.⁶

Kan økt kjønnsbevissthet gi bedre kreftbehandling?

Kjønnsnøytralitet i helse er ikke bare et problem for kvinner. Det skaper mindre tilpassede helsetjenester for alle. Kanskje kan vi forebygge senskader og bedre effekten ved å kjønnsstilpasse medisinene. Kanskje kan flere menn overleve om vi bedre forstår hvorfor kvinner har høyere overlevelseshastighet enn menn. Kanskje kan vi diagnostisere bedre om vi har mer kunnskap om kjønnsforskjeller i hvordan kreftsykdom arter seg. I en tid der kreftforskningen har blitt langt mer bevisst på behovet for persontilpasset behandling er det å begynne å ta betydningen av kjønn til etterretning et første skritt mot bedre presisjon og skreddersøm. Å legge et kjønnsperspektiv i grunn forskning, behandling og forebygging er avgjørende for å sikre gode og trygge helsetjenester til alle. ●

⁶ Dette avsnittet er en oppsummering av flere kapitler i boka Diagnose: kvinne. Hvordan kvinnehelse havnet i medisins blindsoner skrevet av artikkelforfatteren. Referanseliste finnes i boka.

Kreft-kompasset

Artikkelen er skrevet av

Mona Eek-Jensen og **Ane Steinsbø Dovran**

Du er ferdigbehandlet for kreft. Alt skal være bra nå, ikke sant? Men for mange er det nettopp nå det virkelig begynner – kampen for å finne tilbake til hverdagen, kroppen, identiteten. Etter mange samtaler med kreftoverlevende har vi sett et tydelig mønster: Tiden etter behandling er tøff, og det finnes ikke nok ressurser til å følge opp alle som trenger det. Dette er en utfordring vi som samfunn må ta på alvor. I 2018 startet vi Kreftkompasset, med et håp om å bidra. Vi tror på kraften i å dele – historier, tanker og kunnskap. Gjennom deling bygger vi forståelse og fellesskap. For ingen skal stå alene – verken med kreft, eller etter at behandlingen er over.

Bakgrunn

Ved inngangen til 2025 var det nesten 350 000 personer i Norge som har hatt eller lever med sin kreftsykdom (FHI). Likevel er det mange som opplever å være alene med sine utfordringer. Til tross for møteplasser og pasientforeninger, er det behov for flere tilbud.

Vi i Kreftkompasset ønsker å lage gode tilbud til personer som er behandlet for kreft. Mange kreftoverlevende forteller oss at de på sine verste dager ønsker seg et tilbakefall. Ikke for å få tilbake kreften, men for å få tilbake støtten fra helsevesenet og for å ha en plan for fremtiden.

“Jeg har brukt hele sykdomsperioden på å vente. Vente på neste kur, vente på operasjon, vente på kontroll og prøvesvar, og vente på å bli ferdig. Nå som jeg er ferdig trodde jeg at ventetiden skulle være over, men jeg venter

fortsatt. Jeg venter på at det livet jeg har forestilt meg i ni måneder skal begynne.”

Benedikte Byman Aas, kreftoverlever



Hvem er vi?

Kreftkompasset drives av Lotta Våde, Vibeke Borchgrevink, Ane Steinsbø Dovran, Eline Heltorp og Mona Eek-Jensen. Lotta og Ane er sykepleiere med mer enn 20 års erfaring fra kreftomsorgen, og Vibeke og Eline har selv hatt kreft.

Vi har alle sammen møtt mange personer som har gjennomgått behandling for kreft, og arbeider for å støtte denne gruppen og deres pårørende.

«Som «ferdigbehandlet» kreftpasient følte jeg meg overlatt til meg selv. Dette kunne ha blitt en ensom tid, men siden jeg ble med i mentorskapsprogrammet til Kreftkompasset, ble det heldigvis ikke slik.»

Våre tilbud

Podcast

Podcasten ble startet i 2018, og siden den gang har vi publisert 185 episoder med omtrent 1000-2500 lyttere per episode. Tanken er å vise alle sider av det å få kreft, og at ikke alt er trist og tungt. Derfor inviterer vi mange forskjellige gjester til å dele sine historier. Personer som selv har eller har hatt kreft, pårørende, etterlatte, helsepersonell og politikere.

Tilbakemeldingene fra lytterne er gode; de som lytter har stor nytte av podcasten, de får ny kunnskap og de forstår at de ikke er alene med sine utfordringer.

De episodene som har flest lyttere er de som tar opp temaer som er tabu-belagt. Den episoden som aller flest har lyttet til, handler om Ole Kristian Ødegård som forteller om kona som tok sitt eget liv. Hun var kreftfri, men opplevde at seneffektene etter behandlingen var så store, at livet ikke var verdt å leve.

Bøker om tiden etter kreftbehandlingen

Vi vet at mange pasienter savner skriftlig pasientinformasjon når de er ferdigbehandlet og går ut av sykehuset. Hvordan skal de navigere i den nye hverdagen etter kreftbehandlingen? Vi i Kreftkompasset ønsker at alle pasienter skal få en bok om livet etter kreftbehandlingen, og derfor startet vi i 2020 å skrive vår første bok. Vi samlet 10 kreftoverlevende og pårørende av kreftpasienter og stilte spørsmålet; «hvis du hadde fått en bok i hånden den dagen du var ferdigbehandlet, hva skulle du ønske at den inneholdt?» På bakgrunn av deres svar kunne vi identifisere åtte temaer som danner rammen for innholdet.

Hvert tema i boken «Hver dag teller – livet etter kreft» inneholder en personlig historie etterfulgt av råd fra helsepersonell. Hensikten er å gi kreftoverlevende kunnskap om tiden etter behandlingen, og formidle konkrete råd som kan bidra til at de kan håndtere sin nye hverdag bedre. Ved å lese andres historier kan både pasienter og pårørende få en større forståelse av tilværelsen etter kreft, og se at de ikke er alene.

Boken er også viktig for pårørende, venner og kollegaer for å få en økt forståelse av hvordan tiden etter en kreftbehandling kan oppleves.

Etter ønske fra pasientforeninger og pasienter har vi skrevet diagnosespesifikke bøker om livet etter kreft. I 2022 kom «Hver dag teller – brystkreftboka» og i 2023 kom «Hver dag teller – lungekreftboka». Våren 2026 kommer «Hver dag teller – gynkreftboka».

Digitale nettverk

Mange føler seg alene etter at kreftbehandlingen er over. Teamet av helsepersonell som du hadde rundt deg under behandlingen er borte, og familie, venner og kolleger anser deg som frisk og skjønner ikke hva du går igjennom. Derfor startet vi nettverket «Hver dag teller», et nettverk for personer som har hatt, eller som lever med kreft. I nettverket er man en del av en gruppe som støtter og heier på hverandre, og en gang per måned får medlemmene en film med månedens tema, samt at vi møtes digitalt en gang i måneden.

Gisela Kruse, medlem i nettverket sier:

«Nettverket gjør den mentale jobben mye lettere – små umerkelige skritt i riktig retning fører meg langt. Det geniale for oss kreftoverlevende med varierende fysisk form er at jeg kan delta i pysj fra sofakroken. Jeg trenger ikke engang gå ut av huset.»

I 2024 startet vi også nettverket for pårørende, som en støtte til personer som er pårørende til noen som har eller har hatt kreft. I nettverket får man kunnskap og inspirasjon som kan bidra til å få en bedre hverdag. I nettverket blir man en del av en gruppe som vet hvordan du har det og som støtter og heier på hverandre. Akkurat som i nettverket «Hver dag teller» får medlemmene en film med månedens tema, samt at vi møtes digitalt en gang i måneden.

Digitalt kurs

Mange sliter med å finne sin nye identitet og har utfordringer knyttet til arbeidslivet etter en kreftbehandling. På bakgrunn av dette har vi i Kreftkompasset laget et digitalt kurs, «Arbeidskompasset – hvordan mestre jobb etter kreft», som skal bidra til at personer berørt av

◀..... kreft skal få en bedre hverdag og få kunnskap og inspirasjon til å jobbe med temaer som vil gjøre dem bedre rustet til å delta i arbeidslivet. Kurset ble lansert høsten 2025, og vil være tilgjengelig på våre nettsider.

Mentorskapsprogram

Hvem kan hjelpe en kreftoverlever? De som opplever fysiske plager, skal helsevesenet ta seg av og det samme gjelder for de med store psykiske problemer. Men vi har en stor gruppe kreftoverlever som sliter med å finne tilbake til sine gamle liv; de opplever nedsatt selvfølelse, nedsatt selvtillit, problemer med å akseptere at livet ikke blir som før, og vanskeligheter med å finne balansen mellom jobb og familieliv med en kropp som ikke fungerer som før.

«Som «ferdigbehandlet» kreftpasient følte jeg meg overlatt til meg selv. Dette kunne ha blitt en ensom tid, men siden jeg ble med i mentorskapsprogrammet til Kreftkompasset, ble det heldigvis ikke slik. Mentor har hjulpet meg til å skape balanse i livet slik at jeg har klart å komme trygt og gradvis tilbake på jobb».

Mona, deltaker i mentorskapsprogrammet

Inspirert av foreningen «Ung Cancer» i Sverige startet pasientforeningen Sarkomer i 2017 et mentorskapsprogram for personer behandlet for sarkom. Programmet ble vellykket, og for å kunne tilby det til personer med alle kreftdiagnoser, ble det i 2019 overtatt av Kreftkompasset. Mentorskapsprogrammet går ut på at kreftoverlever (deltakere) får en mentor som skal hjelpe dem mot et spesifikt mål. Det viktigste kriteriet for å få plass er å være motivert for en endring i livet. Mentorene kommer fra bedrifter eller organisasjoner, som melder seg frivillig og har et genuint ønske om å hjelpe. Blant mentorer har vi hotelldirektører, HR-sjefer, økonomer og ingeniører.

Hvert år starter vi fem programmer, og i hvert program har vi ca 12 deltakere og 12 mentorer. Det vil si at årlig er det rundt 60 kreftoverlever som får støtte og hjelp gjennom mentorskapsprogrammet. Vi ønsker å øke kapasiteten, men for å klare det, trenger vi også enda flere bedrifter med på laget som stiller med mentorer.

Hensikten med programmet er at kreftoverlever skal få hjelp og støtte fra en mentor i et helt år. I løpet av året skal de sammen løse utfordringer knyttet til arbeidsliv og hverdag. Kreftoverleveren setter seg et personlig mål for året de har foran seg. Her kan det være mye forskjellig, for eksempel å komme seg ut i jobb, stå i jobben de har, bytte jobb, eller finne balansen mellom jobb og privatliv.

Mentoren er en person fra en bedrift som genuint ønsker å hjelpe. De skal støtte, motivere, pushe eller holde igjen deltakeren, og mest av alt være en samtalepartner som de kan sparre og reflektere med. I tillegg til å få en mentor, får deltakeren også et nettverk av personer som har opplevd lignende utfordringer som seg selv. Dette ser vi har stor betydning for deltakerne, de føler seg mindre alene og de får en bedre forståelse for hva som kan være vanlig å oppleve etter en kreftsykdom.

Det er gratis for kreftoverleveren å delta i programmet, men vi trenger en søknad. Les gjerne mer på vår hjemmeside om hvordan de går frem:

www.kreftkompasset.no

Kreftoverlever som har deltatt i programmet rapporterer om økt selvtillit, økt selvfølelse og økt mestringsfølelse. I det første programmet som ble gjennomført kom over halvparten av deltakerne ut i jobb eller økte stillingsprosenten sin. Dette viser at programmet virker! «Ved hjelp av refleksjoner med min mentor, Axel, merker



jeg også en utvikling i positiv retning med tanke på livets relasjoner. Det handler om å være den beste versjonen av meg selv og ha det godt med meg selv. Ved å ha større fokus på hva som må til her, klarer jeg å møte andre på en bedre måte.»

Trude Nereng, deltaker i mentorskapsprogrammet

På sin side opplever mentorene at de lærer like mye av sin deltaker, som de lærer bort; blant annet om «den vanskelige samtalen», å se hele mennesket, håndtering av kriser og hvordan ta imot langtidssykemeldte på jobb. Brit Tone Bergman, HR direktør i Lærdal Medical og tidligere mentor i Mentorskapsprogrammet forteller:

«Det å kunne bidra som mentor har gjort meg til et bedre menneske og medarbeider. Man får bidratt til en annen person gjennom programmet, men samtidig får man trent på selvledelse og coaching. Man får ta andre sine perspektiver og rett og slett kunne ha en samtale om stort og smått i livet».

Søknadene vi mottar til mentorskapsprogrammet og antall medlemmer i nettverket vitner om mange kreftoverlever som har gått ut med stort pågangsmot; de har deltatt på kurs og vært på opptrening. Tross dette har de stadig behov for hjelp for å komme tilbake i jobb. Vårt mål er at arbeidet vi gjør, med podcast, bok, mentorskapsprogrammet, nettverket og det digitale kurset kan være et viktig bidrag for å gjøre tilværelsen litt lettere for kreftoverlever, men det er på ingen måte tilstrekkelig i seg selv. I fremtiden må vi tørre å tenke nytt for å kunne gi enda flere et tilbud om hjelp.

Hvordan kan du som kreftsykepleier bidra

Som kreftsykepleiere vet dere hvor mye pasientene strever, ikke bare under behandlingen, men i lang tid etterpå. Dere er ofte de som kjenner pasientene best, og som fanger opp det som er vanskelig å sette ord på. Mange av de vi møter i Kreftkompasset forteller at de savnet informasjon om hva som finnes av støtte og fellesskap etter at behandlingen var over. Her tror vi dere kan være en nøkkelperson.

Gjennom å nevne Kreftkompasset, enten det er podcasten, bøkene, nettverkene, mentorskapsprogrammet eller vårt nye digitale kurs, kan dere gi håp og konkrete verktøy til de som står i en sårbar fase. Mange pasienter opplever et tomrom etter endt behandling. Det å få høre fra en sykepleier at «du er ikke alene, det finnes tilbud som kan hjelpe», kan gjøre en stor forskjell.

Kanskje kan dere tipse om oss i en samtale på poliklinikken, på utskrivesdagen, eller dele informasjon i en brosjyre, på en infoskjerm eller i et digitalt pasientbrev. Noen velger også å vise til oss under rehabilitering, eller når pasientene begynner å nærme seg overgangen til «det vanlige livet» igjen. Ta kontakt med oss dersom dere trenger noe skriftlig, vi har flere brosjyrer som beskriver våre tilbud.

Vi vet at tiden deres er knapp, men vi tror at små grep kan gjøre stor forskjell. Tusen takk for jobben dere gjør – vi heier på dere, og håper at dere vil heie litt på oss også. ●

Referanser

<https://www.fhi.no/kreft/nokkeltall/tema/om-kreft/?term=>

Salgsartikler

Under landskonferansen fikk vi også vist frem våre salgsprodukter med vår nye logo. Du kan nå bestille produkter med Kreftsykepleierne NSF's nye logo, se vår hjemmeside for mer informasjon. For bestilling send e-mail til: aaskna@icloud.com



Forstoppelse skal forebygges og kan behandles¹

Rizmoic[®] (naldemedin) for behandling av opioidindusert forstoppelse (OIC) hos voksne pasienter som tidligere har blitt behandlet med et laksativ



Kan tas med eller uten mat, anbefalt samme tid hver dag.



En 200 µg filmdrasjert tablett daglig, uten behov for dosejustering av opioiddosen.



Rizmoic[®] kan brukes med eller uten laksantia.

- både for pasienter med kreftrelaterte smerter og ikke kreftrelaterte smerter

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Pasienter med kjent eller mistenkt gastrointestinal obstruksjon eller perforasjon og pasienter med økt risiko for tilbakevendende obstruksjon, grunnet fare for gastrointestinal perforasjon.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med tilstander som kan medføre redusert integritet i GI-traktus. Pasienter skal rådes til å rapportere eventuelle sterke, vedvarende eller forverrede symptomer på gastrointestinale bivirkninger. Bruk av naldemedin anbefales ikke til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Behandling innledes med forsiktighet hos pasienter > 75 år. Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon overvåkes innledningsvis.

Vanlige bivirkninger hos pasienter med kroniske, ikke-kreftrelaterte smerter og opioidindusert forstoppelse: diaré, abdominalsmerter, kvalme, oppkast. Hos pasienter med kreft og opioidindusert forstoppelse: **svært vanlige bivirkninger** diaré og **vanlige bivirkninger** abdominalsmerter.

Pakninger og priser: 30 tabl. kr 765,30, 100 tabl. kr 2 326,90. **Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av opioidindusert forstoppelse hos voksne pasienter når respons på vanlig avførende behandling ikke har vært tilstrekkelig.

Refusjonskoder: ICPC/ICD-75 OIC hos pasienter som kun kan oppnå tilstrekkelig effekt av opioidreseptorantagonist, vilkår 221 og ICPC/ICD -90 Palliativ behandling i livets slutfase, vilkår 136, 200. Vilkår:136: Refusjon ytes selv om legemiddelet skal brukes i mindre enn tre måneder. 200: Refusjon ytes kun til pasienter som ikke har tilstrekkelig effekt av vanlig avførende behandling. 221: Forstoppelse skal være induert av et opioid som pasienten får dekket etter refusjonskode -71.

Referanse: 1. Regional kompetansetjeneste i lindrende behandling i Nord-Norge, Medikamentell smertebehandling, Opioider. <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=LcnRJqmD> Lest 20.01.2025



Les mer om Rizmoic i
SPC fra 04.06.2024

Viatis AS
Hagaløkkveien 26, Pb 194 – 1371 Asker, Norway |
Tel: +47 66 75 33 00 | infonorge@viatis.com



«Det blir en hump i veien, men du skal bli en gammel dame.»



Heidi Corneliussen

- 52 år
- Gift med Jon og mor til fire (16-25 år).
- Pedagog med coaching, veiledning, og administrativ kompetanse.
- Kreativ skribent på fritiden.

Ventetiden

Dagene og ukene mens vi ventet på svar fra biopsien og frem til behandlingsplanen var klar, var de tyngste. Det ble en underlig dempet stemning på hytta, og vi klemte hverandre så ofte vi kunne. Jeg holdt angsten i sjakk og anstrengte meg for å ikke skremme Jon og barna mer enn nødvendig, men så ofte jeg kunne gikk jeg på badet og skrek lydløst ut all fortvilelsen. Jeg savnet så inderlig et rom for å skrike det ut av kroppen.

Jeg hadde fått et telefonnummer i hånda på Radiumhospitalet. Dit kunne jeg ringe når som helst om jeg lurte på noe og få snakke med en kreftsykepleier på vakt. Jeg kan fortsatt høre den beroligende stemmen hennes i hodet: «*Dette blir en hump i veien, men du skal bli ei gammel dame.*» Ordene ble et slags mantra som jeg klamret meg til gjennom hele behandlingen. «*Jeg skal bli en gammel dame.*» Pussig nok traff jeg på henne omtrent ett år senere, da jeg var til kontroll på Aker Sykehus. Jeg ble nesten euforisk da jeg kjente igjen stemmen, og fikk bekreftet at jo, det var hun som hadde hatt vakt den sommeruken året før. Tenk at en vennlig stemme kan bety så mye, og være kilden til så mye håp. Biopsien viste trippel negativ brystkreft, aggressiv og omfattende – rundt 10 cm totalt, men heldigvis uten tegn til spredning. Det ble bestemt at jeg skulle få celledøden EC90 intravenøst hver fjerde uke i 16 uker, etterfulgt av ukentlige infusjoner med Paclitaxel (Taxol), så operasjon og til slutt stråling. På Kreftsenteret på Ullevål sykehus ble jeg godt ivaretatt og fikk raskt en fast onkolog, og møtte mer eller mindre faste kreftsykepleiere da jeg kom til behandling.

Jeg ble også raskt kontaktet av Terese, som bor i nærmiljøet og hadde fått med seg at jeg hadde fått kreft.

«**D**ette er kreft, ja» sa legen med stødig stemme. Som for å bekrefte noe ingen egentlig hadde sagt.

Hjertet sank ned i magen, blodet frøs. Rommet var mørkt enda det var midt på dagen, midt på sommeren. Første feriedag. Familien pakket for å reise på hytta, for jeg skulle jo bare innom Radiumhospitalet for en rask sjekk. Plutselig befant jeg meg i et rom fullt av leger og sykepleiere. Mørke skygger som romsterte rundt i rommet og sa at jeg hadde fått kreft.

Bare dager tidligere hadde jeg fått toppkarakter på bacheloroppgaven, og gledet meg til ny jobb etter sommerferien. Jeg følte at livet endelig smilte igjen etter år med pandemi, stress og usikkerhet. Innerst inne visste jeg samtidig at noe ikke stemte, men hadde bortforklart smertene jeg hadde kjent. Likevel var det så uvirkelig å ligge der i et halvmørkt rom og høre legene si det jeg hadde fryktet mest hele livet: *Du har kreft.*

For meg var «kreft» ensbetydende med død. Jeg så for meg Jon og barna leve videre uten meg, men midt i kaoset oppsto også en underlig ro og erkjennelsen av at jeg tross alt hadde fått gode år. Nå måtte jeg kjempe for å få flere.

Terese har selv hatt kreft og er likeperson i Brystkreftforeningen. En likeperson er ikke noe man får utdelt automatisk, men vi kjente hverandre litt fra før. Det var fint å kunne snakke med henne og spørre om alt mulig, mens vi ventet på at behandlingen skulle begynne.

Behandlingen

Fra første stund hadde jeg blitt advart om at jeg ikke måtte google diagnosen min og holdt meg langt unna Google og artikler om kreft. Mye for å bevare sinnsroen og ikke skremme meg selv mer enn nødvendig. Cellegiftbehandlingen var intens og tøff, og varte i seks måneder. Optimistisk og uvitende om hva som ventet, dro jeg av alle ting på shopping med en venninne etter at aller første dose med cellegift. Nøyaktig fire timer senere gikk jeg ned for telling og lå utslått med feberverk i kroppen, migrenehodepine og oppkast. Det var hard læring. I forkant av de neste behandlingene begynte jeg å forebygge med paracet, masse vann og et godt måltid i forkant, etter råd fra kreftsykepleiere. Jeg var riktig nok litt redusert den første uken etter hver EC90-behandling, men så var jeg på bena igjen. Å få i meg nok mat ble etter hvert en utfordring. Lite frister når alt smaker metall, men frisk frukt og sterk mat ble redningen. Bare dager før andre cellegiftbehandling fikk jeg påvist covid-19 og behandlingen ble utsatt en uke. Vi fryktet et alvorlig forløp, men det gikk overraskende greit og jeg ble ikke sykere enn de andre i huset. Det er utrolig hvor raskt man venner seg til smerter og en ny hverdag, og det ble på et merkelig vis et høydepunkt å komme til behandling. Det var på mange måter forunderlig å erfare hvor mye anerkjennelse og respekt man blir møtt med som kreftpasient. Ingen løftet en pekefinger eller kom med formaninger om hvordan jeg skulle leve, og ingen så mye som antydte at sykdommen skyldtes dårlige valg eller usunn livsstil, og var selvfor-skyldt. Kreftsykepleiere er helt unike mennesker, som evner å skape et varmt og hyggelig miljø og ramme i en ganske dyster hverdag. Jeg følte meg sett og forstått, og ble alltid møtt med omsorg og vennlige smil på. Familien og gode venninner byttet på å følge meg til behandling. Det var trygt for meg, samtidig som at de fikk verdifull innsikt i det å være kreftpasient. Spesielt fint var det å ha følge til møtene med onkologen, da det ikke alltid var like lett å huske hva som hadde blitt



sagt etter møtene. Det var også hyggelig at barna mine benyttet seg av tilbudet om å være med på behandling, for å ufarliggjøre sykehus og kreftbehandling. For dem ble det en nyttig erfaring å ha med seg, og jeg tror det var betryggende for dem å helt konkret få oppleve forløpet i en cellegiftbehandling. Det var tungt da håret falt mellom første og andre runde, jeg ble aldri helt venn med parykken. Etter hvert ble jeg vant til å gå uten, og ble veldig glad i den grå «kreftluen» min. Det vanskeligste var likevel å miste øyebryn og vipper, for jeg følte at det var da det ble så synlig at jeg hadde kreft. Nesten daglig måtte jeg kjenne etter om jeg fortsatt var meg selv, om jeg fortsatt var «meg» inni der. Jeg ble like lettet hver gang jeg kunne kjenne at jo da, jeg var jo fortsatt meg selv innvendig, selv om det jeg så i speilet var fremmed. Jeg tenkte mye over at jeg på mange måter møtte mine egne fordommer i døra, og skjønnte raskt at hvor lite jeg visste om det å være kreftpasient.

Jeg fikk tilbud om å snakke med en psykolog på Kreftsenteret. Selv om jeg ikke følte meg spesielt nedfor,

var det godt å snakke med psykologen om smått og stort i livet som kreftpasient. Jeg fikk også tilbud om mestringskurs på Akers Sykehus, og ble med på sirkeltrening i regi av Aktiv mot kreft på Vardesenteret. Men etter hvert som behandlingen begynte å prege kroppen både fysisk og mentalt, var det mer overkommelig å bli med venninner ut på tur, dera fikk jeg dekket behovet for både luft og mosjon. En nær venninne som er helse-sykepleier, tok jobben med å sette den benmargsstøttende sprøyten jeg skulle ha etter hver EC90-kur. Jeg følte meg heldig, og er så inderlig takknemlig for varmen og omsorgen jeg fikk fra de rundt meg.

Ved siden av livet

Samtidig gikk livet videre for alle de andre. Jeg så dem dra på jobb, gå på skole, reise på ferieturer, gå på konserter, og snakke om fremtidsplaner og små hverdagsproblemer. Selv sto jeg igjen på utsiden, som en tilskuer til et liv jeg ikke lenger var en del av. Det gjorde vondt å kjenne på avstanden, å være frakoblet det som jeg tidligere hadde vært livet mitt.



*Omfavnet av tåke
Går jeg alene
På en sti
Som åpenbarer seg
Først når neste skritt et tatt.
Som trærne står dere rundt meg
Innerst de helt nære
Ytterst de litt mer fjerne
Som tilskuere
Som vandrer sammen
Med meg
I min ensomhet.*

~ Heidi



Heidi på ferietur til Paris.

Likevel forsøkte jeg å holde fast i en slags dagsrytme. Jeg sto opp til samme tid og spiste frokost sammen med de andre før de dro, og fordelte kreftene jeg hadde utover dagen. Jeg brettet klær, tømte oppvaskmaskinen, handlet og lagde stort sett også middag. Jeg fylte tiden med strikking og annet håndarbeid, deltok i barnas hverdag så langt det lot seg gjøre. Små rutiner som ga dagene form, men som ikke alltid klarte å veie opp for følelsen av å være på siden av livet.

Kreftfri = frisk?

Heldigvis tok cellegiften knekken på alle kreftcellene. Jeg fikk tilbud om brystbevarende operasjon, og ble erklært kreftfri. Vi ble oppfordret til å dra på ferie i tiden frem mot strålebehandlingen, og tre uker senere vendte vi nesen mot Paris. Reisen gikk knirkfritt, og jeg kjente at energien begynte å vende tilbake. Det ble et nydelig avbrekk fra hvite frakker og behandling. Så, i april ventet nesten tre uker med stråleterapi, og etter ni måneder i kreftbehandling var det endelig over.

«Kreftsykepleiere er helt unike mennesker som evner å skape et varmt og hyggelig miljø i en ganske dyster hverdag.»



Heidi sammen med mann og barn.

◀..... Siden jeg ikke hadde en hormonell krefttype, tok jeg imot tilbudet om 8 etterbehandlinger med Zometa som benmargsstyrkende og noe forebyggende etterbehandling. Det knøt seg litt i magen da jeg gikk inn dørene til sykehuset for infusjon fire ganger i året. Samtidig gir det en viss ro å vite at det kan redusere muligheten for tilbakefall, hvert fall noen prosent.

De første ukene etter avsluttet behandling var jeg full av en slags nyvunnet energi. Alt gjorde plutselig så sterkt inntrykk: vårsolen, lukter, smak. Jeg følte meg så lykkelig på turer langs Akerselva, og kunne gå timevis under trærne i skogen og bare observere og ta inn lukten og lyden av naturen som våknet til liv. Jeg ryddet og ordnet, gikk lykkelig rundt på en sky og tok inn alt til det fulle. Alt var så vakkert, og jeg var skikkelig *høy på livet*. Det tok litt tid før jeg forstod at dette var en reaksjon på alt jeg hadde vært gjennom, ikke en ny start. For kroppen og hodet var egentlig helt utslitt. Cellegift bryter ikke bare ned kreftceller, den rammer også friske celler i kroppen, og det «rotet» for eksempel til hodet mitt. I tiden etter behandlingen kunne det være veldig ubehagelig å få oppmerksomhet på meg i sosiale sammenhenger. Jeg var redd for å glemme hva jeg snakket om midt i en setning, og rotet mye med navn, dager og tid – hva jeg hadde gjort, når og med

hvem. Jeg følte meg liten og sårbar, og stolte ikke på at det jeg sa ga mening. Jeg ble stadig overrasket over å høre at stemmen min virkelig var stemmen til *en voksen*, og at det jeg sa faktisk ga mening og ble anerkjent av dem jeg snakket med. Kroppen føltes 10 år eldre, mentalt var jeg like usikker som en tenårings. Jeg føler meg heldig som har lite nevropati og senskader, og pleier å si at jeg «bare» har fatigue. Det er litt flåsete sagt, fordi fatigue ligner ikke den slitenheten jeg hadde kjent på før. Fatigue er noe helt annet og kan best beskrives som å vasse i snø opp til livet. Eller som at energien plutselig renner ut av kroppen, og som at kroppen helt ut av det blå blir så tung at bare det å løfte armene blir uoverkommelig. Fatigue kan også være hjernetåke, hodepine og øresus. For en kreftoverlever kan det føles avvisende å få til svar at «alle er jo slitne for tiden» eller at «alle er glemske i vår alder». For «alle» har jo ikke fått kroppen full av cellegift og stråling. «Alle» har ikke kjent på den psykiske belastningen det er å ha kreft i kroppen, i tillegg til alderen sin. Ikke alle har opplevd at selvbildet blir så forandret at man ikke lenger vet hvem man er. Å gjennomgå kreftbehandling er et *traume*. Det hadde jeg ikke forutsetninger for å forstå før jeg opplevde det selv, derfor forventer jeg heller ikke at alle andre skal forstå det fullt ut. Nettopp fordi jeg selv visste så lite om hvordan det

«Alt var så vakkert, og jeg var skikkelig høy på livet. Det tok litt tid før jeg forsto at dette var en reaksjon på alt jeg hadde vært gjennom, ikke en ny start.»



faktisk er å gjennomgå kreftbehandling, bestemte jeg meg tidlig for å være åpen. Jeg delte oppturer og nedturer med familie og venner via sosiale medier. Det lettet også byrden for familien at folk visste hva de sto i hjemme. Selv ønsket jeg å ta eierskap til min egen historie. Planen var opprinnelig å skrive ett innlegg. Jeg husker jeg tenkte at folk ikke orker særlig mer sykdomsprat enn det. Derfor ble jeg mildt sagt overrasket over den varme og overveldende positive responsen. Tilbakemeldingene viste at mange satte pris på den innsikten de fikk i hverdagen som kreftpasient. Så jeg

fortsatte å dele gjennom hele forløpet, slik fikk også pedagogen i meg litt næring. For meg ble det en form for skriveterapi.

Kreftbehandling er en ensom reise, og jeg var heldig som hadde en «landsby» rundt meg. Derfor var jeg helt uforberedt på ensomheten som kom etterpå. At jeg plutselig sto der alene og skulle være «frisk», da behandlingen var over. Jeg burde jo bare være glad for å leve, men så var det ikke bare enkelt å plukke opp livet der det slapp.

Rehabilitering

Ideelt sett burde kurs og rehabilitering vært et tilbud for alle, som en integrert del av pakkeforløpet etter behandlingen. Det finnes ulike kurs og rehabiliteringer for kreftoverlevende tilpasset enhver diagnose, men som regel må man finne frem til dem selv – eller plukke opp en flyer på sykehuset.

Jeg ville opp og fram, og tok imot alt jeg fikk av tilbud om kurs og rehabilitering. En av kreftsykepleiere på Kreftsenteret, hadde oversikt over gode kurs- og rehabiliteringstilbud, og anbefalte en sju ukers dagrehabilitering for kreftoverlevende på Aker Sykehus i regi av OUS. To dager i uken møttes 12 hyggelige damer som hadde hatt ulike kreftdiagnoser og varierende forløp. Kurset handlet om alt fra kosthold og trening til Nav og arbeidsrehabilitering. Treningen var lystbetont og morsom, og det var godt å kjenne på fremgang og mestring, vi må ha vært et syn der vi kom gående, 12 skallede damer med staver og brede smil. Jeg begynte å kjenne meg levende igjen, og er glad for å fortsatt ha kontakt med flere av de flotte damene.

Men, kreftbehandlingen rammer jo ikke bare pasienten. Også familien og ektefelle eller kjæreste blir sterkt påvirket gjennom sykdomsforløpet. Å få muligheten til å dele erfaringer med pårørende i samme situasjon er både verdifullt og forebyggende, også for dem. Ett år etter diagnosen reiste Jon og jeg på kurs på Montebellosenteret, som tilbyr kursopphold med fokus på livsmestring for tidligere kreftpasienter og deres pårørende.

I en hel uke fikk vi faglig påfyll, turer og god mat, og vi deltok i samtalegrupper hver for oss. Jon fikk en egen gruppe for mannlige pårørende, der de kunne dele sine erfaringer. Jeg havnet i gruppe med fire flotte damer omtrent på samme alder, alle med samme diagnose som meg. Det ble en utrolig fin uke for oss individuelt, men også for oss som par. Jeg knyttet nære bånd til «Montebellodamene», vi møtes fortsatt. De *vet* og de *forstår*, og det betyr mye nå i «etterpålivet».

Det har slått meg at alle kvinnene jeg har møtt i kreftbehandling og rehabilitering har vært fulle av pågangsmot og en positiv grunninnstilling som ikke kan sammenlignes med noe annet, uansett hvor mye kreften senere har preget livene deres.

Etter oppholdet på Montebello, krasjlandet jeg både fysisk og mentalt den høsten. Jeg ble overrumplet fordi jeg hadde jo hatt det «ganske greit» og tålt behand-

lingen godt. Men, fatiguen var på fremmarsj, tross all positivitet og pågangsmot følte jeg meg fanget og strevde med å finne veien videre. Fastlegen har vært en god støtte under hele kreftløpet. Hun hadde hørt om UniCares rehabiliteringsopphold, og midt i advent det året befant jeg meg plutselig på Jeløya. Der fikk jeg tre treningsøkter om dagen og kognitive samtaler med fysioterapeut. Jeg fikk tid for meg selv og gikk lange turer i frostlandskapet langs sjøen. Gradvis fikk jeg mot til dele skriverier og fotografier igjen. Under oppholdet ble jeg bevisst mine egne verdier og hva som er viktig for meg nå, i etterpålivet.

Veien tilbake til arbeidslivet

«*Skynd deg sakte tilbake*», var det flere som sa. Men, hvordan skynde seg sakte, nyutdannet og uten jobb? Hvordan skynde seg sakte når du ikke lenger vet hvem du er? Er det i det hele tatt mulig å skynde seg sakte?

Mange kreftoverlevende vil så gjerne raskest mulig tilbake til det livet de levde før de ble syke. En studie som har sett på brystkreftoverleveres arbeidsevne (Vandraas KF et al., 2022), fant at 60-80% av kreftoverlevende er tilbake i jobb 2 år etter at de fikk diagnosen. Det vil si at rundt regnet ett år etter at de var ferdig behandlet var de tilbake i jobb. Åtte år senere var omtrent 1/3 uføre. Studien fant at den reduserte arbeidsevnen hovedsakelig var knyttet til kronisk tretthet, sosial støtte og kognitive utfordringer.

På Instagram kom jeg over en annonse for Kreftkompassets mentorskapsprogram, akkurat da jeg trengte det mest. I søknaden til Kreftkompasset skrev jeg: «*Jobbene jeg ville søkt på i fjor, er ikke like interessante. Det som var gøy i fjor, er ikke like morsomt lenger, og jeg vet ikke hva jeg skal gjøre eller om det fortsatt er plass til meg der ute.*» Jeg hadde behov for noen å støtte meg på, noen utenom familie og venner. Noen jeg ikke hadde «brukt opp» allerede. Jeg ønsket meg noen som kunne se meg utenfra, med et vennlig, men profesjonelt blikk. Noen som kunne se muligheter, ikke bare begrensninger. For da var det eneste jeg selv kunne se.

Jeg var så heldig at jeg kom med i programmet og fikk Susanne fra Aker Solutions som mentor i Kreftkompasset. Susanne viste seg å være en varm, klok, morsom og inspirerende person, og hun ble en fantastisk mentor for meg. Vi «klikket» fra første stund. Samtidig syntes jeg det var så irriterende at ikke Susanne kjente



Heidi med mentor Susanne (t.v.)

meg før kreften, for da var jeg jo en «nye bedre versjon» av meg selv. Identitetskrisen tok enormt mye plass. Det var overveldende at Susanne fra første stund ga så tydelig uttrykk for at hun *så* meg og hva det jeg hadde i bagasjen kunne brukes til.

Aksept og tålmodighet ble våre nøkkelord for veien videre. Det var viktig at mentorskapet også skulle være utviklende for mentoren, ikke bare for meg som mentee (deltaker). Susanne og jeg hadde mange likheter, vi har begge bakgrunn fra coaching og utfordret hverandre gjennom bevisstgjørende samtaler. Det ga oss begge nye perspektiver på hverdagen og livet. I ettertid har jeg vært så heldig å få holde foredrag for nye deltakere i mentorskapsprogrammet, bidratt til kursinnhold og informasjonsfilm om mentorskapsprogrammet til Kreftkompasset.

En av de store utfordringene for meg, var å begynne i ny jobb mens kroppen og hodet fortsatt var litt i ubalanse. Det var tungt å gå på intervju, begynne i ny jobb når jeg hverken følte meg som eller så ut som «meg selv», men å ha en mentor har vært en stor hjelp i denne prosessen. To viktige erfaringer jeg har gjort, er for det første at når livet har slått deg ut av kurs og selvbildet har fått en knekk, betyr en trygg og forutsigbar arbeidsplass enormt mye. Det å ha et fast sted å høre til, gode kollegaer, tydelige oppgaver med rom for

fleksibilitet, og en stødig leder som både gir deg rom og tillit, gjør overgangen lettere. Det skaper grobunn for ny vekst og mestringsfølelse, og kan gi en opplevelse av at man utgjør en forskjell. For det andre har jeg innsett at jeg nå har enda flere verdifulle erfaringer i sekken, og at jeg har enda mer å bidra med, det fortsatt er plass til meg der ute. Nye dører åpnet seg, og jeg er nå bidragsyter i utviklingsfasen av en ny podcast og det nye pasientbiblioteket på OUS. Det er enormt meningsfullt at mine erfaringer kan være til nytte for andre.

Heidi 2.0

Nå tre år etter diagnosen og to og et halvt år etter siste behandling, er jeg så godt som meg selv igjen og endelig tilbake i full jobb. Heidi 2.0. Jeg har kjent på at livet har en utløpsdato og tar imot hver dag med ydmykhet og barnlig glede. Jeg har ikke behov for å bestige Mount Everest, men gleder meg over små og store mål å se frem til, mange er allerede gjennomført sammen med familie og venner. For meg er det menneskene rundt meg som teller.

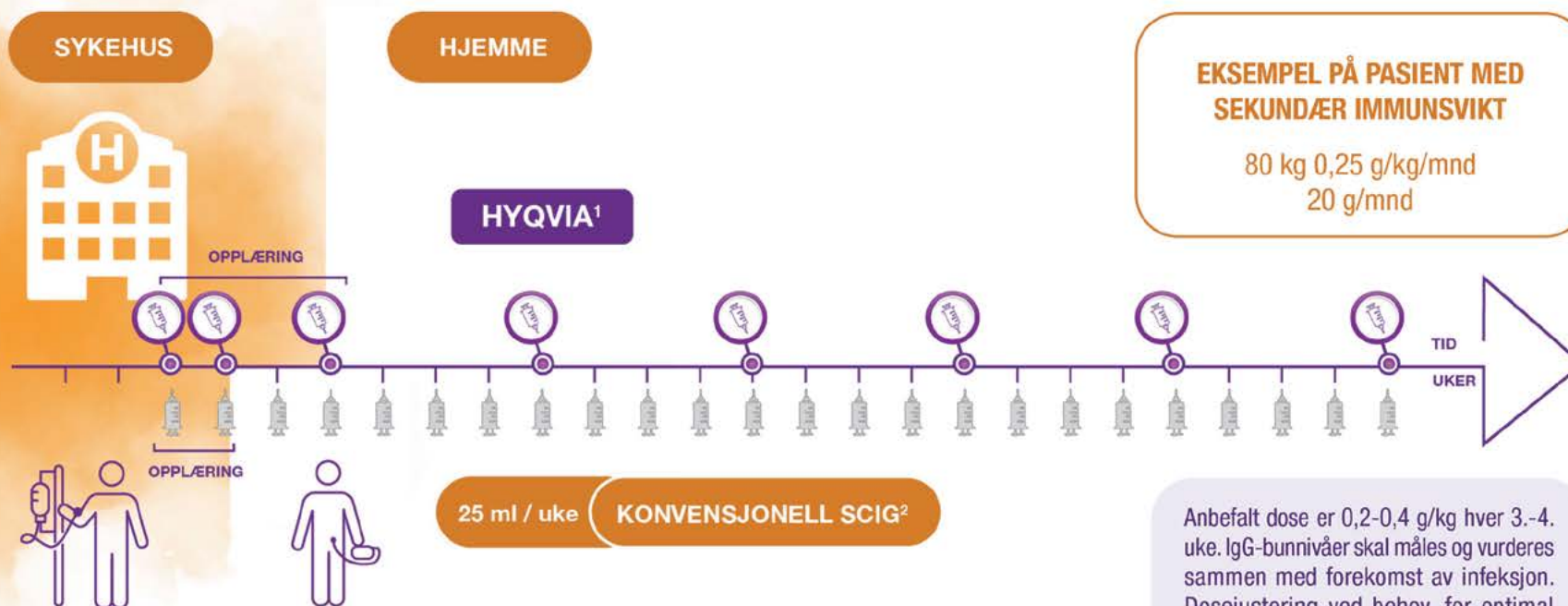
Åta livet tilbake etter kreftbehandling er en langsom prosess, det tar tid heles. Det er da det er viktig å se fremover, og ikke bli sittende fast i det som har vært og er vanskelig. *For du ser ikke alltid veien mens du går, det er når du snur deg at du kan se sporene og stien du har laget bak deg.* Når jeg ser ett år tilbake, to år, tre ... blir det tydelig hvor mye som har falt på plass siden jeg gikk ut døren på Kreftsenteret etter siste strålebehandling. Ingen vet hva som venter rundt neste sving. Selvfølgelig kjenner jeg på frykten for tilbakefall, det er et spøkelse jeg må lære meg å leve med. Nå tar jeg ett skritt av gangen og gleder meg over å våkne til en ny dag. ●

Referanser

Work ability 8 years after breast cancer: exploring the role of social support in a nation-wide survey
Vandraas KF, Falk RS, Bøhn SKH, Kiserud CE, Lie HC, Smedsland SK, Ewertz M, Dahl S, Brekke M, Reinertsen KV.
Breast Cancer Research and Treatment. Juni 2022. Epub April 2022
PMID: 35445949

Hjemmebehandling av sekundær immunssvikt

HyQvia
Humant normalt immunglobulin (10%)
Rekombinant human hyaluronidase



MED HYQVIA VIL PASIENTENE KUNNE FÅ SUBKUTAN BEHANDLING MED IMMUNGLOBULINER EN GANG I MÅNEDEN¹

Nytt anbud fra 01.06.24 åpner for bruk av HyQvia i 1. linje³:

Facilitert SCIG

Rangering	Produkt	Leverandør
1. valg	HyQvia	Takeda AS

Konvensjonell SCIG

Rangering	Produkt	Leverandør
1. valg	Xembify	Grifols Nordic AB
2. valg	Hizentra	CSL Behring AB
3. valg	Cuvitru	Takeda AS
4. valg	Hizentra ferdigfylt sprøyte	CSL Behring AB

EKSEMPEL PÅ PASIENT MED SEKUNDÆR IMMUNSVIKT

80 kg 0,25 g/kg/mnd
20 g/mnd

Anbefalt dose er 0,2-0,4 g/kg hver 3.-4. uke. IgG-bunnivåer skal måles og vurderes sammen med forekomst av infeksjon. Dosejustering ved behov, for optimal beskyttelse mot infeksjon. Vedvarende infeksjon kan kreve doseøkning. Når pasienten anses å forbli infeksjonsfri, kan dosereduksjon vurderes¹



Kontakt oss ved å skanne koden eller send e-post til: Knut.Bergwitz-Larsen@takeda.com

REFERANSER

- HyQvia, preparatomtale 16.05.24, Tilgjengelig på legemiddelsøk.no
- Cuvitru, preparatomtale 12.01.24, Tilgjengelig på legemiddelsøk.no
- Sykehusinnkjøp. Plasmaderiverte legemidler. Oppdatert 01.06.24; hentet 28.02.25. Tilgjengelig fra <https://www.sykehusinnkjop.no/>

INDIKASJON:

Erstatningsterapi hos voksne, barn og ungdommer (0–18 år) ved: Sekundære immunsviktsykdommer (SID) hos pasienter som lider av alvorlige eller tilbakevendende infeksjoner, ineffektiv antimikrobiell behandling og enten påvist spesifikk antistoffsvikt (PSAF)* eller IgG-nivå i serum på < 4 g/l.

*PSAF = mangel på minst to gangers økning i IgG-antistofftiter etter pneumokokkpolysakkarid- og polypeptidantigenvaksiner.

UTVALGT PRODUKT- OG SIKKERHETSINFORMASJON HYQVIA¹,²

Kontraindikasjoner¹: Overfølsomhet for innholdsstoffene eller humane immunglobuliner (IgG), spesielt i svært sjeldne tilfeller av IgA-mangel når pasienten har antistoffer mot IgA. Kjent systemisk overfølsomhet overfor hyaluronidase eller rekombinant human hyaluronidase. Skal ikke gis i.v. eller i.m.

Advarsler og forsiktighetsregler¹: Potensielle komplikasjoner kan ofte unngås ved å infundere preparatet sakte til å begynne med, og sikre at pasienten overvåkes nøye for ev. symptomer gjennom hele infusjonsperioden. Hvis HyQvia ved et uhell blir administrert inn i en blodåre, kan pasienten utvikle sjokk.

Bivirkninger¹: Bivirkningene som ble rapportert hyppigst med HyQvia, var lokale reaksjoner som smerter på infusjonsstedet (inkl. ubehag, ømhet, smerter i lyske). Systemiske bivirkninger som ble rapportert hyppigst, var hodepine, utmattelse og pyreksi. Flertallet av disse bivirkningene var milde til moderate.

Pakninger og priser²: 100 mg/ml. 25 ml: kr 2164,50. 50 ml: kr 5266,70. 100 ml: kr 10 497,10. 200 ml: kr 20 958,00. 300 ml: kr 31 418,90. HyQvia er med i anbudet «LIS2022–Plasmaderiverte legemidler» med rabatterte priser. Legemiddelprisene i Felleskatalogener irrelevante når Sykehusinnkjøp HF har inngått avtaler.

Refusjon²: H-resept: J06B A01 Hyaluronidase, Immunglobulin. Reseptgruppe: C

Ved forskrivning: Fullstendig informasjon om bivirkninger, forsiktighetsregler og interaksjoner, graviditet og amming, se godkjent preparatomtale.



Å NAVIGERE GJENNOM KOMPLEKSITETEN AV EGGSTOKKREFT:

Perspektiver fra pasienter og helsepersonell

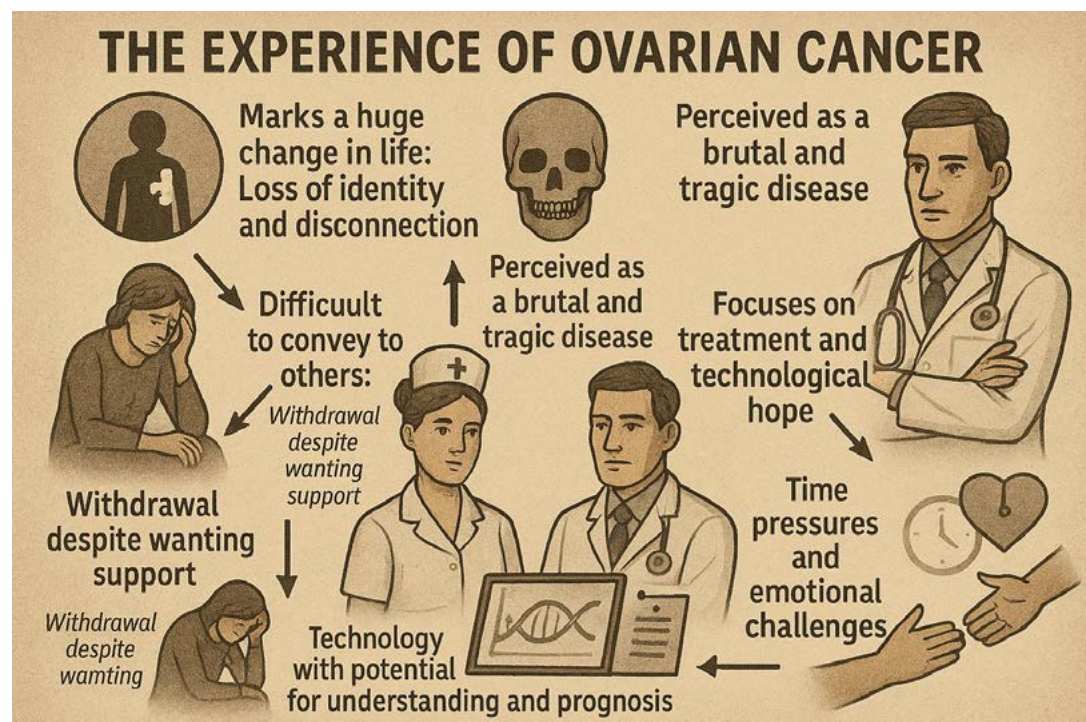


Karen Rosnes Gissum

Kreftsykepleier, PhD
Seksjonsleder Kreftsenter for opplæring og rehabilitering
Haukeland Universitetssjukehus

Introduksjon

I Norge får rundt 500 kvinner årlig diagnosen eggstokkreft. Til tross for nye behandlingsalgoritmer som har forlenget overlevelse, er dette fortsatt den mest dødelige gynekologiske kreftformen. Totalt lever 5 248 kvinner med sykdommen i Norge, hvorav 2 625 har hatt diagnosen i over ti år. Forløpet omfatter diagnose, behandling, tilbakefall, oppfølging og palliativ omsorg – en kompleks reise preget av symptomer, bivirkninger, lidelse



Bildet er generert av Copilot med instruksjoner basert på resultat av studien.

og livsutfordringer. Dette medfører et bredt spekter av behov hos de kvinnene som lever med sykdommen. De fleste følger standardiserte og langvarige behandlingsløp, og hos over halvparten av kvinnene endres behandlingsintensjonen fra kurativ til palliativ. Det er derfor behov for en helhetlig tilnærming som ikke bare fokuserer på sykdom og behandlingsmuligheter, men også integrerer kvinnes egne erfaringer med å leve med sykdommen. En slik tilnærming kan bidra til å møte ønsket om å bli frisk eller leve lengst mulig, samtidig som den fremmer helheten i mennesket. Avhandlingen som helhet kan leses her: *Bergen Open Research Archive: Unveiling the Complexities: Patients' and Healthcare Providers' Perspectives on Understanding and Managing Ovarian Cancer*.

Bakgrunn

Eggstokkreft er den åttende vanligste kreftformen hos kvinner globalt, i tillegg til å være den mest dødelige blant gynekologiske kreftformer i industrialiserte land (1). I Norge er livstidsrisikoen 1,5 %, med ca. 500 nye tilfeller og 275 dødsfall årlig, de siste som følge av at de fleste (65 %) diagnostiseres i avansert stadium av sykdommen (2). Globalt har forekomsten falt, hovedsakelig grunnet p-pillebruk, sterilisering og forebyggende inngrep. Bedre kirurgi, flere behandlingslinjer og målrettet vedlikeholdsbehandling har økt 5-års-overlevelsen i Norge fra 35 % til 51 %, men for avansert sykdom er den fortsatt lav (38 %) (2, 3).

Kreft beskrives som ukontrollert cellevekst drevet av evolusjonære prosesser (4), men den biologiske endringen påvirker ikke bare kroppen, men hele livserfaringen til kvinnene som rammes. Hverdagslivets struktur brytes ned, og tilværelsen endres fra en tilstand av normalitet til en tilstand hvor kroppen krever all oppmerksomhet (5). Dette kan skape en følelse av fremmedgjøring av egen kropp som er preget av usikkerhet og håpløshet (6). Arthur W. Frank beskriver livet før sykdom som styrt av 'kart og retning' – noe som går tapt når sykdommen rammer (7).

Kreftforløpet er en dynamisk prosess med flere sårbare punkter: diagnose, behandling, tilbakefall, oppfølging, palliasjon og for noen tidlig død (8, 9). Erfaringene med disse fasene varierer, men klinisk deles forløpet ofte inn i en kurativ og en palliativ fase (10). I praksis er dette skillett uklart på grunn av økende behandlingskompleksitet og nye terapier (11). Dette skaper utfordringer både for pasienter og helsepersonell, som kan ha ulike oppfat-

ninger av hvor i forløpet pasienten befinner seg. Eggstokkreft omtales ofte som en 'stille morder', en metafor som beskriver sykdommens snikende natur. Symptomene utvikler seg gradvis og ubemerket, før sykdommen til slutt blir livstruende. De fleste pasienter diagnostiseres sent i sykdomsforløpet, og behandlingen kompliseres av begrenset kunnskap om biologisk variasjon, utvikling av resistens, få prediktorer for overlevelse og høy risiko for tilbakefall. Symptomene er ofte diffuse, og mange kvinner tolker dem i starten som normale kroppslige endringer, for eksempel knyttet til overgangsalderen. Også for leger er eggstokkreft en diagnostisk utfordring. Tidlig sykdom gir som regel ingen varsel symptomer, og når symptomer oppstår er de uspesifikke, som ved fordøyelsesplager, vektapp, tretthet eller forstoppelse (12-15).

Kvinner som lever med eggstokkreft beskriver ofte sykdomsforløpet som en kamp mot en formidabel motstander, og med en livstruende prognose hengende over seg. Forløpet kan være preget av motstridende informasjon, misforståelser og følelser av hjelpeløshet (16). Fordi sykdommen som regel oppdages i et sent stadium, må pasientene ta raske behandlingsvalg uten tilstrekkelig tid til å stille spørsmål eller forstå konsekvensene av ulike alternativer (17, 18). Denne situasjonen skaper emosjonell usikkerhet og frykt for tilbakefall. Samtidig kan diagnosen føre til et perspektivskifte, der mange utvikler en ny forståelse av livet og sine omgivelser (16).

Kreftforløpet, som beskrevet over, omfatter sykdommens biomedisinske manifestasjoner, pasientenes erfaringer og det komplekse forholdet mellom liv og død. Ulike aktører i helsetjenesten kan tilnærme seg disse aspektene på ulike måter, avhengig av deres forståelse av helse. Helsebegrepet er komplekst og krever bidrag fra biomedisinske, atferdsmessige og samfunnsvitenskapelige perspektiver. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (19). Denne definisjonen omtales som både helhetlig og multidimensjonal, da den inkluderer tre gjensidig forbundne elementer: fysiologiske, psykiske og sosiale (20). Det fysiologiske aspektet (sykdommen) handler om kroppens biologiske prosesser og medisinske undersøkelser for å finne årsaker til sykdom. Det psykiske aspektet (sykdomsopplevelsen) gjelder følelser, tanker og hvordan man mestrer og skaper mening, mens det sosiale aspektet (samfunnets oppfatning av sykdom) handler om individets roller i samfunnet og forventningene knyttet

til dem (21). Helse knyttes ofte til forestillingen om normalitet, men hva som anses som normalt er ikke en selvfølge i dagens medisin. Helse formes av faktorer som patologi, normalfordeling i en gitt kontekst, økonomisk, politisk og sosial makt, kulturell historie samt individuelle livsprosjekter, kroppsidealer og sosiale identiteter (22, 23). WHO-definisjonen av helse som «fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære» har derfor blitt kritisert for å være både omfattende og utopisk (24, 25).

I denne avhandlingen er det altomfattende helsebegrepet mindre vektlagt, ettersom forløpet ved eggstokkreft er mer preget av sykdom og sykdomsopplevelse, som i disease og illness. Som analytisk ramme har jeg i min avhandling imidlertid beholdt skillet mellom de tre gjensidig forbundne aspektene disease, illness og sickness, selv om de overlapper i praksis. Denne triaden er sentral i medisinsk sosiologi. I mitt arbeid har jeg fokusert på disease og illness, mens sickness ikke er utforsket i dybden. *Disease*-perspektivet fokuserer på den kliniske siden – diagnostikk, behandling og prognose – mens *illness*-perspektivet omfatter de fysiske, psykiske og sosiale dimensjonene, inkludert helserelatert livskvalitet og pasientenes levde erfaringer. Å balansere moderne onkologis presisjonsorienterte tilnærming med pasientenes personlige sykdomsfortellinger, som er tett knyttet til liv og dødelighet, utgjør fortsatt en betydelig utfordring. I litteraturen er det stor variasjon i definisjonene av begrepene disease og illness, og i dagligtale brukes de ofte om hverandre – også innen medisin (26). En sannsynlig forklaring på mangelen på konsensus er at definisjonene bygger på ulike teoretiske tradisjoner og forutsetninger og representerer forskjellige modeller for helse og sykdom (27-30). Ved diagnostisert eggstokkreft er det ingen tvil om tilstedeværelsen av både *sykdom* og *sykdomsopplevelse*. Likevel kreves forsiktighet i hvordan disse to sammenvevde aspektene konseptualiseres i denne konteksten. I vår forskning har vi søkt å utforske dimensjoner ved pasientenes levde erfaringer som ikke kan utledes fra biomedisinsk eller klinisk informasjon.

Metode

Formålet med avhandlingen var å få innsikt i livsverdenen til kvinner med eggstokkreft ved å utforske hvordan pasienter med eggstokkreft, gynekologer og sykepleiere forstår og erfarer sykdomsforløpet, se tabell 1.1. Målet var å identifisere temaer knyttet til å leve med eggstokkreft gjennom livsverdensintervjuer, med fokus på

informantenes bevisste erfaringer. Tre kvalitative studier ble gjennomført med fenomenologi som metodologisk rammeverk for både datainnsamling og analyse (31, 32). Studiene som er gjennomført har fått nødvendige etiske godkjenninger. Studien beskrevet i artikkel I ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest) (ID: 2017/941). I samsvar med norsk personvernlovgivning ble studien beskrevet i artikkel II registrert hos Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Ref.nr. 887555) og i Universitetet i Bergens system for risiko og etterlevelse (ID: F2090). Da studien presentert i artikkel III ble gjennomført, hadde Universitetet i Bergen implementert kravene i EUs personvernforordning (GDPR), og forskningsprosjektet ble registrert i Universitetet i Bergens register for personvern (RETTE) (ID: F2741).

Resultat

Gjennom de tre studiene som ble gjennomført viste resultatene at eggstokkreft markerer en enorm endring i livene til pasientene, da de går fra å være friske til å være syke, og må lære å leve med tap av identitet og en frakopling fra sine egne kropp. Kompleksiteten av deres erfaringer er ofte utfordrende å formidle til andre, noe som fører til at pasienter trekker seg tilbake selv om de ønsker støtte og hjelp fra helsepersonell gjennom endringsprosessene. Både gynekologer og sykepleiere oppfatter eggstokkreft som en brutal og tragisk sykdom. I sine møter med pasientene, streber sykepleiere etter å gi helhetlig omsorg, mens gynekologene hovedsakelig fokuserer på behandling av sykdommen og mulighetene og håpet som ligger i medisinsk teknologi og de store fremskrittene innen dette feltet de siste årene. Til tross for hvordan den teknologiske utviklingen bygger et større potensiale for å forstå sykdom og forbedre pasienters prognose, er andre aspekter av pasienters opplevelse i sykdomsforløpet begrenset. Videre identifiseres en tendens for helsepersonell til å holde en viss avstand fra pasientens opplevde tragedie, både som resultat av tidspress i sykehushverdagen og de følelsesmessige utfordringene behandlerne opplever i møte med pasientene. Dermed skaper helsepersonell utilsiktet en barriere mot å forstå pasientenes sykdomsopplevelser. Under kommer en dypere innsikt i funnene fra hver enkel studie.

Artikkel I

Vi gjennomførte fem longitudinelle fokusgruppeintervjuer med fire kvinner over en periode på 16 måneder.

Tabell 1.1 Oppsummering av PhD studien

Overordnet hensikt	Å undersøke hvordan pasienter og helsepersonell forstår og håndterer sykdomsforløpet ved eggstokkreft		
Tittel	Studie I	Studie II	Studie III
	Artikkel I	Artikkel II	Artikkel III
	Living with Ovarian Cancer: Transitions Lost in Translation	Hope and Hopelessness in the Face of Ovarian Cancer: Perspectives from Gynecologists	Navigating the Complexities of Ovarian Cancer Care: Perspectives from Nurses
	Å utforske hvordan kvinner som lever med eggstokkreft opplever sykdommen og samhandlingen med leger og annet helsepersonell i Norge	Å få innsikt i forholdet mellom pasient og behandler ved eggstokkreft, sett fra gynekologens perspektiv	Å få innsikt i forholdet mellom pasient og behandler ved eggstokkreft, sett fra sykepleiernes perspektiv
Design	Kvalitativt design inspirert av fenomenologi		
Deltagere	Kvinner som lever med eggstokkreft (n=4)	Gynekologer involvert i diagnostisering og behandling av eggstokkreft (n=9)	Sykepleiere/kreftsykepleiere involvert i pleie og behandling av kvinner diagnostisert og behandlet for eggstokkreft (n=26)
Data innsamling	Fokusgruppe diskusjoner (1 grupper, 5 intervjuer)	Individuelle intervju (9 intervju)	Fokusgruppe diskusjoner (5 grupper, 5 diskusjoner)
Analyse	Malterud's systematiske tekstkondensering	Giorgi's descriptive fenomenologiske metode	

Ved hjelp av systematisk tekstkondensering identifiserte vi tre temaer knyttet til erfaringene til kvinner som lever med eggstokkreft og deres samhandling med helsepersonell i Norge: indre uro, tap av identitet i relasjoner og misforhold mellom personlige og medisinske sfærer. Funnene våre tyder på at pasienter med eggstokkreft gjennomgår en kompleks overgang fra helse til sykdom, noe som påvirker ulike aspekter av livet, inkludert relasjoner og kommunikasjon med helsepersonell. Diagnosen utløser en indre uro preget av tap av identitet og kropp, som fører til språkløshet og gjør det vanskelig for pasientene å formidle sine erfaringer. Videre uttrykker pasientene et behov for at legene anerkjenner deres lidelse gjennom hele

sykdomsforløpet, men de opplever at gapet mellom deres personlige erfaringer og de medisinske tiltakene øker etter hvert som forløpet skrider frem.

Artikkel II

Vi gjennomførte individuelle intervjuer med ni gynekologer som arbeider innen onkologiske settinger ved fire ulike lokal- og universitetssykehus i Norge. Ved å benytte en deskriptiv fenomenologisk tilnærming avdekket analysen tre hovedkomponenter som belyser forholdet mellom pasient og behandler samt kommunikasjon fra gynekologenes perspektiv: samhandling med pasienter, forståelse av eggstokkreft og selvpoppfatning. Funnene våre viste at interaksjonen mellom pasienter

med eggstokkreft og gynekologer preges av rutinemessige prosedyrer og begrenset tid. Gynekologene fokuserer primært på å innhente sykdomsrelatert informasjon, gi biomedisinske opplysninger og ta behandlingsbeslutninger, samtidig som de respekterer pasientens autonomi og rett til informasjon. Selv om de anerkjenner sykdommens alvor, legger gynekologene liten vekt på sykdomsperspektivet eller eksistensielle dimensjoner. Et annet sentralt funn var at håp spiller en viktig rolle i interaksjonen med pasientene, nært knyttet til medisinske fremskritt og kliniske studier. Gynekologene forsøker å gi håp om liv, samtidig som de balanserer dette for å unngå å skape urealistisk optimisme. De oppfatter sin rolle først og fremst som å håndtere sykdommens biomedisinske aspekter – en oppfatning som står i kontrast til deres opprinnelige forestillinger om legeyrket. Interessant nok mener gynekologene at sykepleiere er bedre egnet til å ivareta sykdommens erfaringsdimensjoner, ettersom de selv må opprettholde emosjonell distanse for å kunne utføre sine profesjonelle oppgaver.

Artikkel III

Vi etablerte fem fokusgrupper med til sammen 26 onkologiske/autoriserte sykepleiere fra gynekologisk-onkologiske avdelinger ved tre sykehus i Norge. Tre hovedtemaer kom frem: hvordan være en kompetent sykepleier i behandling av eggstokkreft, sykepleiernes forståelse av eggstokkreft, og deres perspektiver på ambivalens, håp og falskt håp i forbindelse med sykdommen. Undersøkelsen vår avdekket innsikt i de komplekse utfordringene sykepleiere møter i håndteringen av sykdomsforløpet. Et viktig funn var at sykepleierne har dyp innsikt i den komplekse naturen til eggstokkreft, som omfatter både fysiske symptomer og betydelige psykiske utfordringer. Håp var et fremtredende tema i diskusjonene, ofte knyttet til biomarkører, nye medisiner og deltakelse i kliniske studier. Objektive mål som biomarkører ble sett på som kilder til trygghet, kontroll og håp for pasientene i møte med sykdommens alvor. Samtidig kunne introduksjonen av nye behandlingsalternativer noen ganger hindre aksept av palliative tiltak, da informantene fryktet at dette ville innebære å erkjenne døden for pasientene. For å balansere håp med realisme forsøkte informantene å opprettholde pasientenes håp, samtidig som de anerkjente den harde realiteten om at mange ikke vil overleve sykdommen. De observerte at legene ofte ga utilstrekkelig informasjon, noe som etterlot pasientene uinformerte og skapte falskt håp, noe som var utfordrende for sykepleierne. I tillegg strevde sykepleierne med å distan-

sere seg emosjonelt fra pasientenes lidelse, samtidig som begrenset innsikt i pasientenes mentale tilstand gjorde det vanskelig å gi effektiv omsorg. De måtte balansere deling av informasjon uten å påføre pasientene unødige belastning eller skade relasjonen.

Samlet sett belyser temaene som har kommet frem i lys av forskningsspørsmålene og målene for våre studier det sammensatte landskapet for behandling av eggstokkreft og understreker den avgjørende betydningen av helhetlig støtte. Funnene våre fremhever behovet for at helsepersonell tar i bruk en pasientsentrert tilnærming ved å anerkjenne individets unike erfaringer og behov, utover selve sykdomsbehandlingen. Selv om funnene våre ikke kan generaliseres, mener jeg at de likevel kan være meningsfulle for andre enn oss selv og deltakerne som deltok i delstudiene.

Konklusjon

I denne studien, inspirert av en fenomenologisk tilnærming, er det samlet ny kunnskap om erfaringene og de profesjonelle forståelsene av eggstokkreft fra perspektivene til kvinner som lever med eggstokkreft, gynekologer og sykepleiere. Pasienter med eggstokkreft gjennomgår en sammensatt reise når de navigerer gjennom sykdomsforløpet, preget av dype fysiske og emosjonelle utfordringer. Funnene understreker også betydningen av helhetlig støtte for å gi effektiv omsorg til personer som er rammet av sykdommen.

Til tross for begrensningen ved et lite antall deltakere i studien, kan følgende konklusjoner trekkes:

- Kvinner med eggstokkreft, gynekologer og sykepleiere oppfatter sykdommen som tragisk, brutal og dødelig (Artikler I, II og III).
- Sykdomserfaringen er vanskelig å uttrykke og går tapt i kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell (Artikkel I).
- Pasienter ønsker nærhet til helsepersonell, men etter hvert som sykdommen utvikler seg, distanserer helsepersonell seg fra pasientenes sykdomserfaring for å beskytte seg selv (Artikler I, II og III).
- Helsevesenet styres av stramme tidsrammer og retningslinjer, noe som gjør at håndtering av sykdomsaspektet uunngåelig blir hovedfokus for helsepersonell (Artikler II og III).
- Helsepersonell opprettholder pasientenes håp ved å fokusere på mulighetene innen medisinsk teknologi, også når de veileder pasienter inn i en palliativ fase, selv om pasientens hovedbehov er å få anerkjent sin sykdomserfaring (Artikler II og III)

Fremtidige forskningsperspektiver

Denne avhandlingen gir innsikt i erfaringen av å leve med eggstokkreft fra tre ulike perspektiver: pasienter, gynekologer og sykepleiere. Ved å undersøke pasientenes levde erfaringer og de profesjonelle forståelsene til gynekologer og sykepleiere, belyser prosjektet utfordringene ved å gi omsorg til kreftpasienter i dagens spesialisthelsetjeneste, sett fra både sykdoms- og sykdomserfaringsperspektivet.

Det er behov for videre forskning for å styrke funnene, ettersom datamaterialet i studiene er begrenset. I tillegg har det å leve med kreft i dag blitt stadig mer utfordrende som følge av teknologiske fremskritt innen ulike kreftsykdommer. Videre viser funnene våre et behov for tiltak som gjør sykdomserfaringen mer synlig og inkludert i utdanningen av helsepersonell, særlig med tanke på hvordan sykdom kommuniseres. Vi ser også et behov for flere kvalitative studier om hvordan helsesystemer og tjenester kan forbedres.

Familie, venner, andre uformelle omsorgsgivere og samfunnet for øvrig er også involvert i fenomenet å leve med eggstokkreft. Deres forståelse av sykdommen, både som sykdom og som erfaring, har betydning for hvordan det oppleves å leve med eggstokkreft. Sykdomsaspektet blir også stadig mer relevant ettersom flere kreftpasienter utvikler kroniske tilstander og må fortsette å leve i et samfunn som ofte oppfatter dem som friske. I tillegg er det sannsynlig at familie og andre uformelle omsorgsgivere vil få flere oppgaver i fremtidens helsetjeneste på grunn av mangel på formelle omsorgsgivere. Denne gruppen og deres perspektiver og erfaringer bør derfor også undersøkes. ●

Referanser

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49.
2. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2022 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway.
3. Phung MT, Pearce CL, Meza R, Jeon J. Trends of Ovarian Cancer Incidence by Histotype and Race/Ethnicity in the United States 1992-2019. *Cancer Res Commun.* 2023;3(1):1–8.
4. Brown JS, Amend SR, Austin RH, Gatenby RA, Hammarlund EU, Pienta KJ. Updating the Definition of Cancer. *Mol Cancer Res.* 2023;21(11):1142–7.
5. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn.* 1982;4(2):167–82.
6. Svenaeus F. What is phenomenology of medicine? Embodiment, illness and being-in-the-world. *Health, illness and disease : philosophical essays:* Routledge; 2014. p. 97–111.
7. Frank A. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, & Ethics.* 2 ed. Chicago: University of Chicago Press; 2013.
8. Henly SJ, Wyman JF, Findorff MJ. Health and illness over time: the tra-

- jectory perspective in nursing science. *Nurs Res.* 2011;60(3 Suppl):S5–14.
9. Thomas K. *Caring for the dying at home. Companions on the journey.* Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd.; 2003.
10. Hansen F, Berntsen GKR, Salomonsen A. "What matters to you?" A longitudinal qualitative study of Norwegian patients' perspectives on their pathways with colorectal cancer. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2018;13(1):1548240.
11. Kitta A, Hagin A, Unselm D, Adamidis F, Diendorfer T, Masel EK, et al. The silent transition from curative to palliative treatment: a qualitative study about cancer patients' perceptions of end-of-life discussions with oncologists. *Support Care Cancer.* 2021;29(5):2405–13.
12. Bankhead CR, Kehoe ST, Austoker J. Symptoms associated with diagnosis of ovarian cancer: a systematic review. *BJOG.* 2005;112(7):857–65.
13. Lockwood-Rayermann S, Donovan HS, Rambo D, Kuo CW. Women's awareness of ovarian cancer risks and symptoms. *Am J Nurs.* 2009;109(9):36–45; quiz 6.
14. Fitch M, Deane K, Howell D, Gray RE. Women's experiences with ovarian cancer: reflections on being diagnosed. *Can Oncol Nurs J.* 2002;12(3):152–68.
15. Goff BA, Mandel LS, Melancon CH, Muntz HG. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. *Jama.* 2004;291(22):2705–12.
16. Tsai LY, Tsai JM, Tsay SL. Life experiences and disease trajectories in women coexisting with ovarian cancer. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020;59(1):115–9.
17. Malinowska K, Drechna-Musiałowicz A, Sznajder M. The importance of personal defensive mechanisms in patients with advanced cancer in the context of acceptance of disease and quality of life. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine.* 2019;11(3):133–8.
18. Applebaum AJ, Kolva EA, Kulikowski JR, Jacobs JD, DeRosa A, Lichtenhal WG, et al. Conceptualizing prognostic awareness in advanced cancer: a systematic review. *J Health Psychol.* 2014;19(9):1103–19.
19. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos.* 2002;27(6):651–73.
20. Schramme T. Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond. *Public Health Ethics.* 2023;16(3):210–8.
21. Amzat J, Razum O. Health, Disease, and Illness as Conceptual Tools. *Medical Sociology in Africa.* 2014;28:21–37.
22. Susser M. Ethical components in the definition of health. *Int J Health Serv.* 1974;4(3):539–48.
23. Boorse C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy & public affairs.* 1975:49–68.
24. Krahn GL, Robinson A, Murray AJ, Haverkamp SM. It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition. *Disabil Health J.* 2021;14(4):101129.
25. Bickenbach J. Definition of Health: Philosophical Analysis. In: Schramme T, Edwards S, editors. *Handbook of the Philosophy of Medicine.* Dordrecht: Springer Netherlands; 2017. p. 961–74.
26. Seidlin A-H, Salloch S. Illness and disease: an empirical-ethical viewpoint. *BMC Medical Ethics.* 2019;20(1):5.
27. Rocca E, Anjum RL. Complexity, Reductionism and the Biomedical Model. In: Anjum RL, Copeland S, Rocca E, editors. *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient: A CauseHealth Resource for Healthcare Professionals and the Clinical Encounter.* Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 75–94.
28. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–36.
29. Eisenberg L. Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry.* 1977;1(1):9–23.
30. Saylor C. The circle of health: a health definition model. *J Holist Nurs.* 2004;22(2):97–115.
31. Giorgi A. *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified husserlian approach.* Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press; 2009.
32. Giorgi A. *Reflections on certain qualitative and phenomenological psychological methods.* Colorado, CO: University Professors Press; 2013.



Therese Kristoffersen er ansvarlig for likepersonstjenesten i Brystkreftforeningen, og var selv 44 år da hun ble syk. «Husk at jeg bare er en som er 'foran deg i løypa'. Jeg snakker av egen erfaring og har ikke helsefaglig utdanning», understreker Therese til de hun prater med. Foto: Gry Traaen

Våre likepersoner kan være til hjelp



Likepersonene i Brystkreftforeningen stiller opp som medmennesker, ikke som eksperter, og de er der når brystkreftberørte trenger dem.

Tekst: Brystkreftforeningen

Viste du at Brystkreftforeningen har et nyttig tilbud til brystkreftberørte som trenger råd og støtte? Våre *likepersoner* har selv erfaring med brystkreft, enten som pasient eller pårørende. Dette er vanlige mennesker, uten medisinsk bakgrunn, som har selvopplevd innsikt i hvordan det er å leve med sykdommen. Gjennom samtaler kan brystkreftberørte dele tanker de kanskje holder tilbake fra familie og venner. De kan få hjelp til å sortere kaoset av følelser og bekymringer, og møte noen som lytter, uten å tolke.

– En likeperson-samtale handler også om praktiske aspekter ved alvorlig sykdom; «hvordan gjorde du dét», og så videre.

Therese Kristoffersen

Fatigue og nerveskader

Therese Kristoffersen er en slik lyttende likeperson. Selv var hun 44 år og mor til to på 12 og 15 år da hun fikk brystkreft. Hun har vært gjennom cellegift, operasjon og stråling, etterfulgt av antiøstrogen-behandling i ti år. I løpet av den lange behandlingstiden pådro hun seg både fatigue og nerveskader, og mange tanker om hvordan det var å håndtere alvorlig sykdom i en hektisk hverdag. Tanker hun gjerne skulle luftet med noen som virkelig forsto henne.

– Jeg hadde aldri hørt om en *likeperson*, men jeg visste at det var et behov der ute for å snakke med likesinnede. Derfor ønsket jeg å bidra, så jeg tok kontakt med Brystkreftforeningen. Nå jobber jeg deltid i foreningen som ansvarlig for likepersonstjenesten, forteller hun.

Gir ikke medisinske råd

– Det er viktig å understreke at våre likepersoner ikke gir medisinske råd. Har du spørsmål om behandling, skal du kontakte legen din eller kreftkoordinatoren i kommunen. Vår rolle som likeperson, er å være en samtalepartner og et medmenneske, vi skal ikke opptre som helsepersonell, sier Therese, og legger til:

– Vi skal være der for alle voksne brystkreftberørte. Likepersonstjenesten blir noe midt mellom et fortrolig forhold og dedikert veiledning, uten at det er profesjonelt. Tilbudet er basert på likeverd og frivillighet. Man trenger ikke være nydiagnostisert for å benytte seg av tilbudet.

– Ta kontakt når du selv har et behov. Når du trenger å snakke med noen utenom familien eller vennekretsen, hvor du kan være dønn ærlig om hvordan du har det. Mange skjærer de nære for sin egen frykt, og står da ganske alene i situasjonen. Da kan en likeperson være en god støtte, sier hun.

Nettverk over hele landet

Daglig leder i Brystkreftforeningen Camilla Skare, peker på nettverket av brystkreftberørte som finnes over hele landet.

– Brystkreftforeningen har 50 lokalforeninger fordelt på alle helseregionene, fra Kristiansand i sør, til Alta i nord.

Det er lokalforeninger i store byer, som Oslo og Bergen, men også på mindre steder er det etablert lokalforeninger som tilbyr møteplasser og støtte, forteller Skare.

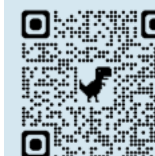
Mange lokalforeninger arrangerer faste treningstimer, som bassengtrening, yoga eller gåturer i nærområdet.

– Ofte er det en likeperson til stede på lokalforeningenes arrangementer. Så det er mulig å slå to fluer i en>

FORTELL OM LIKEPERSONS-TILBUDET! /FORTELL OM LIKEPERSONENE VÅRE!

- **Hjelpetilbud** Mange brystkreftpasienter opplever at de er så alene. Sett dem i kontakt med en likeperson som kan gi konkrete råd om hjelpetilbud i kommunen, eller hvordan man håndterer praktiske utfordringer hjemme.
- **Sortere tanker** Brystkreftpasienter og pårørende har også mulighet til å snakke om tanker rundt sykdom. Kanskje gruer man seg til en ny kontroll? Kanskje trenger man hjelp med å bryte ned kvernetankene som forstyrrer nattesøvn? Samtalene handler ofte om å sortere tanker, dempe kaosfølelsen og finne litt mer klarhet og ro.
- **Søkeverktøy** På hjemmesiden vår kan brystkreftberørte (og pårørende) finne en likeperson som matcher deres situasjon best mulig, både i forhold til bosted, alder og diagnose. Samtalene kan foregå på telefon, hjemme eller på kafé. Noen ønsker regelmessig kontakt, mens andre har behov for sjeldnere samtaler. Tilbudet tilpasses etter behov, og kan også benyttes hvis du ikke er medlem av Brystkreftforeningen.

Scann QR-kode som leder til søkeverktøyet:



<https://www.brystkreftforeningen.no/noen-a-snakke-med/finn-en-likeperson/>

– Jeg opplever at særlig de med metastatisk brystkreft ønsker hjelp med å sortere tankene.

Therese Kristoffersen



Foto: Gry Traaen

◀ smekk: Du kan få litt etterlenget trening og sosialt samvær, samtidig som du har mulighet til å snakke med en likeperson, forklarer daglig leder.

Sex, kosthold og trening

Mange brystkreftberørte opplever at de blir overlatt til seg selv uten et godt sikkerhetsnett når de er ferdige med kurativ behandling. De har et stort informasjonsbehov og er usikre på hvordan de skal komme tilbake til hverdagen.

– Dessverre ser vi at kunnskapen om senskader og bivirkninger varierer mye hos fastlegene. Pasientene vet heller ikke nok om kommunenes helsetilbud. Brystkreftforeningen er opptatt av å nå ut med viktig informasjon til brystkreftberørte, og samtidig håper vi at også helsepersonell kan ha nytte av hjemmesiden vår, forteller Skare.

På brystkreftforeningen.no er det lagt ut digitale foredrag om blant annet medisinsk overgangsalder og brystkreft og seksualitet.

– Kreftsykepleier og sexolog, Solveig Fridheim Torp, holder et informativt foredrag om brystkreft og seksuell helse. Hun har mye klinisk erfaring og kommer med mange gode råd, tipser hun.

I vinter arrangerte Brystkreftforeningen et direktesendt webinar om medisinsk overgangsalder, og det ligger ute på nettsiden.

– Responsen var overveldende, og vi fikk inn utrolig mange spørsmål underveis i sendingen. Det er tydelig at mange er usikre og savner informasjon om medisinsk overgangsalder. Hva kan hjelpe når du må gå på anti-hormoner? Onkolog Silje Songe-Møller og gynekolog

Ida Waagsbø Bjørntvedt gir gode råd basert på nyere forskning, forteller Skare.

Hun legger til at foreningen informerer om risikofaktorer og forebyggende tiltak, som fysisk aktivitet og kostholdsrad. ●



Camilla Skare. Foto: Gry Traaen

BRYSTKREFTFORENINGEN

- Besøktjeneste Ble stiftet i 1992 som Foreningen for brystkreftopererte (FFB), og byttet navn til Brystkreftforeningen i 2012.
- 500 frivillige Den største pasientforeningen på kreftfeltet i Norge, med rundt 16 000 medlemmer, og over 500 tillitsvalgte og likepersoner.
- God livskvalitet Jobber for at flere skal overleve brystkreft- og kunne leve med god livskvalitet. Viktige fokusområder er rask tilgang til de beste medisinene og behandlingsmetodene.
- Kampsak Utvidelse av Mammografiprogrammet slik at alle mellom 45 og 74 år blir invitert. Dette vil kunne redde flere liv, og flere vil komme raskere i behandling og dermed kunne få et enklere behandlingsløp. Jobber også for bedre oppfølging av kvinner med tett brystvev.
- Forskning Gjennomfører årlig Rosa sløyfe aksjonen sammen med Kreftforeningen, og de siste 25 årene har vi samlet inn over 500 millioner til forskning på brystkreft.



Brystkreftforeningen

DARZALEX[®] SC
daratumumab subcutaneous

DARZALEX[®] +VRd indisert for voksne NDMM-pasienter^{1,2}

DVRd gir dyp og langvarig respons sammenlignet med VRd^{*1,2}

hos pasienter med NDMM hvor HMAS ikke er planlagt som innledende behandling eller hvor HMAS ikke er aktuelt



Reduksjon i risiko for progresjon eller død med DVRd

vs. VRd (HR: 0.57; 95% CI: 0.41–0.79; p=0.0005)^{†1,2}



mOS med DRd

vs 5.3 år med Rd (HR: 0.67; 95% CI: 0.55–0.82; nominal p<0.0001)¹

DARZALEX[®]: Den eneste anti-CD38 mAb med pasientvennlig SC-administrasjon, og månedlig dosering etter 5,5 måneder^{1,3}

^{*}Data fra CEPHEUS fase 3 studie: DVRd vs. VRd i nydiagnostiserte myelomatose pasienter hvor HMAS ikke var planlagt som innledende behandling eller hvor HMAS ikke var aktuelt (N=395)^{1,2} Median oppfølging på 58,7 måneder². [†]Median PFS var ikke nådd med DVRd vs 52,6 måneder med VRd ved 58,7 måneder median oppfølging.² CR, complete response; DVRd, DARZALEX[®] + bortezomib + lenalidomide + HMAS, høydosebehandling med autolog stamcellestøtte; MRD, minimal residual disease; NDMM, newly diagnosed multiple myeloma; SC, Subkutan; VRd, bortezomib + lenalidomide + dexametason.

REFERANSER:

1. DARZALEX[®] SmPC, 07/2025 avsnitt 4.1, 5.1
2. Usmani SZ, Facon T, Viana Hungria V et al. Daratumumab plus bortezomib lenalidomide and dexamethasone for transplant-ineligible or transplantdeferred newly diagnosed multiple myeloma: the randomized phase 3 CEPHEUS study. Nat Med. 2025. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03485-7>.
3. Mateos MV, Nahi H, Legiec W et al. Subcutaneous versus intravenous daratumumab in patients with relapsed or refractory multiple myeloma (COLUMBA): a multicentre, open-label, non-inferiority, randomised, phase 3 trial. Lancet Haematol. 2020;7(5):e370–e380.

UTVALGT PRODUKT OG SIKKERHETSINFORMASJON FOR DARZALEX[®] INTRAVENØS (IV) OG SUBKUTAN (SC)

INDIKASJONER: Myelomatose

- I kombinasjon med bortezomib, lenalidomid og dexametason til behandling av voksne med nydiagnostisert myelomatose.
- I kombinasjon med lenalidomid og dexametason eller med bortezomib, melfalan og prednison til behandling av voksne med nydiagnostisert myelomatose, hvor autolog stamcellestøtte ikke er aktuelt.

DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE

Gis som intravenøs infusjon eller subkutan injeksjon og skal administreres av helsepersonell med tilgjengelige ressurser for resuscitering. Subkutan formulering er ikke beregnet til intravenøs administrasjon og skal kun gis ved subkutan injeksjon med angitt dosering. Det skal gis pre- og postinfusjonsbehandling/injeksjonsbehandling for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR). Myelomatose: Anbefalt dose er 16 mg/kg kroppsvekt gitt som IV infusjon eller 1800 mg oppløsning til SC injeksjon gitt over ca. 3–5 minutter.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for virkestoffet eller noen av hjelpestoffene.

ADVARSLER OG FORSIKTIGHETSREGLER: Infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR): DARZALEX[®] kan forårsake kraftige og/eller alvorlige IRR. Det skal gis pre- og postinfusjonsbehandling/ injeksjonsbehandling for å redusere risikoen for IRR, som ble rapportert i kliniske studier hos henholdsvis ca. 50 % av pasientene ved IV og 8,5 % ved SC. Ved enhver IRR skal behandlingen avbrytes umiddelbart og symptomer håndteres. Dersom øyesymptomer oppstår, skal DARZALEX[®] avbrytes og umiddelbar oftalmologisk evaluering foretas for DARZALEX[®] gjenopptas. Interferens med indirekte antitilgullintest (indirekte Coombs test): DARZALEX[®] kan medføre positiv indirekte Coombs test. Pasienter skal typebestemmes og screenes før oppstart. Ved planlagt transfusjon skal blodtransfusjonssentere; gjøres oppmerksom på denne interferensen med indirekte antitilgullintest. Ved akutt transfusjon kan det gis ikke-kryssmatchede ABO/RhD-kompatible erytrocytter i henhold til

lokal blodbankpraksis. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV): Hepatitt B-virus-reaktivering er rapportert, og HBV-screening skal foretas hos alle pasienter før oppstart av behandling. Bivirkninger: De hyppigste bivirkningene uavhengig av grad (≥ 20 % av pasientene) med daratumumab (intravenøs eller subkutan formulering) gitt som monoterapi eller kombinasjonsbehandling var IRR, fatigue, kvalme, diaré, forstoppelse, feber, hoste, nøyropeni, trombocytopeni, anemi, perifer ødem, perifer nevropati, øvre luftveisinfeksjon, smerte i muskler og skjelett samt covid-19. Alvorlige bivirkninger var pneumoni, bronkitt, øvre luftveisinfeksjon, sepsis, lungeødem, influensa, feber, dehydrering, diaré, atrofierinner og synkope. Sikkerhetsprofilen til DARZALEX[®] subkutan formulering var tilsvarende den til intravenøs formulering, med unntak av en lavere IRR-rate. Nøyropeni var den eneste bivirkningen rapportert med ≥ 5 % høyere frekvens for DARZALEX[®] subkutan formulering sammenlignet med intravenøs daratumumab (grad 3 eller 4: hhv. 13 % mot 8 %).

PAKNINGER, PRISER OG REFUSJON: Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: 15 ml (hettegl.) 68 497,70 kr. Konsentrat til infusjonsvæske: 5 ml (hettegl.) 5 772,00 kr. 20 ml (hettegl.) 22 755,10 kr. Reseptgruppe C. DARZALEX[®] i kombinasjon med lenalidomid og dexametason (DRd) godkjent av Beslutningsforum 26.08.2024.

Refusjon: H-resept: L01F C01_2 Daratumumab. Finansiering over helseforetakene: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonalt faglig retningslinje og/eller anbefaling fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse.

Vilkår: 216. Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.

Basert på SPC 07/2025.

Les fullstendig preparatomtale før foreskriving av DARZALEX[®].



SKANN QR-KODEN FOR Å
LESE MER OM DARZALEX[®]

Johnson & Johnson

Janssen-Cilag AS | +47 24 12 65 00 | Drammensveien 288, 0283 OSLO

Forebygging etter en kreftdiagnose

Forebygging er en viktig del av oppfølgingen av kreftoverlevende (survivor care). Behandling og forebygging av behandlingsrelaterte senskader overlapper, fordi begge fremhever betydningen av en sunn livsstil. Det samme gjelder forebygging av residiv av kreftsykdom. Denne artikkelen vil ikke gå nærmere inn på senskader, men fokuserer på risiko for sekundærkreft. Kartlegging av genetiske predisposisjoner for kreft tas med. Artikkelen avsluttes med en oppsummering av den mye omtalte Challenge-studien, som viser at strukturert trening reduserer både tilbakefall av tarmkreft og antall nye krefttilfeller i andre organer (prostata, bryst).



Christoph Müller

Overlege, Senter for kreftbehandling, Sørlandet sykehus Kristiansand



Birgit Helen Skogmo

Avdelingssjef, Senter for kreftbehandling, Sørlandet sykehus Kristiansand

Kreftoverlevende

Når kan vi si at man har overlevd kreft?

Spørsmålet handler ofte om opplevelsen av å være kurert og har et tilbakevendt perspektiv. En slik forståelse ekskluderer imidlertid alle som lever med kreft. Hvis vi vender blikket fremover, kommer vi nærmere betydningen av «å overleve» som «å leve lenger enn» noe. Da omfatter kreftoverlevende alle som lever med en kreftdiagnose – eller, som det heter på engelsk, «are living with and beyond cancer» (Jefford, 2013). Denne definisjonen samsvarer med begrepet *prevalens*, som blant annet brukes av Kreftregisteret.

Antall kreftoverlevende har tredoblet seg de siste 30 årene

– fra rundt 117 000 ved slutten av 1993 til 347 867 ved utgangen av 2024. To tredjedeler av overlevende i 2024 fikk diagnosen for mer enn fem år siden, men andelen varierer betydelig: 35 % av overlevende med bukspyttkjertelkreft har hatt diagnosen lengre enn fem år sammenlignet med 85 % for testikkelkreft, noe som gjenspeiler prognosen for krefttypen.

Økningen i antall kreftoverlevende kan ikke forklares kun med befolkningsvekst og aldring. Bedre diagnostikk og behandling er en viktig forklaring til at flere lever etter en kreftdiagnose. Fem års relativ overlevelse har økt markant de siste 30 årene – fra 50 % til 78 % for menn, og fra 58 % til 78 % for kvinner. Sannsynlighet for å

overleve 5 år etter diagnose varierer imidlertid sterkt mellom krefttyper: fra 8,5 % for adenokarsinomer i bukspyttkjertelen til 99 % for testikkelkreft (jf. CIN2024, tabell 8.3).

Helse- og omsorgstjenesten står dermed overfor en felles utfordring: Å gi god oppfølging til et stadig økende antall kreftoverlevende. Det vil kreve økte ressurser og nye arbeidsformer i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette er en oppgave som innebærer tydelige pasientforløp med individuelle planer og behandlingssertifikater, behovsstyrt oppfølging, samt opplæring og kompetanseheving hos pasienter, pårørende og helsepersonell.

Risiko for ny kreft for kreftoverlevende

Kreftoverlevende har økt risiko for å utvikle en ny kreftsykdom sammenlignet med jevnaldrende uten kreftdiagnose. Årsakene kan være genetisk predisposisjon, faktorer relatert til immunologisk og hormonell regulering, livsstil og miljøfaktorer, eller kreftfremkallende effekter av tidligere behandling.

Hvor mye større risikoen er for kreftoverlevende varierer. En ny dansk registerstudie (Kjær 2024) viser at voksne som har hatt kreft har en relativ risiko på 1,35 for å få en ny kreftdiagnose. Absolutt risiko for en ny kreftdiagnose økte over tid fra 6,3% innen fem år, til 13,5% etter 15 år. Det er nok av større interesse å se på risikoen hver kreftdiagnose for seg. Høyest risiko for en ny kreftsykdom ser vi etter kreft i strupe og hals (22% og 20%), og for blærekreft (19%). Risiko for å få en ny kreft er høyere for kreftformer relatert til tobakksrøyk (hasardrate 1,73), alkoholrelaterte kreftformer (HR 1,09), krefttyper relatert til rødt kjøtt (tarmkreft, HR 1,32) og virus assosiert kreft (HR 1,23). Det forelig-

ger tilsvarende tall fra blant annet Frankrike, Spania, Canada og USA (referanse i Kjær 2024).

Barn er mer sårbare enn voksne. Forekomst av ny kreft hos barn av alle aldre er 3 ganger høyere enn for barn uten kreftdiagnose, og overhyppigheten vedvarer ut voksenlivet (Olsen 2009).

Noen typer barnekreft er knyttet til arvelige kreftsyndromer slik som for eksempel retinoblastom, Li-Fraumeni syndrom eller neurofibromatose. Også hos voksne kan det foreligge nedarvete genforandringer som øker («predisponerer» for) utvikling av flere typer kreft. Det er oftere tilfelle for kreft i yngre alder. For eksempel anbefales i dag en diagnostisk gentest (analyse på arvelige genfeil) for alle kvinner med brystkreft ≤60 år, tarmkreftpasienter < 50 år, nyrekreftpasienter ≤46 år, sarkompasienter ≤40 år, menn med prostatakreft ≤60 - 70 år avhengig risikoprofil. Det henvises til gjeldende handlingsprogrammer, da anbefalingene endres raskt. Generelt har vi i dag lav terskel for å henvise til diagnostiske gentester. Genetisk testing har beveget seg bort fra analyse av enkeltgener og utføres nå som hovedregel med genpaneler. For kreftpasienter kan gentester bestilles av behandlende kreftlege etter pasientens samtykke. Ved påvist genfeil skal pasienten henvises til medisinsk genetiker.

Kreftoverlevende rådes til følge de nasjonale screeningprogrammene for befolkningen for brystkreft, livmorkreft og tarmkreft, samt det planlagte programmet for lungekreft. I tillegg anbefales vaksinasjoner (bl.a. influensa) og helsekontroller som inkluderer screening for hypertensjon, avvikende lipidprofil og diabetes. Screeninganbefalingene for kreftoverlevende kan avvike

«Over en tredel av krefttilfellene har sammenheng med ugunstig livsstil. Derfor må vi kartlegge vaner og lytte til om det er noe pasientene ønsker å endre.»



fra de generelle anbefalingene. For eksempel skal kvinner som har fått strålebehandling mot thorax i ung alder tilbys årlig bildediagnostikk fra 8–10 år etter behandlingen, men ikke før fylte 25 år (jf. handlingsprogram for brystkreft, kapittel 2.5). Det antas at halvparten av nye krefttilfeller kan oppdages gjennom screeningprogrammene.

Eksercisumab – en ny aktiv behandling som øker overlevelsen

Med en kreftdiagnose oppleves usikkerheten som total. Pasientene overgir seg til behandlingen og skal føle seg trygge. Men etter hvert kommer spørsmål om hva de selv kan gjøre, og vi ser at mange er mer åpne for å ta grep enn de var tidligere. Over en tredel av krefttilfellene har sammenheng med ugunstig livsstil. Derfor må vi kartlegge vaner og lytte til om det er noe pasientene ønsker å endre. Noen klare råd om betydningen av tobakksrøyk, kosthold, fysisk aktivitet og stressmestring bør følge. Bruk gjerne motiverende intervju og følg opp med individuell veiledning, gruppeveiledning og treningstilbud der dette finnes, både på sykehus og i kommunene. Grunnleggende råd om sunn livsstil er ikke annerledes for kreftoverlevende enn for befolkningen generelt. Samtidig endres vaner ikke over natten, og en viktig faktor for å lykkes er støtte og veiledning over lang tid. Når man lykkes, reduseres risikoen for både tilbakefall og ny kreftsykdom, noe Challenge-studien (Corneya, 2025) viste i sommer.

Christopher Booth og medarbeidere studerte pasienter som hadde gjennomført operasjon og adjuvant kjemoterapi for tarmkreft. Ved inklusjon hadde pasientene avsluttet kjemoterapi for 2–6 måneder siden, var i stand til å trene, og supermosjonister ble ekskludert. Kontrollgruppen fikk kun skriftlig treningsveiledning. Deltakerne i intervensjonsgruppen kunne velge treningstype, men skulle gradvis øke aerob aktivitet til omtrent 150 minutter med moderat intensitet per uke. Treningen ble støttet av regelmessige oppfølgninger med trenings-eksperter som motiverte og monitorerte deltakerne.

Programmet var delt i tre faser:

- **Fase 1 (6 måneder):** 12 treningstimer og 12 coaching-timer.
- **Fase 2 (neste 6 måneder):** 12 obligatoriske coaching-timer og 12 treningstimer, fysisk eller via video-/ telefonsamtale.
- **Fase 3 (siste 24 måneder):** 12 coachingtimer (fysisk eller digitalt), med mulighet for treningstimer dersom deltaker kunne møte fysisk.

Studien inkluderte 889 pasienter ved 55 sentra, hovedsakelig i Canada og Australia. Booth påpeker at det var krevende å etablere et nettverk av trenere i land med store avstander. Det var forventet med frafall på oppfølgningstimen. Deltakelsen i coachingtimer var 83 % i fase 1 og falt til 59 % i fase 3. Deltakelsen i trenings-timer var 79 % i fase 1 og falt til 38 % i fase 3. Det var tilstrekkelig å vise effekt.

Studien viste færre tilbakefall i treningsgruppen etter fem år (sykdomsfri overlevelse: 80,3 % mot 73,9 %) og flere overlevende etter åtte år (90,3 % mot 83,2 %). Økt sykdomsfri overlevelse skyldtes både færre tilbakefall (levermetastaser: 3,6 % mot 6,5 %) og en tilsvarende reduksjon i antall nye krefttilfeller (5,2 % mot 9,7 %; hovedsakelig brystkreft, prostatakreft og ny tarmkreft). Metoden skal nå vurderes i Beslutningsforum. Om dette hadde vært et medikament – «eksercisumab» – ville effektstørrelsen, prisen og den gode toleransen tilsi at metoden ble godkjent.

Anne Hafstad spurte under debatt under Arendaluken om forebygging burde likestilles med behandling? Svaret var et forsiktig ja. Vi vil avslutte med ordene til en polsk onkolog: “That doctors are particularly well placed to deliver prevention/health promotion messages, due to their position of authority and trust, is undoubtedly true. But it is also true that, traditionally, neither they nor policy makers have seen that as their role and responsibility.” Det skal endre seg, kreftstrategien har satt som mål at Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging. Hva venter vi på? Lets Move! ●

Referanser

- CIN, Cancer in Norway 2024: Cancer In Norway 2024 - NIPH (lest 01.11.24)
- Courneya KS, Vardy JL, O’Callaghan CJ et al.: Structured Exercise after Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer. *N Engl J Med* 2025. doi: 10.1056/NEJMoa2502760.
- Jefford M, Rowland J, Grunfeld E et al. Implementing improved post-treatment care for cancer survivors in England, with reflections from Australia, Canada and the USA. *Br J Cancer* 2013, doi: 10.1038/bjc.2012.554.
- Kjær TK, Andersen EAW, Ursin G, et al.: Cumulative incidence of second primary cancers in a large nationwide cohort of Danish cancer survivors: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Oncol* 2024. doi: 10.1016/S1470-2045(23)00538-7.
- Olsen JH, Möller T, Anderson H, et al.: Lifelong cancer incidence in 47,697 patients treated for childhood cancer in the Nordic countries. *J Natl Cancer Inst* 2009. doi: 10.1093/jnci/djp104.
- Pawel Walewski, Cancer Word 2024: Pawel Walewski | Cancerworld Magazine (lest 01.11.25)

Lynparza[®]
olaparib

DARE TO REIMAGINE¹

Innført av Beslutningsforum* Nå med 6 års oppfølging³

BRYSTKREFT
Lynparza er indisert som monoterapi eller i kombinasjon med endokrin behandling til adjuvant behandling av voksne pasienter med kimbane BRCA1/2-mutasjoner som har HER2-negativ tidlig brystkreft med høy risiko for tilbakefall, og som tidligere har blitt behandlet med neoadjuvant eller adjuvant kjemoterapi³

OlympiA er en fase 3, dobbeltblindet, randomisert studie for pasienter med gBRCAm, HER2- negativ tidlig brystkreft¹

Signifikant forbedring i IDFS³

42%

Redusert risiko for invasiv sykdom eller død sammenlignet med placebo
(HR, 0.58; 95.5% KI, 0.41-0.82; $P=0.000073$)³
Pasienter fri for invasiv sykdom etter 3 år var 86% (95% KI, 83-88) vs 77% (95% KI, 74-80)³
(LYNPARZA N = 921, placebo N = 915)³

Signifikant forbedring i OS³

32%

Reduksjon av risikoen for død sammenlignet med placebo
(HR, 0.68; 98.5 % KI, 0.47-0.97; $P=0.0091$)³
Pasienter i live etter 4 år: 90% (95% KI, 97-92 vs 86% (95% KI, 84-89)³
(Lynparza N = 921, placebo N = 915)³

88%

Pasienter i live etter 6 år var 88% (95% KI, 85- 90) vs 83% (95% KI, 80- 86)³
Etter 6 års oppfølging ble det påvist fortsatt forbedring i OS: (HR, 95% KI) 0.72 (0.56-0.93)³

LYNPARZA - VIKTIG INFORMASJON

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjon: Amming under behandling og i 1 måned etter den siste dosen.

Forsiktighet utvises ved: Hematologisk toksisitet: Blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, er anbefalt de første 12 månedene av behandlingen. Pasienter bør overvåkes for tegn på venetrombose og lungemboli, og behandles deretter. Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi: Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert under behandling med Lynparza, skal Lynparza seponeres og pasienten skal få hensiktsmessig behandling. **Viktige interaksjoner:** Samtidig administrering av Lynparza med kraftige eller moderate CYP3A-hemmere eller CYP3A-induktorer anbefales ikke.

Graviditet: Kan gi fosterskade og skal derfor ikke brukes under graviditet.

Dosering: Pasienter må få bekreftet en skadelig eller mistenkt skadelig gBRCA1/2-mutasjon før oppstart. Anbefalt dose er 2 x 150 mg tabletter, tas oralt, to ganger daglig, med eller uten mat (tilsv. daglig totaldose på 600 mg). Tabletter på 100 mg er tilgjengelig ved dosereduksjon.

Vanlige bivirkninger: Kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi, fatigue/asteni, hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet, hoste, dyspné, anemi, nøytropeni, og leukocytopeni.

Pakninger og priser: Tabletter: 100 mg: 56 stk. kr 27754,60. 150 mg: 56 stk. kr 27754,60. **Reseptgruppe:** C

For fullstendig informasjon, les mer www.felleskatalogen.no

NO-13924-03-2025-ONC

gBRCAm = germline (kimbane) BReast CAncer mutation
IDFS = Invasive Disease Free Survival, invasiv sykdomsfri overlevelse

OS = Overall Survival, total overlevelse

Referanser: 1. Tutt ANJ, Garber JE, Kaufman B, et al. Adjuvant olaparib for patients with BRCA1- or BRCA2-mutated breast cancer. *N Engl J Med*. 2021;384:2394-2405. 2. <https://nyemetoder.no/metoder/olaparib-lynparza-indikasjon-vii> 3. LYNPARZA (olaparib) SPC

*: I-resept finansiering kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.

AstraZeneca

AstraZeneca AS

Postboks 6050 Etterstad, 0601 Oslo | T: +47 21 00 64 00 | www.astrazeneca.no | www.astrazenecaconnect.no

Fertilitets- behandling ved kreft - hvor er vi i dag?



Péter Fedorcsák

Lege og professor i gynekologi ved Universitetet i Oslo. Han leder Reproduksjonsmedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Norges fremste medisinske og forskningscenter for infertilitet. Han forsker på reproduksjon, assistert befruktning og fertilitetsbevarende behandling ved kreft.
Foto: UIO



Tom Tanbo

Overlege og professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Han har vært pioner i fertilitetsbevarende tilbud for norske kreftpasienter.
Foto: Øystein Horgmo, UIO

Kreftbehandling og fruktbarhet

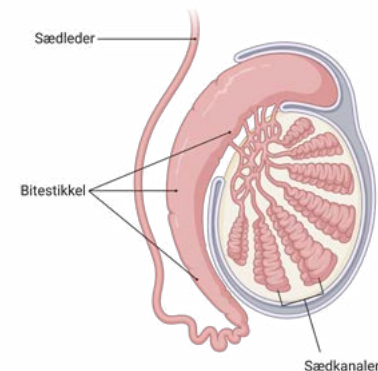
Noe av det aller vanskeligste ved å få kreft i ung alder er at behandlingen kan skade evnen til å få barn. Både for pasienter som har kommet i gang med å skape sin egen familie når kreften rammer, og for dem som bare tenker å få barn i fremtiden, kan det være en stor belastning å ikke vite om man vil få mulighet til å få barn når behandlingen er overstått.

Både cellegift, operasjoner og stråling kan føre til infertilitet, og fertilitetsbevarende behandling har fått økende oppmerksomhet blant helsepersonell og pasienter. Noen ganger er det ikke tid til å tenke på fertilitet, fordi situasjonen er så akutt at kreftbehandlingen må startes umiddelbart. Andre ganger kan det hende at diagnosen i seg selv gjør at slike tiltak ikke er aktuelt. Men ofte kan noe gjøres, og her gis en oversikt over de siste nyheter innen behandlingstilbud i Norge. Vi skal skille mellom fertilitetsbevarende tiltak som skjer før kreftbehandlingen og infertilitetsbehandling av friskmeldte pasienter.

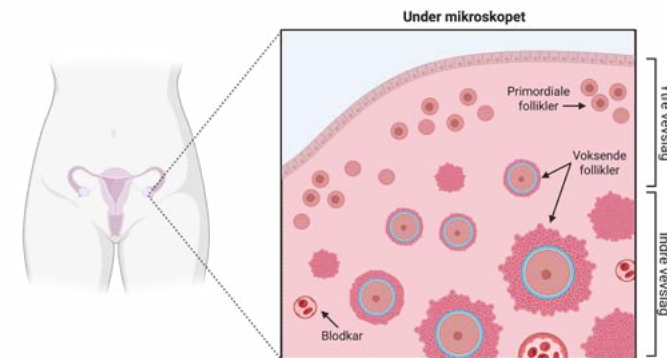
Hvem skal få tilbud om fertilitetsbevarende behandling?

Varig infertilitet (sterilitet) etter kreftbehandling kan være resultat av skade på kimsellelag hvor spermien dannes eller tap av egganlegg (primordiale follikler) som inneholder eggcellen. Risikoen for fertilitetsskade er imidlertid varierende. Enkelte behandlingsformer gir liten-til-ingen varig fertilitetsrisiko, som behandling med metotreksat ved koriokarsinom eller ABDV-kur ved Hodgkin lymfom. Andre behandlinger vil med stor sannsynlighet føre til sterilitet, for eksempel når begge testikler må fjernes ved testikkelkreft eller strålebehandling av bekkenet ved livmorhalskreft. De fleste behandlingsformer ligger imidlertid mellom disse to ytterpunktene, og man må gjøre konkret individuell vurdering av sannsynlig fertilitetstap. Risikoen for infertilitet er også avhengig av alder, spesielt hos kvinner: en behandlingsform som gir liten skade hos unge kvinner < 25 år kan forårsake eggstokksvikt hos kvinner > 40 år.

Testikkel



Eggstokk



Fertilitetsbevarende behandling er et alternativ til pasienter som har risiko for å miste fruktbarheten. Det er også viktig at pasienten kan ha nytte av tiltaket senere. I enkelte situasjoner kan man dessverre ikke få igjen fertiliteten: eksempelvis vil behandling av avansert livmorhalskreft ofte skade både livmor og eggstokkene, slik at pasienten ikke selv kan bære frem barn i fremtiden. Da vil lagring av egg eller eggstokkvev ikke være til nytte.

Hva kan gjøres for å bevare fruktbarheten?

Lagring av sæd

Menn produserer modne kjønnsceller, spermier, fra puberteten og ut resten av livet. Dette skjer i et gangsystem i testiklene hvor kimseller modnes til sædceller.

Ved behandling av kreft hos menn kan man fryse ned sædprøver før behandlingsstart. Dette er en enkel prosedyre og kan i påtrengende tilfeller gjøres på

dagen. Ofte må det fryses ned flere sædprøver fordi menn med kreft kan ha betydelig nedsatt sædkvalitet. Dersom man har blitt steril og ønsker seg barn etter endt behandling, kan den nedfrysede sæden brukes til assistert befruktning.

For unge gutter kan det være vanskelig å produsere en sædprøve ved hjelp av masturbasjon. Prøvetaking kan da forsøkes med vibrasjonsstimulering av penis eller finnålsbiopsi av bitestikler.

Barn som ikke har gått gjennom puberteten har som regel ingen modne spermier som kan lagres for fremtiden. Lagring av umodne kimseller fra testisvev er en ytterst utprøvende metode av usikker nytte, da man hittil ikke har lyktes med å gjenetablere fertilitet med transplantasjon av slike celler hos mennesker.

Alle offentlige fertilitetsklinikker tilbyr lagring av sæd. ➔

OFFENTLIGE FERTILITETSKLINIKKER I NORGE

- UNN, IVF-poliklinikken, Tromsø
- St Olavs hospital, Fertilitetsseksjonen
- Haukeland universitetssykehus, Fertilitetssenteret
- Haugesund universitetssykehus, Fertilitetseininga
- Sykehuset i Telemark, Fertilitetsseksjonen
- Oslo universitetssykehus, Reproduksjonsmedisinsk avdeling

◀ På laboratoriet blir sædprøver blandet med frysevæske (kryoprotektant) for å beskytte spermier, og lagres med flytende nitrogen ved -196 C. Sædprøver kan oppbevares i 10 år med mulighet for forlengelse etter skriftlig søknad til sædbanken.

Samtidig med prøvetaking må pasienten testes for sykdommer (HIV, hepatitt B, hepatitt C og syfilis) som kan overføres med sædvæske. Prøver fra smitteførende pasienter lagres adskilt fra andre prøver.

Lagring av sæd hos menn over 60 år er som regel ikke anbefalt, fordi veldig få pasienter kan bruke lagrede prøver ved assistert befruktning.

Kreftbehandling og fertilitet hos kvinner

Hos kvinner dannes alle egganlegg (primordialfollikler) i fosterlivet. Ved ca halvgått svangerskap finnes det omtrent 6-7 millioner slike. Allerede fra da av begynner egganlegg å gå til grunne slik at det ved fødsel er igjen ca 1 millioner, og frafallet fortsetter gjennom barneårene. Når kvinnen kommer i puberteten er det igjen ca 400 000 egganlegg, og i hver måned starter ca. 1000 follikler modningsprosessen, hvor én når eggøsning. Ved tilførsel av follikkelstimulerende hormon i de siste 2 ukene før eggøsning kan antall modne egg som når eggøsning økes. En kvinne vil i gjennomsnitt ha egganlegg svarende til ca 400 eggøsninger gjennom livet, og når det ikke er flere funksjonelle

«I henhold til bioteknologiloven må par som går gjennom assistert befruktning være gift eller samboere i ekteskapslignende forhold. Assistert befruktning kan også utføres hos enslig kvinner.»

egganlegg igjen går kvinnen i menopause. Norske kvinner kommer i menopause ved ca 51 års alder, men med stor variasjon. Hvis en eggstokk er blitt fjernet, det vil si at halvparten av alle egganlegg fjernes, kommer menopausen ca ett år tidligere. At ikke forskjellen er større, tyder på at det finnes reguleringsmekanismer hvor eggstokkene kan «spare på» egganleggene. Dette vet vi foreløpig lite om.

Cellegift kan ha en negativ innvirkning på kvinners fruktbarhet ved at primordialfollikler går til grunne eller på annen måte blir skadet. Effekten er avhengig av den kumulative dosen og ikke minst hvilken type cytostatika som benyttes. Blant de mest skadelige cytostatika er alkyliserende midler, for eksempel syklofosamid.

Bestråling av eggstokkene har samme negative innvirkning som cytostatika. Hos kvinner i 30 års alder vil en stråledose på 12 Gy gi 50% risiko for sterilitet, og 14 Gy vil vanligvis utsette alle follikler slik at kvinnen går i menopause. Enkelte tilfeller kan man flytte eggstokkene ut av et strålefelt, men dette gjøres i liten grad i dag blant annet på grunn av strekk og for liten karforsyning til eggstokkene. I tillegg har stråling en negativ effekt på livmor; fibrose av livmorslimhinnen kan hindre at et befruktet egg får festet seg, og livmors elastisitet reduseres slik at den ikke får utvidet seg i takt med at fosteret vokser.

I hvilken eller hvor stor grad eggstokkene er blitt skadet ved cellegift og strålebehandling har man forsøkt å beregne ved hjelp av målinger av hormoner. FSH og LH skilles ut i hypofysen og konsentrasjonen i blodet er omvendt korrelert til konsentrasjonen av østrogen som produseres i folliklene. På grunn av store variasjoner er de lite egnet til å vurdere eggstokkfunksjonen. Anti-müllersk hormon (AMH) skilles ut fra follikler i modning og er derfor et mer direkte mål på eggstokkfunksjonen. Imidlertid varierer utskillelsen av AMH

betydelig, slik at heller ikke dette hormonet over tid kan si noe særlig om skade på eggstokkene.

Fruktbarhetsbevarende behandling for kvinner

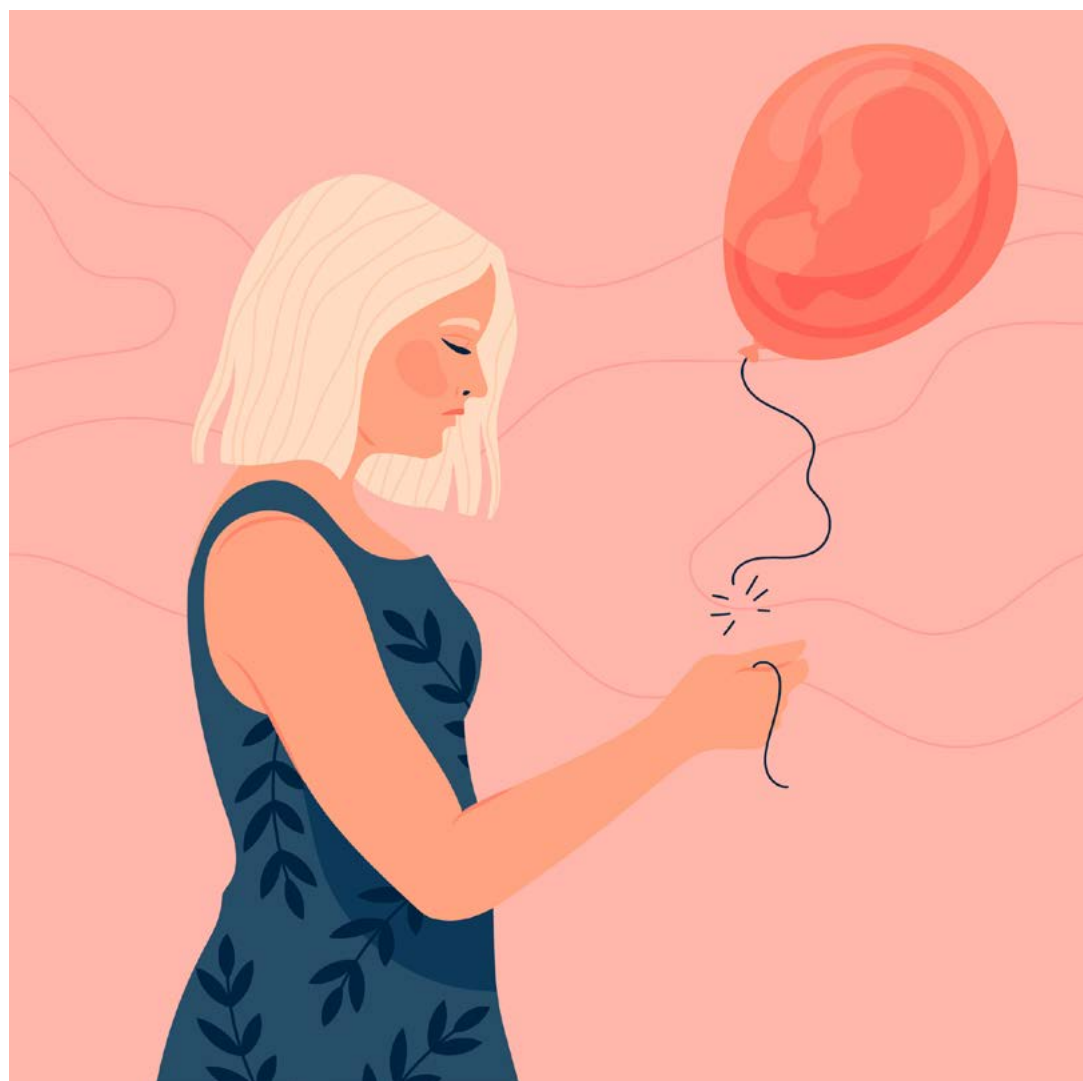
Den skadelige effekten av cytostatika og stråling kan reduseres ved uttak og nedfrysing av ubefructede egg eller eggstokkvev før oppstart av kreftbehandlingen. Ved brystkreft har langvirkende GnRH-analoger, som goserelin, noe beskyttende effekt på egganlegg under cellegiftbehandling.

Lagring av egg eller eggstokkvev gir imidlertid bare nytte hos pasienter som har tilstrekkelig eggreserve ved uttakstidspunkt, og som har mulighet til å bli gravid senere ved bruk av lagrede prøver. Lagring av egg eller eggstokkvev tilbys derfor ikke til kvinner som allerede har redusert eggreserve på grunn av alder eller tidligere behandling, eller til kvinner som ikke kan bli gravide i fremtiden for eksempel på grunn av skade på livmor, som ble omtalt overfor.

Lagring av egg

Ofte har man litt tid på seg før kreftbehandlingen skal startes opp og da kan man prøve å sikre fruktbarhet ved lagring av egg. Kvinnen må først gjennom behandling med follikkelstimulerende hormon, der flere egg modnes og tas ut i lokalbedøvelse under veiledning av vaginal ultralyd. Eggene kan da fryses ned og lagres i biobank. Hormonstimulering krever en tidsperiode på ca 14 dager og hvis man har tid igjen kan behandlingen gjentas. Ubefructede egg kan i henhold til norsk lov ligge nedfrosset inntil kvinnen har blitt 46 år. Hvis eggene ikke har blitt benyttet til da, skal de destrueres eller avgis til forskning.

Behandlingsmål er lagring av 10-15 modne eggceller som gir ca 30% sannsynlighet for vellykket svangerskap senere ved befruktning av lagrede egg utenfor kroppen. ▶



Illustrasjonsfoto: www.freepik.com

◀ Behandlingsresultater varierer imidlertid med alder og type kreftbehandling.

Alle offentlige fertilitetsklinikker i Norge har tillatelse fra Helsedepartementet til å lagre egg fra kreftpasienter.

Lagring av eggstokkvev

Hvis man har liten tid før oppstart av kreftbehandling eller det dreier seg om prepubertale jenter som ikke har etablert noen menstruasjonssyklus ennå, er uttak av eggstokkvev eneste mulighet til fruktbarhetsbevarende behandling. Det gjøres da laparoskopisk uthenting av en eggstokk, og det ytterste vevslaget fjernes og kuttet opp i fragmenter som så fryses ned i flytende nitrogen hvor de kan ligge i tilnærmet ubegrenset tid. Når pasienten forhåpentligvis har blitt frisk av kreftsykdommen, kan noen av disse vevsfragmentene tines opp og settes inn i den gjenværende eggstokken. Denne vil i utgangspunktet ikke være aktiv på grunn av kreftbehandling, men vil kunne gjenoppta organfunksjon etter å ha fått satt inn friskt eggstokkvev.

Det er en forutsetning for denne typen behandling at det ikke er kreftceller i det opptinte vevet, slik at man ikke risikerer å introdusere kreft i pasienten igjen. Lagring av eggstokkvev er derfor ikke mulig ved leukemi.

Det første barnet i verden unnfanget etter slik behandling ble født i Brussel i 2004, og samme år startet Rikshospitalet med lagring av eggstokkvev. Ved OUS er det til nå frosset ned eggstokkvev fra 272 pasienter hvorav 29 har fått satt tilbake og 10 har fått barn. Dette samsvarer godt med internasjonale erfaringer, hvor i gjennomsnitt en tredjedel blir gravide og føder barn. Denne behandlingen er definert som en landsfunksjon, slik at kun OUS gjør dette i Norge.

Når det er tid for barneønske

Mange kreftoverlevende oppnår graviditet spontant. Andre trenger utredning og behandling av infertilitet, og da stiller de likt med andre infertile for helsehjelp. Selv kreftpasienter som har lagret egg, eggstokkvev eller sæd, bruker lagret biologisk materiale sjeldent (< 10%) – enten fordi man oppnår graviditet på annen måte eller graviditet ikke er aktuelt.

Hvordan vet man om man har mistet fertiliteten?

Infertilitet defineres som fravær av oppnådd svanger-

skap etter mer enn ett år med regelmessig samleie uten prevensjon. Tidligere kreftpasienter bør imidlertid ikke vente mer enn 6 måneder på spontan graviditet. Hvis det finnes åpenbare grunner for at graviditet ikke kan oppnås uten behandling, for eksempel når kvinnen ikke har menstruasjonssyklus, må pasienten oppsøke lege raskt.

Infertilitetsutredning

For innledende utredning av infertilitet må pasienten kontakte fastlegen eller henvises til avtalespesialist gynekolog. Utredningen vil alltid omfatte både pasienten og hans/hennes partner, med mindre det dreier seg om en enslig kvinne.

Menn som ikke klarer å få barn etter kreftbehandling må først gå gjennom sædanalyse. Det er verdt å merke seg at forbigående infertilitet hos menn kan vare i mange år etter endt behandling, for så å vende tilbake igjen. Når sædkvaliteten er redusert, bør dette undersøkes med kontrollprøve etter et par måneder. Vedvarende nedsatt sædkvalitet kan tilsi behov for assistert befruktning.

Kvinner mister ofte menstruasjonen under og etter kreftbehandling. Hos mange kommer den tilbake igjen, og man kan fremdeles få barn. Tilbakevendt menstruasjon er likevel ingen garanti for fruktbarhet, da kreftbehandling kan ha utført skade på eggstokkene. Når det er sagt, så hender det faktisk at kvinner som ikke får tilbake normal menstruasjonssyklus etter kreftbehandling, plutselig blir spontant gravide. Så det kan uansett være lurt å bruke prevensjon dersom man ikke planlegger å få barn.

Enkelte unge kvinner kommer imidlertid i for tidlig overgangsalder etter endt kreftbehandling. Symptomer på overgangsalder er blant annet svettetokter, humørsvingninger, søvnvansker, nedsatt sexlyst, tørre slimhinner og manglende menstruasjon. Diagnosen må bekreftes med hormonanalyser og ultralyd. Ved overgangsalderen begynner bentettheten å brytes ned, og man risikerer å bli benskjør. For unge kvinner kan det i noen tilfeller være aktuelt å ta hormontilskudd, som for eksempel østrogen sammen med progesteron, for å forebygge dette. Hormontilskudd er ikke aktuelt ved alle kreftdiagnoser som for eksempel ved østrogen-sensitiv brystkreft.

Egnethet for assistert befruktning

Etter utredning blir mange barneløse par og enslige kvinner henvist til assistert befruktning. Her stiller kreftpasienter likt med andre barnløse, og må tilfredsstillende samme krav til egnethet.

I henhold til bioteknologiloven må par som går gjennom assistert befruktning være gift eller samboere i ekteskapslignende forhold. Assistert befruktning kan også utføres hos enslig kvinner.

Paret eller den enslige kvinnen vurderes av lege med hensyn til medisinske og psykososiale forhold, hvor det legges vekt på deres omsorgsevne og hensynet til det fremtidige barnets beste. Ved tidligere eller aktuelle sykdommer som kan påvirke omsorgsevnen, som for eksempel kreftdiagnose med risiko for forverring, må legen vurdere parets situasjon helhetlig og belyse alle faktorer som gir sårbarhet eller beskyttelse. Målet med vurderingen er å forsikre at foreldrenes egne behov ikke hindrer å kunne yte god omsorg for fremtidige barn. Dette vurderes individuelt i hver enkelt sak.

Pasienter som søkes til assistert befruktning må også legge frem en barneomsorgsattest fra politiet.

Assistert befruktning

I Norge ble den første behandlingen med assistert befruktning utført i 1984, og i det siste 40 år ble det født over 60.000 norske prøverørsbarn. Et typisk behandlingsforløp består av følgende trinn:

- Hormonstimulering hos kvinnen
- Uttak av egg gjennom veiledning av transvaginal ultralyd
- Isolering av sædceller fra sædvæske eller fra vevsbiopsi av testikkel
- Befruktning utenfor kroppen enten ved konvensjonell IVF-metode hvor ca 100.000 sædceller tilsettes hver eggcelle, eller med mikroinjeksjon av én sædcelle i egget (ICSI)
- Dyrkning av befruktete egg utenfor kroppen
- Innsetting av ett embryo i kvinnens livmor
- Lagring av overtallige befruktete egg for senere innsetting

Behandlingsresultater er avhengige av blant annet kvinnens alder og infertilitetsdiagnose. Selv ved best mulig prognose overstiger ikke graviditetsraten ca 50% per forsøk – dette betyr at mange pasienter må gå

gjennom gjentatte behandlinger for å lykkes, og enkelte blir ikke gravide selv etter flere forsøk.

Assistert befruktning er tilgjengelig hos seks offentlige og 13 private fertilitetsklinikker.

Offentlige klinikker kan tilby opp til tre behandlinger med uttak av egg. Pasienter blir også vurdert etter behandlingens forventede nytte, og enkelte pasienter med betydelig nedsatt prognose, mange mislykkede forsøk, eller flere felles barn kan bli avvist.

Donasjon av sæd eller egg

Kreftoverlevende som har tapt testikkel- eller eggstokkfunksjonen kan forsøke graviditet med donasjon av sæd eller egg. Donorene i Norge har åpen identitet, som betyr at barnet, etter 15 års alder, kan få opplysninger om donors navn og adresse. Foreldrene har plikt til å fortelle barnet om donasjonen så snart det er tilrådelig. Sæd- eller eggdonorer har ingen forpliktelser eller rettigheter overfor barnet.

Donasjon av både sæd og egg til samme pasient (dobbel-donasjon) er ikke tillat i Norge.

Testamentering av sæd

Endringer i bioteknologiloven har åpnet for assistert befruktning med testamentert sæd, som gir avdødes ektefelle eller samboer mulighet til å forsøke graviditet. Avdødes ønske må dokumenteres skriftlig og legges frem til sædbanken innen 1 år etter pasientens bortgang.

Hovedbudskap

- Kreftpasienter som behandles med stråling eller cytostatika som kan skade fruktbarheten bør informeres om risiko for infertilitet.
- Risikoen for fertilitetstap er individuell og er avhengig av pasientens alder og behandlingstype.
- Kreftpasienter kan tilbys lagring av egg, eggstokkvev eller sæd før behandlingsstart hvis de kan ha nytte av tiltaket og kreftbehandling ikke blir forsinket.
- Overbehandling kan forekomme, siden erfaringsvis få pasienter benytter nedfrosset biologisk materiale for å gjenetablere fertilitet.
- Fertilitetsbevarende behandling er tilgjengelig på offentlige fertilitetsklinikker i alle helseregioner. ●

Gynea

– et digitalt lærings- og mestringsprogram for kvinner behandlet for gynekologisk kreft



Ragnhild Johanne Tveit Sekse
Professor VID vitenskapelige høyskole/
Sykepleier/Spesialist i sexologisk rådgivning,
NACS, Gynekologisk avd., Helse-Bergen



Sigrund Breistig
Førsteamanuensis, Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap, Høgskulen på
Vestlandet Campus Haugesund

Sammendrag

Kvinner som behandles for gynekologisk kreft etterspør bedre informasjon, støtte og en mer helhetlig oppfølging for å kunne mestre endringer som påvirker livskvaliteten etter sykdom og behandling. Gynea er et digitalt lærings- og mestringsprogram (psykoedukativt) som retter seg mot både kroppslige endringer og psykososiale behov i rehabiliteringsfasen etter underlivskreft. I denne fagartikkelen presenterer vi utviklingen av Gynea som er designet for å møte kvinners utfordringer etter underlivskreft, om studien og evaluering av programmet og hvordan programmet er tenkt videreført i klinisk praksis.

Utviklingen av programmet har fulgte en forskningsbasert retningslinje for utvikling av komplekse intervensjoner, der sluttbrukerne (kvinnene selv) deltok aktivt i hele prosessen.

Programmet går over seks uker og inkluderer psykoedukativ informasjon, multimedia, oppgaver og øvelser samt kontakt med sykepleier via chat eller telefon. Programmet har vært prøvd ut i en studie med 70 deltakere fra hele Norge og er i fasen med å bli implementert i klinisk praksis ved gynekologisk poliklinikk, Kvinne-klinikken, Helse-Bergen.

Funn fra studien viser at programmet ble godt mottatt og møtte et tydelig behov blant kvinnene som deltok, særlig knyttet til behovet for informasjon om endringer etter behandling og prosessering av krefterfaringen. Gynea kan være et verdifullt og supplerende tilbud for å adressere en mer helhetlig oppfølging av kvinner etter behandling for gynekologisk kreft. Intervensjonen har potensiale til å utvikles videre til andre pasientgrupper.

Innledning

Kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft opplever utfordringer relatert til både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle aspekt i etterkant av behandling for kreftsykdommen. Vanlige utfordringer er brå og kunstig overgangsalder, lymfødem, utfordringer knyttet til seksuell helse, kvinnelighet og infertilitet, frykt for tilbakefall, angst og depresjon (1-5). Studier viser at pasientgruppen har behov for mer informasjon og kunnskap om disse endringene og seinplagene, og etterspør en mer helhetlig oppfølging, utover de rutinemessige kontrollene (1, 6).

Kreftrehabilitering er en sentral, men ofte underprioritert del av kreftforløpet. I Norge blir dette løftet frem

gjennom pakkeforløpene for kreft, der rehabilitering er beskrevet som en integrert del av forløpet. Til tross for dette viser Kreftforeningens bruker undersøkelse (Kreftforeningen, 2022) at mange pasienter ikke blir spurt om behov for rehabilitering, eller at tilbudet er mangelfullt og tilfeldig. Gjennom innføringen av *pakkeforløp hjem* er rehabilitering særlig løftet frem, som et tema som skal kartlegges ved faste samtalepunkter. Målet er å sikre at pasientens behov for oppfølging utover selve behandlingen blir identifisert og fulgt opp, både i spesialisthelsetjenesten, men også i kommunen, der pasientene lever sine liv.

Ulike rehabiliteringstiltak etter kreftsykdom kan være både fysiske, psykososiale og eksistensielle og blir gjerne tilbudt i kommunene, på lærings- og mestrings-senter (i spesialisthelsetjenesten) og/eller rehabiliteringssenter. I takt med digitalisering av helsetjenesten, har digitale intervensjoner fått økt oppmerksomhet som supplement til tradisjonelle rehabiliteringstilbud. Noen psykososiale intervensjoner innen kreft rehabilitering har blitt utviklet for å fylle dette gapet, og flere oversiktsstudier viser at internettbaserte intervensjoner har potensiale til å tilføre verdi til deltakernes læringsprosess og livskvalitet (7-10). Det er likevel få internettbaserte intervensjoner for kvinner behandlet for gynekologisk kreft, selv om forskning viser at det er en stor vekst i utvikling og utprøving av digitale programmer de siste årene.

Helse- og omsorgsdepartementets kreftstrategi 2018-2022 *Leve med kreft* (2018), og den nye nasjonale kreftstrategien 2025-2035 (2025), *Felles innsats mot kreft*, legger vekt på å styrke pasientens rolle og understøtter digital deltagelse i oppfølging og rehabilitering etter kreftbehandling. Nettbaserte behandlingsprogram blir nevnt som viktige tiltak for å gjøre det enklere for pasientene å delta aktivt i egen behandling. Den nye kreftstrategien (2025-2035) understreker også betydningen av bruk av digitale løsninger og digital hjemmeoppfølging både før, under og etter behandling for kreft for å gi pasienter og pårørende bedre oversikt og mulighet til å delta aktivt i behandlingsløpet. Digital oppfølging er altså anerkjent som en viktig del av fremtidens kreftomsorg og handler både om bedre tilgjengelighet uansett hvor i landet du bor, fleksibilitet i forhold til når og hvor en deltar i programmet, samt styrket pasientmedvirkning. I tillegg er digitale intervensjoner ofte ressursbesparende, noe som er nødvendig i en helsetjeneste med økende pasientall

og mindre helseressurser.

Hensikten med denne artikkelen er å kort beskrive utviklingen av Gynea, hvordan programmet er evaluert av pasientgruppen og hvordan programmet nå skal videreføres i klinisk praksis.

Metode og utvikling av intervensjon

Selve utviklingen av innholdet i Gynea brukte anerkjente metoder som modellen for utvikling av komplekse intervensjoner av Craig og medforfattere (11) (UK Medical Research Council (MRC) Utviklingsprosessen besto av tre stadier: (1) identifikasjon av kunnskap og behov, (2) identifikasjon av relevant teori, og (3) modellering av prosess og resultat (11).

I tråd med anbefalingene i modellens første steg ble det gjennomført en kunnskapsoppsummering om kvinners livskvalitet og levde erfaringer etter underlivskreft (1). Analysen viste til flere temaer kvinner opplevde som utfordrende etter sykdom og behandling, blant annet kroppslige endringer, psykososiale belastninger og behov for mer informasjon og oppfølging. Disse funnene dannet grunnlaget for utviklingen av innholdet i Gynea.

I det andre stadiet i modellen var *utvikling eller identifikasjon av teori*, der vi i nært samarbeid med sluttbrukere integrerte Antonovsky's teori (12, 13) om «opplevelse av sammenheng» som overordnet i utviklingen av innholdet. Fra det teoretiske rammeverket, var det igjen tre pilarer eller søyler som programmet bygget på: *Å tilegne seg kunnskap og innsikt*, som handlet om relevant medisinsk informasjon for å gi innsikt i sykdommen og behandlingsrelaterte endringer og utfordringer. *Å være til stede i sitt eget liv*, som handlet om å ha både en bevissthet om her og nå og en aksept av situasjonen slik den er, en balansert bevissthet som verken motstår, overdriver eller unngår situasjonen slik den er for den enkelte (14, 15). *Å være selvmedfølende*, som handlet om egenomsorg og det å være hensynsfull mot seg selv, på samme måte som man tar vare på andre (16).

I tredje stadiet i modellen anbefales en iterativ (gentakende) utviklingsprosess for intervensjonen går videre til klinisk testing (11). Samarbeid med ulike aktører og fem brukerrepresentanter gjennom nær to års utviklingsarbeid, bidrog til programmet møtte pasientenes spesifikke behov og ble opplevd som brukervennlig.

Brukergruppen besto av pasienter som tidligere hadde hatt gynekologisk kreft og deres innspill og arbeid var avgjørende for utformingen av innholdet i Gynea, som

blant annet språk, tone og nærvær i språket, relevans av innhold osv. Brukerne understreket også at interaktivitet som øvelser og oppgaver, måtte være relevante og gjennomførbare. I prosessen hadde vi jevnlig møter der vi laget prototyper på alt innhold som vi viste, diskuterte, reviderte og testet på nytt. Arbeidet var både krevende og svært konstruktivt. Brukerne fremhevet også at digitalt innhold ikke var tilstrekkelig for å skape trygghet og motivasjon, noe som gjorde at vi la til en forhåndsbestemt telefonsamtale med sykepleier etter at pasienten hadde arbeidet seg gjennom ukens modul.

Til sist, før programmet skulle prøves i en studie, ble det utført Think-aloud (individuelle) intervjuer med de fem i brukerne, samt fem andre tidligere pasienter for å teste hvordan deltakerne faktisk opplevde å bruke Gynea. Deltakerne ble bedt om å snakke høyt om hva de tenkte mens de navigerte i programmet. Dette gav oss innsikt i hva av innhold og struktur som var intuitivt og forståelig og hva som skapte forvirring (som for eksempel tekniske elementer, navigasjon og oppgavetekster). Intervjuene gav oss også innsikt i hvordan deltakerne reagerte følelsesmessig på innholdet (17, 18). Samtlige av de ti kvinnene som deltok her, tok utgangspunkt i de tre fiktive kvinnefortellingene, Ragna, Guri og Lillian, for å dele og diskutere egen kreftfortelling. De refererte til de tre kreftfortellingene i programmet på en personlig måte, noe som indikerte at de opplevde fortellingene som troverdige og realistiske. Dette var viktig ettersom formålet med fortellingene i første person var å hjelpe fremtidige brukere av programmet å gjenkjenne og reflektere over egne sykdomserfaringer, og bli styrket til å mestre en ny hverdag etter kreftsykdom. Vi fikk også prøvd ut oppgaver og øvelser, der tilbakemeldingene var at de var nyttige, men også krevende. Tilbakemeldingene bidro til å forbedre brukergrensesnittet og bekreftet at personlig støtte fra sykepleier var viktig for at deltakerne skulle føle seg sett og hørt (18).

Alt i alt gav think-aloud-intervjuene verdifull tilbakemelding på alle deler av programmet, etterfulgt av mindre justeringer i innhold og design. Utviklingsfasen resulterte i et strukturert seks ukers program med en ny modul hver uke.

Struktur og innhold – i det digitale psykoedukative programmet

Hver modul i Gynea inneholdt informasjon og kunnskap, verktøy, oppgaver og øvelser knyttet til temaer som var etterspurt av pasientgruppen for å mestre hverdagen etter kreftbehandling. I den første modulen *Endret hverdag* blir deltakerne kjent med de tre fiktive kvinnefortellingene om Ragna, Guri og Lillian og deres krefterfaringer. Etter å ha lest og/eller sett/lyttet (via videofortellinger) til kreftfortellingene, ble deltakerne invitert til både å respondere på det de har lest samt skrive sin egen fortelling. Modul to, *Endret kropp*, handler om de kroppslige endringene etter behandling, og hvordan disse påvirker den endrede hverdagen sett fra et helhetlig perspektiv. Gjennom tekst, oppgaver og øvelser blir deltakeren utfordret på sin situasjon gitt modulens tema. Modul tre om *Seksuell helse* tar opp utfordringer relatert til seksualitet, intimitet og par-relasjon. Modulen gir kunnskap og språk til de endringene som har skjedd og fremmer ivaretagelse av seg selv og eventuell partner. Modul fire, *Kreftrelatert fatigue*, handler å utforske og legge til rette for energimestring og balanse gjennom dagen og døgnet. Modul fem, *Frykt for tilbakefall* hjelper deltakerne med å forstå og håndtere angst og uro relatert til risiko for tilbakefall, og inneholder verktøy som støtter deltakeren til å overvåke kroppen og eventuelle symptomer ved tilbakefall, samt håndtere situasjoner når frykten blir altoverskyggende og handlingslammende. Sjette og siste modul, *Oppsummering*, gir mulighet for repetisjon av de fem foregående modulene samt støtter deltakerne i å sette mål og ta aktive valg for fremtiden. Alle modulene i programmet kombinerer selvstendig arbeid og personlig oppfølging fra sykepleier og legger til rette for interaktivitet, refleksjon, og prosessering av krefterfaringer og styrket mestring. For videre lesing om utvikling av programmet se gjerne publiserte artikler (17, 18).

Gjennomføring av pilot studien

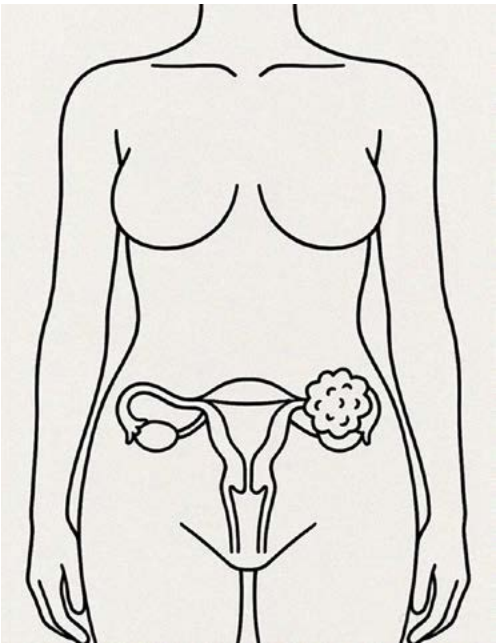
Sytti kvinner fra hele landet ble rekruttert til pilotstudien, der både PROM (pasientrapporterte utfallsmål) og PREM (pasientrapporterte erfaringer) samt prosess-

evaluering ble samlet inn (Nordgreen et al, innsendt artikkel). I tillegg ble fri tekst skrevet av kvinnene i selve programmet og et prosessevalueringsskjema samlet inn, samt 20 av 70 kvinner dybdeintervjuet om blant annet erfaringene med programmet (19). Vi vil i det følgende si noe om svarene fra prosessevalueringsskjemaet og beskrive noen av funnene fra dybdeintervjuene.

Prosessevaluering

På slutten av hver modul ble deltakerne spurt om nytteverdien av innholdet i modulen og i hvilken grad de ville anbefale modulen til en venn på en 10 punkts skala (der 1 var lav og 10 var høy verdi). I tillegg ble deltakerne bedt om å svare på et prosessevalueringsskjema da de var ferdig med å gjennomgå programmet. Seks av spørsmålene handlet om hvor tilfreds deltakerne var med programmet og syv elementer handlet om de spesifikke elementene i intervensjonen (som bruk av kreftfortellinger og øvelser).

Deltakerne rapporterte generelt høy grad av tilfredshet knyttet til både de enkelte modulene og hele programmet som sådan. Gjennomsnittlig tilfredshet på tvers av modulene var 7.4 av 10 (se tabell 1). Når det gjaldt evalueringen av programmet som helhet, vurderte deltakerne programmet gjennomgående høyt. På en 5 punkts likert skala om tilfredshet (1=ikke nyttig i det hele tatt, 5= svært nyttig), gav de en gjennomsnittlig vurdering på tvers av elementene på 4.34 av 5 (se tabell 2 som oppsummerer gjennomsnittsskårer). Videre var vurderingene av spesifikke intervensjonselementer gjennom-



gående høye, med en gjennomsnittlig vurdering på tvers av spørsmålene på 4.31 av 5 (Se tabell 3). Alt i alt viste resultatene fra pilotstudien at den digitale intervensjonen Gynea ble godt mottatt av deltakerne, og programmet ble evaluert som nyttig på flere viktige områder. Gjennomføringsgraden var høy, med 94 % av deltakerne som fullførte alle seks modulene. Modulene ble vurdert som personlig relevante og nyttige. Sykepleieroppfølgingen ble fremhevet som svært verdifullt i programmet.

Tabell 1: Modulvurderinger

Modul	Tema	Personlig nytte (1-10)	Vil anbefale til andre (1-10)
Modul 1	Hverdagsliv etter sykdom	7,4	8,0
Modul 2	En endret kropp	7,6	8,2
Modul 3	Seksuell helse	6,5	7,48
Modul 4	Fatigue	7,7	8,55
Modul 5	Frykt for tilbakefall	8,2	8,0
Modul 6	Oppsummering og veien videre		



Intervensjonens 6 moduler – 1 modul i uken.
Ukentlig telefonsamtale med sykepleier etter arbeid med ny modul.

Tabell 2: Vurdering av programmet som helhet

Vurderingsområde	Gjennomsnittlig vurdering (1–5)
Tilfredshet med programmet	4,34
Forståelighet av innholdet	4,88
Relevans for egen situasjon	4,5
Støtte i hverdagen	4,3
Hjelp med å håndtere følelser	4,2
Hjelp med å finne løsninger	4,0

Tabell 3: Vurdering av spesifikke elementer i intervensjonen

Element	Gjennomsnittlig vurdering (1–5)
Ukentlig telefonsamtale med sykepleier	4,68
Bruk av fiktive casehistorier	4,4
Refleksjonsoppgaver	4,3
Mindfulness-øvelser	4,2
Bruk av bilder som uttrykksform	3,88
Struktur og oppbygning	4,5
Tilgjengelighet og brukervennlighet	4,6

Kvalitative data – nedskrevne pasient-erfaringer og dybdeintervju

Kvalitative data ble samlet inn på ulike måter, både via svarfelt med fritext i selve programmet der kvinnene kunne skrive fritt om ulike tema og spørsmål, men også gjennom åpne spørsmål i et prosessevalueringsskjema samt dybdeintervju med 20 deltakere som hadde deltatt i programmet (5, 20-22).

Resultater

Kvinnene fortalte om store endringer i etterkant av diagnose og behandling som var negative for livskvaliteten. Selv om kvinnene visste hvilken behandling de

hadde vært gjennom, visste de eller forstod de ikke hvordan behandlingen ville virke inn på livet i etterkant. Det å få hjelp til å forstå seg selv gjennom modulene i programmet –og spesielt andres kreftfortellinger – hjalp dem til å forstå at det som de opplevde, var naturlig og normalt etter det de hadde vært gjennom. En av kvinnene uttrykte det slik: *«Programmet hjalp meg til å rydde i kaoset og ta ned en og en ball. Nå forstår jeg at det jeg kjenner på av kroppslige endringer er normalt og naturlig etter behandling – og jeg lever derfor tryggere med endringer og plager.»*

Kvinnene fortalte at gjennom å lese om andre kvinners krefterfaringer, hjalp det dem å forstå seg selv på nye

Felles innsats mot kreft, legger vekt på å styrke pasientens rolle og understøtter digital deltagelse i oppfølging og rehabilitering etter kreftbehandling.

måter. Slik opplevde de også å være i fellesskap med andre kvinner som hadde samme erfaring, noe som førte til at de følte seg mindre alene. Økt innsikt og forståelse for andres, og dermed egen situasjon, førte videre til selvmedfølelse og støtte til seg selv, både når det gjaldt kroppslige, psykiske, sosiale og eksistensielle endringer og utfordringer etter kreftbehandling, slik som en av kvinnene uttrykte det: *«Jeg skjønnte at det ikke bare var meg som hadde det sånn – det hjalp meg å være mer snill med meg selv.»*. Den konkrete og kreftspesifikke informasjonen i programmet gjorde at kvinnene gjenkjente egne opplevelser og fikk hjelp til mestring og ivaretagelse av seg selv. Mange av deltakerne uttrykte at det store utbyttet de erfarte gjennom programmet, fordret et emosjonelt arbeid som omfattet det å gå inn i eget sykdomsforløp og følelsesmessig prosessere krefterfaringen. Dette var en prosess som krevde tid og rom. En kvinne sa; *Det var godt å få satt ord på ting, men det kostet også litt.*» Noen trengte mer tid enn andre og det var viktig at programmet tillot individuell tilpasning og refleksjon. En av deltakerne sa det slik: *«Jeg trengte tid til å la det synke inn – det var ikke gjort på seks uker!»*

Den ukentlige kontakten og telefonsamtalen med sykepleier ble fremhevet som svært viktig for utbyttet av programmet da den gav trygghet, motivasjon og hjelp til å forstå og anvende innholdet i programmet. En deltaker sa det slik: *«Det betydde mye å vite at noen fulgte med og brydde seg – det gjorde at jeg ville fortsette»*. Kvinnene beskrev sykepleieren som nærværende, lyttende og støttende. Noen av deltakerne var tydelige på at kontakten med sykepleier var avgjørende for at de turte å åpne opp for de vanskelige erfaringene og følelsene som ble vekket gjennom å lese de tre fiktive kvinnenes krefterfaringer som kunne minne om deres egne. At sykepleier lyttet og bekreftet det som kvinnene hadde erfart som utfordrende var viktig, da flere hadde opplevd at erfaringene deres ble bagatellisert i møte med helsetjenesten. En kvinne beskrev sykepleieren som tålte det vanskelige hun fortalte som å være «ankeret hennes». Samtalen med sykepleier gjorde også at kvinnene kunne samtale videre om temaene i modulene eller ta opp andre tema som de var opptatt

av, i tillegg til at det var en «åpen dør» inn til sykehuset og behandlerne, noe mange hadde savnet og var et gode i seg selv. Samtalen med sykepleier var også en hjelp til å komme seg gjennom modulene som avtalt.

I en av modulene, *Seksuell helse*, fikk kvinnene lese om seksuelle endringer som var naturlige og normale i etterkant av behandling for underlivskreft. Flere av kvinnene beskrev en lettelse, da de leste om andre kvinner som også opplevde manglende lyst, avlatende følelser og skyldfølelse for partner som fremdeles hadde lyst. Gjennom tekst, oppgaver og øvelser, fikk kvinnene en forståelse for hvordan sykdom og behandling hadde medført kroppslige endringer som også endret seksuallivet. I tillegg fikk kvinnene anledning til å snakke med en erfaren sykepleier som kunne bekrefte at det de opplevde var normalt og naturlig som følge av diagnose og behandling. Gjennom å arbeide med modulen som hadde en helhetlig tilnærming til seksualitet, erfarte flere av kvinnene at de fikk en utvidet forståelse av seksualitet som også inkluderte intimitet og nærhet, og en bevissthet på egne behov og ivaretagelse av grenser. Flere kvinner løftet frem at modulen ga dem et språk og en forståelse som åpnet for samtale med partner om temaet. Enkelte fortalte også at de lot partneren lese modulen, slik at de begge fikk den samme forståelsen. Samtidig var det ikke alle som opplevde at temaet seksualitet var aktuelt. For flere handlet det om fysiske plager, tretthet, frykt for tilbakefall, som gjorde at seksuell helse ikke var i fokus. For noen handlet det om et behov for å få kontroll over egen kropp og føle seg klar. En av kvinnene fortalte at hun hadde skrevet ut innholdet fra modulen for å kunne lese det senere.

Etter behandling oppleve mange en sterk og hemmende redsel for at kreftsykdommen skulle komme tilbake. Flere beskrev også hvordan kroppslige endringer ble assosiert med tilbakefall. Modulen *Frykt for tilbakefall* ble derfor opplevd som svært hjelpsom. Modulen beskrev forskjellen mellom *den nyttige- og den unyttige frykten*. Den nyttige frykten handlet om å være årvåken for kroppen og vanlige symptomer ved tilbakefall, med



Foto: Freepik

informasjon relatert til hvilken form for underlivskreft de hadde hatt. Et symptomark illustrerte oversikt over hva de skulle følge med på for slik å få mer trygghet og kontroll over livet her og nå. Den unyttige frykten som kan gå over i angst ble også beskrevet slik at deltakerne kunne lære seg å gjenkjenne når frykten tok overhånd, med ulike mestringsstrategier for å takle det. Kvinnene løftet frem dette som gode verktøy. Oppsummert forteller kvinnene at programmet ble opplevd som svært nyttig og meningsfullt, samtidig som det også var følelsesmessig krevende. Utbyttet av programmet så ut til å ligge i det å gå i møte med og konfrontere vanskelige erfaringer og følelser knyttet til krefterfaringen. Kreftfortellingene om Ragna, Guri og Lillian synes å være spesielt viktige for at kvinnene kunne gjenkjenne og identifisere egne erfaringer. Å få ta del i andre kvinners kreft historier hjalp den enkelte til å møte seg selv med støtte og forståelse, og slik bevege seg mot aksept og en ny normal.

Implementering

Implementering av Gynea i klinisk praksis har vært en

langsom prosess. Flere forhold har gjort at prosessen har blitt forsinket, som blant annet gjennomføring av en Risiko og Sårbarhetsanalyse (ROS analyse), avklaringer knyttet til eierskap, og ansvarsfordeling, samt begrensede ressurser til rekruttering og oppfølging av pasienter. Et første steg i implementeringsarbeidet var å gjøre programmet tilgjengelig gjennom Vardesenteret ved Helse-Bergen. Såkornmidler fra Helse Vest har videre ledet til at programmet nå i neste steg implementeres ved gynekologisk poliklinikk i Helse-Bergen. To sykepleiere skal ha et ekstra ansvar for å rekruttere og følge opp pasientene i programmet, hovedsakelig med bruk av en chat.

Flere helseforetak utenfor Helse-Bergen har vist interesse for å ta programmet i bruk og/eller tilpasse det til andre pasientgrupper. Siden Gynea er integrert i Youwell, en digital plattform som nå benyttes ved alle helseforetak i Norge, muliggjør dette implementering av Gynea ved de andre helseforetakene. Mer informasjon kan rettes til artikkelforfatter eller til spesialrådgiver for E-helse, Helse-Bergen, Jan Gunnar Hesthammer jan.gunnar.hesthammer@helse-bergen.no.

Avsluttende kommentarer

Erfaringene fra Gynea-programmet viser at digital rehabilitering med sykepleierstøtte kan være et verdifullt supplement til tradisjonell oppfølging etter kreftbehandling. Kvinnene som har deltatt i studien erfarte programmet som relevant og meningsfullt, særlig fordi de gjenkjente egne utfordringer i innholdet og fikk den kunnskapen og informasjonen de trengte for å mestre endringene de opplevde. Sykepleierens rolle som veileder og samtalepartner ble løftet frem som svært viktig for å oppleve trygghet og støtte gjennom programmet.

Funnene gir grunnlag for å vurdere hvordan lignende digitale intervensjoner kan videreutvikles og tilpasses andre pasientgrupper med ulike kreftdiagnoser. Mange kreftpasienter har behov for rehabilitering etter sykdom og behandling, og digitale løsninger kan bidra til dette på en fleksibel og tilgjengelig måte – uavhengig av geografi og ressurser i helsetjenesten. Videre utvikling og forskning bør rette seg mot hvordan slike programmer kan skreddersys til ulike diagnoser, livssituasjoner og aldersgrupper, og hvordan tverrfaglig støtte kan integreres. Med riktig innhold og struktur kan digitale rehabiliteringsprogrammer være en viktig del av fremtidens kreftomsorg – der pasientens opplevelse og behov står i sentrum.

Det digitale lærings- og mestringsprogrammet Gynea ble finansiert av Norges forskningsråd (NFR 259293) til Intromat (Introducing mental health to Adaptive Technology). ●

Referanseliste

1. Sekse RJT, Dunberger G, Olesen ML, Østerbye M, Seibæk L. Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer—An integrative review. *Journal of clinical nursing*. 2019;28(9-10):1393–421.
2. Roussin M, Lowe J, Hamilton A, Martin L. Sexual quality of life in young gynaecological cancer survivors: a qualitative study. *Quality of Life Research*. 2023;32(7):2107–15.
3. Galica J, Saunders S, Romkey-Sinasac C, Silva A, Ethier J-L, Giroux J, et al. The needs of gynecological cancer survivors at the end of primary treatment: A scoping review and proposed model to guide clinical discussions. *Patient Education and Counseling*. 2022;105(7):1761–82.
4. Seland M, Skrede K, Lindemann K, Skaali T, Blomhoff R, Bruheim K, et al. Distress, problems and unmet rehabilitation needs after treatment for gynecological cancer. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2022;101(3):313–22.
5. Tveit Sekse RJ, Breistig S, Synnes O. Processing the trauma of gynaecological cancer through reading and writing: Women's experiences from digital storytelling after treatment. *Health Care for Women International*. 2025;1–19.
6. Sun Y, Ma Y, Li Q, Ge J. Supportive care needs of women with gynaecological cancer: A systematic review and synthesis of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*. 2023;79(8):2784–801.
7. Li Y, Li J, Zhang Y, Ding Y, Hu X. The effectiveness of e-Health

interventions on caregiver burden, depression, and quality of life in informal caregivers of patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of nursing studies*. 2022;127:104179.

8. Kim AR, Park H. Web-based self-management support interventions for cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *MEDINFO 2015: eHealth-enabled Health*. 2015:142–7.
9. Pimentel-Parra GA, Soto-Ruiz MN, San Martin-Rodriguez L, Escalada-Hernandez P, Garcia-Vivar C. Effectiveness of digital health on the quality of life of long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Semin Oncol Nurs*. 2023;39(4):151418.
10. Seib C, Anderson D, McGuire A, Porter-Steele J, McDonald N, Balaam S, et al. Improving health-related quality of life in women with breast, blood, and gynaecological Cancer with an eHealth-enabled 12-week lifestyle intervention: the women's wellness after Cancer program randomised controlled trial. *BMC cancer*. 2022;22(1):747.
11. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*. 2008;337:1–6.
12. Antonovsky A. Health promoting factors at work: The sense of coherence. *Psychosocial factors at work and their relation to health*. 1987:153–67.
13. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. *The health psychology reader*: SAGE Publications Ltd; 2002. p. 127–39.
14. Neff K. Self-compassion: The proven power of being kind to yourself. *Hachette UK*; 2011.
15. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation: Hachette uk; 2013.
16. Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2023;74(1):193–218.
17. Flobak E, Nordberg OE, Guribye F, Nordgreen T, Sekse RJT, editors. "This is the story of me": Designing audiovisual narratives to support reflection on cancer journeys. *Designing Interactive Systems Conference 2021*; 2021.
18. Sekse RJT, Nordgreen T, Flobak E, Lystrup M, Braathen E, Werner HM. Development of a framework and the content for a psychoeducational internet-delivered intervention for women after treatment for gynecological cancer. *Nursing Reports*. 2021;11(3):640–51.
19. Breistig S, Thorkildsen KM, Werner HJM, Nordgreen T, Tveit Sekse RJ. Women's lived experiences with nurse-supported digital rehabilitation after gynaecological cancer: A phenomenological hermeneutic study. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2025;45:20571585251332162.
20. Breistig S, Thorkildsen KM, Sekse RJT. Gynecological Cancer Survivors' Experiences and Desire for Follow-up After Recent Treatment: A Phenomenological Hermeneutic Study. *Cancer Nursing*. 2023;10:1097.
21. Breistig S, Thorkildsen KM, Werner HJM, Nordgreen T, Sekse RJT. Redefining sexual health after gynaecological cancer: Lived experiences from Gynea, a digital rehabilitation programme. *Journal of Clinical Nursing*. 2024;33(3):1110–21.
22. Sekse RJT, Augestad M. A digital psycho-educative program addressing women's fear of cancer recurrence: A qualitative thematic analysis of informants' own written texts. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2025;45:20571585251343259.

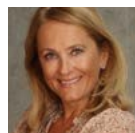
Fire stemmer i samme rom – Komplekse og følelsesladde beslutningsprosesser ved glioblastom

Denne fagartikkelen har til hensikt å reflektere rundt beslutningsprosesser som følger pasienter med glioblastom basert på funn fra en masteroppgave og relevant faglitteratur.



Alexander Frodason

Kreftsykepleier med fagansvar, MSc
Sengepost 6 nord, Avdeling for sengeposter,
Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus
alfrod@ous-hf.no



Berit Seljelid

Seksjonsleder, forsker, PhD
Seksjon for helsekompetanse, Avd. for utdanning og
kompetanseutvikling, Oslo universitetssykehus
Avd. for digital helseforskning, Medisinsk klinikk, OUS
uxbeel@ous-hf.no

Ved glioblastom må valg tas raskt med stor usikkerhet for pasienter og pårørende. Funn fra masteroppgaven tyder på at informasjonen må tilpasses og gjentas, at pårørende er avgjørende for å støtte og stå bak pasientene og at valg må evalueres og revideres underveis i behandlingsforløpet (1). En tverrfaglig tilnærming gjør det mulig å fordele roller, få frem pasientens og pårørendes preferanser og justere kursen underveis (2).

Glioblastom

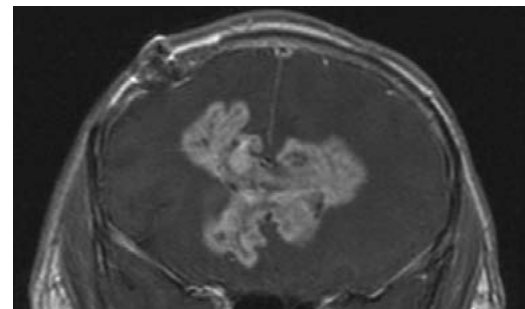
Glioblastom er den hyppigste og mest aggressive formen for primær hjernesvulst hos voksne i Norge. Om lag 200-250 personer rammes årlig, og median alder ved diagnose er rundt 65 år (3;4). Sykdommen anses uhelbredelig ved diagnose, og median overlevelse er rundt 12 måneder (3;4). Behandlingen som vanligvis tilbys er kirurgisk reseksjon, hvis mulig, etterfulgt av strålebehandling med konkomitant og adjuvant cellegift (3). All behandling har en viss risiko. Kirurgi kan føre til nevrologiske komplikasjoner, mens strålebehandling og cellegift kan medføre betydelige bivirkninger som for eksempel fatigue, kognitiv svikt, kvalme, hårtap, benmargssuppresjon og infeksjonsrisiko (3). Palliasjon bør integreres ved diagnosetids-

punkt, med vekt på tidlig og kontinuerlig symptomlindring (5). Hensikten med palliativ behandling er symptomlindring, bevaring av funksjonsnivå, ivaretagelse av best mulig livskvalitet og økt overlevelse (3;5). Behandlingsnivå og intensitet individualiseres etter alder, allmenntilstand, svulstlokalisasjon og molekylære markører (3). Behandlingsvalgene innebærer reelle avveininger mellom begrenset livsforlengelse og



Alexander Frodason ved sin poster på landskonferansen i kreftsykepleie i Bergen, september 2025. Foto: Privat

vurdering av risiko for funksjonstap og bivirkninger (3;6). Fordi sykdommen er uhelbredelig fra start, legger pasientens preferanser, ønsker og verdier føringer for valg av behandling (3;6). Dette medfører at samvalg er sentralt for å komme frem til valg av behandling (6-8).



MR bilde glioblastom. Bildet deles med tillatelse fra professor Petter Brandal.

Samvalg som ideal – krevende i praksis

Samvalg løftes frem som et ideal i norsk helsetjeneste og er forankret i lovverket og helsepolitiske dokumenter som beskriver pasientens rett til å medvirke i beslutningsprosesser (7). Samvalg forklares ofte som medvirkning i beslutningsprosesser hvor det er minst to behandlingsalternativer og at pasient og lege kommer frem til en beslutning gjennom kunnskapsbasert informasjon og en toveis-dialog som får frem pasientens verdier og preferanser (9). Målet er å styrke pasientens autonomi og bidra til behandlingsvalg i tråd med pasientens verdier og tilfredshet (10). Forskning viser at selv om pasienters behov for medvirkning varierer, ønsker de fleste å være involvert og ha en aktiv rolle i beslutninger som angår egen behandling og helse (6;11). Til tross for at samvalg er et tydelig ideal, viser studier at det kan være krevende å gjennomføre i praksis. Dette skyldes ofte pasient- og helsepersonellrelaterte barrierer som påvirker beslutningsprosessene (12;13). Dermed blir idealet om samvalg ofte utfordret i møte med virkeligheten. Selv om samvalg er krevende i mange kliniske situasjoner, blir utfordringene i beslutningsprosesser enda tydeligere ved alvorlige og uhelbredelige kreftdiagnoser som glioblastom (14).

Å navigere i ukjent terreng

Beslutningsprosesser ved glioblastom kan bli krevende fordi sykdommen utvikler seg så raskt, prognosen er alvorlig og krever tidlig oppstart av behandling (3;15). Dette gir lite tid til helsepersonell å utforske pasienters

ønsker og preferanser (16). Samtidig innebærer det å få glioblastom, perioder preget av emosjonelle belastninger, høy symptombyrde og en stor usikkerhet, noe som fører til tap av autonomi, sosial isolasjon og frykt for fremtiden (17). Mange pasienter er fullstendig uforberedt på det som venter dem og beskriver den nye livssituasjonen som å navigere i ukjent terreng (18). Kreftsykepleiere opplever at pasienter må ta stilling til omfattende behandling før de har rukket å forstå sykdommen fullt ut (1). I tillegg kan kognitive svikt og redusert sykdomsinn-sikt oppstå tidlig i sykdomsforløpet, noe som svekker pasientens mulighet til å delta aktivt i beslutningene (19). For å kunne navigere i det ukjente terrenget opplever derfor flere pasienter seg avhengige av støtte fra sine nærmeste pårørende (20). Når pasientens evne til å delta i beslutningsprosessene svekkes, blir pårørende rolle desto viktigere, både som støttespiller og som aktive deltagere i beslutningsprosessene (1;20).

Involvering av pårørende

Glioblastom er en sykdom som ikke bare rammer pasienten, men hele familien (17). Pårørende er en viktig ressurs for pasienten gjennom hele sykdomsforløpet (15;20;21). De hjelper pasienten med å forstå informasjon, å huske det som ble sagt, gir emosjonell støtte, fanger opp endringer i funksjon og påtar seg omsorgsoppgaver som gjør behandling og oppfølging mulig (21-23). Når beslutninger skal tas, kan pårørendes nærhet til pasientens verdier og livssituasjon gi en viktig pekepinn for hva som oppleves riktig akkurat nå (20). Samtidig kan involvering av pårørende medføre etiske dilemmaer, når pasient og pårørende ønsker forskjellige ting (24). Pasienter kan vektlegge livskvalitet, mens pårørende håper på best mulig livskvalitet (1). Ulik forståelse av prognose, frykt for symptomforverring, bivirkninger og presset man står i kan gjøre det vanskelig å finne en felles vei i ukjent terreng (1;12;24). Ved kognitiv svikt kan pårørende oppleve at de må ta større ansvar, noe som både kan være nødvendige og belastende (22-25). Forskning viser at pårørende etterlyser mer tilpasset og gjentatt informasjon, de ønsker å bli sett og involvert på en strukturert måte (21;22). Uenighet oppstår gjerne når situasjonen er uoversiktlig og tiden knapp (12-14). Dette understreker behovet for åpen kommunikasjon, tett samarbeid mellom helsepersonell, strukturert psykososial støtte og tydelige rammer for samvalg med en tverrfaglig tilnærming som involverer pårørende (2;8;14). Når beslutningene er så komplekse og følelsesladde, er det avgjørende

å ha helsepersonell som kan støtte både pasient og pårørende gjennom prosessen (1;15;20). Kreftsykepleiere har en sentral rolle i å balansere pasienters og pårørendes perspektiver i slike prosesser (1;14).

Kreftsykepleiers rolle i en tverrfaglig tilnærming til samvalg

Samvalg er ikke bare en metode (26), men en prosess som må forankres i samarbeid mellom ulike helsefaglige yrkesprofesjoner og pårørende (1;2;14). En tverrfaglig tilnærming til samvalg innebærer at minst to helsepersonell med ulik fagbakgrunn jobber aktivt sammen med pasient og pårørende om beslutningsprosesser, enten samtidig eller i rekkefølge (2). Samvalg ved glioblastom er sjelden en isolert hendelse mellom lege og pasient (8;27). Det kan betraktes som kontinuerlige og dynamiske beslutningsprosesser der helsepersonell og pårørende bidrar med sin kompetanse for å utforske alternativer, avklare preferanser og sikre gjennomførbarhet (2;8;14). Kreftsykepleiere har en sentral rolle i dette samarbeidet (1). De fanger opp tegn på redusert innsikt eller kognitiv svikt, samler inn viktig informasjon om pasientens og pårørendes preferanser, formidler tilpasset informasjon, fungerer som bindeledd mellom helsepersonell, pasient og pårørende, tilbyr psykososial støtte og har en veiledende rolle gjennom hele behandlingsforløpet (1;14;15;20). Kreftsykepleiere legger til rette for at pasientene skal bli hørt, samtidig som de inkluderer pårørendes perspektiver og behov (1). For å illustrere dette presenteres i neste avsnitt en pasienthistorie om «Arne». Pasienthistorien bygger på erfaringer fra klinisk praksis og viser hvordan fire stemmer; pasientens, pårørendes, legens og kreftsykepleierens, møtes i samme rom, og hvordan kreftsykepleieren kan bidra til å balansere ulike perspektiver og skape trygge rammer for beslutningsprosesser.

Fire stemmer i rommet

Arne er 68 år og lever med diagnosen glioblastom. Sykdommen debuterte med et epileptisk anfall. Han har gjennomgått kirurgi og har funksjonsnedsettelse med nedsatt kraft i venstre arm og ben. I tillegg opplever han kognitive utfordringer knyttet til oppmerksomhet, problemløsning, planlegging og korttidshukommelse. Midt i forløpet med seks ukers strålebehandling ble Arne innlagt på sykehuset med bivirkninger og utfordringer knyttet til å holde oversikt over avtaler og medisiner. Nå nærmer han seg slutten av strålebehandlingen og skal ha en samtale med lege og kreftsykepleier

om veien videre i behandlingsforløpet. Kona er invitert til å delta av kreftsykepleier og etter Arnes eget ønske. Han ønsker å utsette oppstart av cellegift for å tilbringe tid på barndomshytta sammen med familien. Kona uttrykker sterk uro for at sykdommen skal forverre seg raskt hvis behandlingen utsettes. Hun er sliten, bærer mye ansvar i hverdagen og frykter nye anfall og tap av funksjon. I rommet deltar også lege og kreftsykepleier, som sammen skal støtte paret i å finne en vei videre.



Illustrasjon skapt ved hjelp av kunstig intelligens: OpenAI. (2025) Sora.

Pasientens stemme

Arne ønsker å prioritere livskvalitet med familien. Han setter ord på verdier som handler om nærhet, minner og opplevelser. Arne uttrykker et behov for å puste mellom rundene med behandling.



Illustrasjon skapt ved hjelp av kunstig intelligens: GPT5 (2025) M365 Copilot

Pårørendes stemme

Kona ønsker at Arne skal starte behandlingen raskt, av frykt for sykdomsprogresjon og tap av funksjon. Samtidig bærer hun på egen belastning knyttet til omsorgsansvar, usikkerhet og samvittighet. Hun er både en ressurs og en part med egne behov som må anerkjennes.



Illustrasjon skapt ved hjelp av kunstig intelligens: GPT5 (2025) M365 Copilot

Legens stemme

Legen redegjør for behandlingsoalternativene, risikoen ved å utsette cellegift og de mulige konsekvensene for sykdomsutviklingen. Legens rolle er å sikre at beslutningen tas på et kunnskapsbasert grunnlag som inkluderer at Arne og konas perspektiver respekteres.

Kreftsykepleierens stemme

Kreftsykepleieren forklarer medisinsk informasjon slik at Arne og kona forstår. Hun utforsker hva som ligger bak ønskene og bekymringene deres, anerkjenner Arnes behov for livskvalitet og gir rom for konas frykt og utmattelse. Kreftsykepleieren foreslår praktiske tiltak som kan skape trygghet, for eksempel tidligere kontakt med palliativt team, avlastning gjennom kommunale helsetjenester, avtale om åpen retur og tettere oppfølging fra sykehuset.

Hvordan styrke samvalg ved glioblastom

Arnes situasjon synliggjør hvordan beslutningsprosesser ved glioblastom rommer flere stemmer og hvordan samvalg utvikler seg som en dynamisk prosess, ikke et enkelt valg (2;8). Pasientens verdier, pårørendes bekymringer, legens medisinske vurderinger og kreftsykepleiers evne til å knytte

perspektivene sammen må alle få plass i slike prosesser. Når disse perspektivene møtes i strukturerte og inkluderende dialoger, kan beslutningene tilpasses både sykdommens alvor og pasientens livssituasjon (2;26). Beslutningsprosesser ved glioblastom er komplekse og preget av tidspress, usikkerhet og sterke følelser (1). Samvalg fremstår som en nødvendig tilnærming for å sikre at pasientens verdier og pårørendes synspunkter integreres med faglige vurderinger (2;9). Kreftsykepleiere har en nøkkelrolle i å holde prosessen levende gjennom hele forløpet, bidra med psykososial støtte og skape trygghet i et tverrfaglig samarbeid (1). Slik kan behandlingen tilpasses den enkeltes livssituasjon og gi grunnlag for valg som oppleves meningsfulle. En utfordring er at samvalg i stor grad har vært knyttet til relasjonen mellom pasient og lege (27). Dette kan gjøre handlingsrommet uklart for andre perspektiver (14;28), som kreftsykepleier og pårørende. Kreftsykepleiere har ofte tett og tillitsfull relasjon til pasient og pårørende, og deres innsikt kan være avgjørende for å avdekke preferanser og støtte refleksjon rundt vanskelige valg (1). Likevel er kreftsykepleiers rolle i beslutningsprosesser i liten grad beskrevet i samvalg (1;9;28). Det samme gjelder pårørende, som ofte

er sterkt berørt og involvert, men ikke alltid inkluderes i beslutningsprosesser.

For å styrke reell involvering i praksis, bør det i større grad åpnes for flere perspektiver, hvor både kreftsykepleiere og pårørendes rolle synliggjøres og integreres. Med det som utgangspunkt bør det utvikles strukturer og verktøy som støtter tverrfaglig samarbeid og involvering av pårørende i beslutningsprosesser. ●

Referanser

1. Frodason A. Kreftsykepleieres erfaringer med pasient- og pårørendeinvolvering i beslutningsprosesser – En kvalitativ studie: Oslo Metropolitan University; 2024.
2. Légaré F, Stacey D, Pouliot S, Gauvin F-P, Desroches S, Kryworuchko J, et al. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *J Interprof Care*. 2011;25(1):18–25. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.490502>
3. Helsedirektoratet. Diffuse gliomer hos voksne - handlingsprogram. 2023. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 17 April, 2024; hentet 20 September 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diffuse-hoygradige-gliomer-hos-voksne-handlingsprogram>.
4. Våg I, Ingebrigtsen T. Årsrapport 2024 med resultater og forbedringstiltak fra kvalitetsregister for hjerne- og ryggmarssvulster. Folkehelseinstituttet. Krefregisteret; 2025.
5. Helsedirektoratet. Palliasjon i kreftomsorgen - handlingsprogram. 2015. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 14 Oktober, 2019; hentet 20 Septembeber 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>.
6. Bras IJM, Hoogendoorn P, Sitskoorn MM, Rutten G-JM, Gehring K. A scoping review: Understanding brain tumor patients' decisional needs and preferences. *Neuro-oncology practice*. 2025. <https://doi.org/10.1093/nop/npaf056>
7. Meld. St. 7 (2019-2020). 2019. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
8. Musella A, DeVitto R, Anthony M, Elliott Mydland D. The Importance of Shared Decision-Making for Patients with Glioblastoma. *Patient preference and adherence*. 2021;15:2009–16. <https://doi.org/10.2147/PPA.S314792>
9. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(12):e031763. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>
10. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med*. 2012;366(9):780–1. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
11. Noteboom EA, May AM, Wall E, Wit NJ, Helsper CW. Patients' preferred and perceived level of involvement in decision making for cancer treatment: A systematic review. *Psychooncology*. 2021;30(10):1663–79. <https://doi.org/10.1002/pon.5750>
12. Keij SM, Lie HC, Laidsaar-Powell R, Kunnehan M, de Boer JE, Moaddine S, et al. Patient-related characteristics considered to affect patient involvement in shared decision making about treatment: A scoping review of the qualitative literature. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107677>
13. Waddell A, Lennox A, Spassova G, Bragge P. Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: a systematic review. *Implement Sci*. 2021;16(1):74–23. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01142-y>
14. Rabben J, Vivat B, Fossum M, Rohde GE. Shared decision-

making in palliative cancer care: A systematic review and metasynthesis. *Palliat Med*. 2024;38(4):406–22. <https://doi.org/10.1177/02692163241238384>

15. Boele FW, Butler S, Nicklin E, Bulbeck H, Pointon L, Short SC, et al. Communication in the context of glioblastoma treatment: A qualitative study of what matters most to patients, caregivers and health care professionals. *Palliat Med*. 2023;37(6):834–43. <https://doi.org/10.1177/02692163231152525>
16. Bras IJM, Joosen MCW, Rutten G-JM, van Vugt IJM, Sitskoorn MM, Boele FW, et al. A thematic analysis of shared decision-making in consultations with patients with a presumed brain tumor and neurosurgeons. *Neurooncol Pract*. 2025;12(2):219–30. <https://doi.org/10.1093/nop/npae110>
17. Ståhl P, Henoch I, Rydenhag B, Smits A, Ozanne A. Living with glioblastoma — the need for integrated support based on experiences of chaos, loss of autonomy, and isolation in both patients and their relatives. *Support Care Cancer*. 2024;32(9):599. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08801-y>
18. Malmström A, Åkesson L, Milos P, Mudaisi M, Bruhn H, Strandeus M, et al. “Do I want to know it all?” A qualitative study of glioma patients' perspectives on receiving information about their diagnosis and prognosis. *Support Care Cancer*. 2021;29(6):3339–46. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05846-7>
19. Pace A, Koekkoek JAF, van den Bent MJ, Bulbeck HJ, Fleming J, Grant R, et al. Determining medical decision-making capacity in brain tumor patients: why and how? *Neurooncol Pract*. 2020;7(6):599–612. <https://doi.org/10.1093/nop/npaa040>
20. Sorensen von Essen H, Stacey D, Dahl Steffensen K, Guldager R, Rom Poulsen F, Piil K. Decisional needs of patients with recurrent high-grade glioma and their families. *Neuro-oncology practice*. 2022;9(5):402–10. <https://doi.org/10.1093/nop/npac046>
21. Helse- og omsorgsdepartementet. Vi – de pårørende: Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2020. [hentet 20 September 2025]. <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
22. Coman DL, Chard MP, Desautels L, Lutz BJ, Minns LA. What do spouse primary caregivers of patients with glioblastoma want medical providers to know? A qualitative thematic reflexive analysis of letters written by primary caregivers from a secret Facebook support group. *BMJ Open*. 2024;14(3):e081783. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081783>
23. Guldager R, Nordentoft S, Poulsen I, Aadal L, Loft MI. Wants and needs for involvement reported by relatives of patients with a malignant brain tumour: a scoping review. *JBIM Evid Synth*. 2023;21(11):2188–210. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00311>
24. Francis SR, Hall EOC, Delmar C. Ethical dilemmas experienced by spouses of a partner with brain tumour. *Nurs Ethics*. 2020;27(2):587–97. <https://doi.org/10.1177/0969733019857790>
25. Helsedirektoratet. Pårørendeveileder. 2017. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [oppdatert 13 Mars 2024; hentet 20 September 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
26. Montori VM, Ruisen MM, Hargraves IG, Brito JP, Kunnehan M. Shared decision-making as a method of care. *BMJ evidence-based medicine*. 2023. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112068>
27. Clayman ML, Gulbrandsen P, Morris MA. A patient in the clinic; a person in the world. Why shared decision making needs to center on the person rather than the medical encounter. *Patient Educ Couns*. 2017;100(3):600–4. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.016>
28. Lewis KB, Stacey D, Squires JE, Carroll S. Shared Decision-Making Models Acknowledging an Interprofessional Approach: A Theory Analysis to Inform Nursing Practice. *Res Theory Nurs Pract*. 2016;30(1):26–43. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.1.26>



Får du spørsmål om livet med kreft?

Vi hjelper kreftsyke, pårørende og etterlatte i hverdagen.

Å være kreftsyk kan by på flere utfordringer i hverdagen, særlig i tiden etter et sykehusopphold. Derfor har Kreftforeningen etablert tilbud om både praktisk og mellommenneskelig hjelp, rundt omkring i landet.

Vi kan hjelpe med husvask, plenklipping eller skyss til sykehus og apotek. Noen trenger juridisk rådgivning eller økonomisk hjelp, mens andre ønsker kostholdskurs eller kunnskap om støtteordninger på nettet. Vi har også tilbud for den som ønsker å snakke med en likeperson, blant annet på Vardesenteret. Ringer du Kreftforeningens rådgivningstjeneste, får du snakke med en fagperson.

Alle tilbudene er gratis, og flere er tilgjengelige for pårørende og etterlatte.

Ingen skal møte kreft alene – snakk med oss i Kreftforeningen.

Les mer om tilbudene på kreftforeningen.no



eller ring 21 49 49 21.



KREFTFORENINGEN
TIL FOR DEG



Primærendepunkt i DESTINY-Breast03 er PFS iht BICR*¹ hos pasienter med

HER2+ metastatisk brystkreft i 2L+

29.0 måneder
mPFS^{1**}

ENHERTU 29.0 mnd (N=261, KI 23.7-40.0).
vs T-DM1 7.2 mnd (N=263, KI 6.8-8.3).
HR 0.30 (95 % 0.24-0.38).

52.6 måneder
mOS^{1**}

ENHERTU 52.6 (95 % KI 48.7-NE).
vs T-DM1 42.7 (35.4-NE).
Risikoreduksjon for død 27 % (HR, 0.73; 95 % CI, 0.56-0.94).¹

INDIKASJON:

ENHERTU som monoterapi er indisert til behandling av voksne pasienter med inoperabel eller metastaserende HER2-positiv brystkreft som har fått ett eller flere tidligere anti-HER2-baserte regimer.²

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Utvalgt sikkerhetsinformasjon: Skal forskrives av lege og administreres under tilsyn av helsepersonell med erfaring innen bruk av kreftlegemidler. For å forebygge feilmedisinering skal hetteglassene sjekkes for å sikre at legemidlet som tilberedes og administreres er Enhertu (trastuzumabderukstekan) og ikke trastuzumab eller trastuzumabemtansin.

Interstiell lungesykdom (ILD)/pneumonitt: Pasienter skal monitoreres for tegn og symptomer på ILD/pneumonitt og umiddelbart utredes ved mistanke om dette.

Nedsatt nyrefunksjon: En høyere insidens av ILD / pneumonitt grad 1 og 2 (som medførte økt forekomst av seponering), og en høyere insidens av alvorlige

bivirkninger, er sett ved moderat nedsatt nyrefunksjon. Pasienter med moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal monitoreres nøye for bivirkninger, inkl. ILD / pneumonitt.

Nøytropeni: Komplette blodtelling skal foretas før oppstart av behandling og før hver dose, og som klinisk indisert.

Venstre ventrikkeldysfunksjon: Standard hjertefunksjonsundersøkelse (EKG eller MUGA skanning) skal foretas for å vurdere LVEF før oppstart av behandling og regelmessig under behandling som klinisk indisert.

Graviditet: Kan forårsake fosterskade.

Bivirkninger:

De vanligste bivirkningene var kvalme, fatigue og oppkast. Behandling av bivirkninger kan kreve midlertidig avbrudd, dosereduksjon eller seponering av behandling.

Dosering:

Anbefalt dose brystkreft: 5,4 mg/kg. Gis som iv. infusjon (ikke som støtdose eller bolus) 1 gang hver 3. uke (21-dagerssyklus) frem til sykdomsprogresjon eller uakseptabel toksisitet.

Før hver dose bør pasientene premedisineres med et kombinasjonsregime av 2 eller 3 legemidler (f.eks. deksametason med enten en 5-HT3-reseptorantagonist og/eller en NK1-reseptorantagonist, samt andre legemidler som indisert) til forebygging av kjemoterapiindusert kvalme og oppkast.

Vi anbefaler at du leser preparatomtalen før oppstart av behandling. Det er utarbeidet risikohåndteringsmateriell og pasientinformasjon for ENHERTU. Dette finner du på www.felleskatalogen.no eller ved å kontakte oss. Se preparatomtalen (SPC) for utfyllende informasjon om ENHERTU.

Reseptgruppe: C.

Pakninger, priser og refusjon:

Maksimal utsalgspris fra apotek: 100mg: 1 stk. (hetteglass) 22341,00 NOK.

Se felleskatalogen ENHERTU, Daiichi Sankyo.

ENHERTU inngår i anbefalinger fra RHF spesialistgruppe, og rekvirering skal gjøres i tråd de regionale helseforetakenes

anbefalinger: Onkologi og kolonistimulerende legemidler.⁵ ENHERTU markedsføres i Norge av Daiichi Sankyo Nordics Aps og AstraZeneca AS.

* BICR: Blinded Independent Central Review

**mPFS = median progresjonsfri overlevelse. mOS = median totaloverlevelse.

† Brukt kjemoterapi var eribulin (51.1%), kapecitabin (20.1%), nab-paklitaksel (10.3%), gemcitabin (10.3%), paklitaksel (8.2%) i henhold til legens valg.

1. Cortes J et al., Enhertu longterm OS, Nature Medicine June 2024 2. ENHERTU® (trastuzumabderukstekan) preparatomtale EMA/SLV pkt. 4.1. 3. Modi S, Jacot W, Yamashita T, et al. Trastuzumab deruxtecane in previously treated HER2-low advanced breast cancer. N Engl J Med. 2022;387(1):9-20. 4. <https://www.nyemetoder.no/metoder/?q=Enhertu> 5. <https://www.sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi>



Primærendepunkt i DESTINY-Breast04 er PFS iht BICR*³ hos pasienter med

HR+/HER2-Lav metastatisk brystkreft

10.1 måneder
mPFS^{3**}

mPFS var 10,1 måneder (N=331, 95 % KI 9,5-11,5) med ENHERTU vs. 5,4 måneder (N=163, 95 % KI 4,4-7,1) med kjemoterapi^{1,2,3}

49% risiko-reduksjon³

ENHERTU reduserte risikoen for sykdomsprogresjon eller død vs. kjemoterapi¹ med 49 % (N=494, HR 0,51; 95 % KI 0,40-0,64; P<0,001)^{2,3}

23.9 måneder
mOS^{3**}

mOS var 23.9 måneder (N=331, 95 % KI 20.8-24.8) med ENHERTU vs. 17.5 måneder (N=163, 95 % KI 15.2-22.4) med kjemoterapi¹ (HR 0,64; 95 % KI 0,48-0,86; P=0,003)^{2,3}

INDIKASJON:

ENHERTU som monoterapi til behandling av voksne pasienter med inoperabel eller metastaserende HER2-lav brystkreft som har fått tidligere kjemoterapi ved metastaserende sykdom eller fått sykdomstilbakefall under eller innen 6 måneder etter fullført adjuvant kjemoterapi.²



European Oncology Nursing Society (EONS) styrker utdanning, forskning og praksis i europeisk kreftsykepleie



Ann Helen Torstveit
Kreftsykepleier, Phd og medlem av EONS Education Working Group

European Oncology Nursing Society (EONS) er et faglig og politisk fellesskap for kreftsykepleiere i Europa. Gjennom utdanning, forskning og påvirkningsarbeid jobber organisasjonen med å sikre faglig forsvarlig og likeverdig omsorg for alle pasienter rammet av kreftsykdom – uavhengig av land og helsesystem.

Et europeisk fagfellesskap

European Oncology Nursing Society (EONS) representerer mer enn 30 000 kreftsykepleiere over hele Europa. Organisasjonen arbeider for å styrke utdanning, forskning og politisk innflytelse for kreftsykepleie, og gir norske kreftsykepleiere en stemme i det europeiske fagfellesskapet. Gjennom samarbeid med EU, WHO og European Cancer Organisation arbeider EONS for å løfte kreftsykepleie som et selvstendig faglig og politisk område i den europeiske helsetjenesten. I en tid der kreftomsorg blir stadig mer kompleks, og hvor teknologi, demografi og nye behandlingsformer endrer praksisfeltet, er det viktig at også norske fag-

miljøer deltar i de internasjonale arenaene der fagets retning formes. EONS ble etablert i 1984 for å samle europeiske kreftsykepleiere i ett nettverk. Målet var å løfte kvaliteten på kreftomsorgen og bidra til likeverdig tilgang til kompetent behandling. I dag ledes EONS fra Brussel, med svenske Helena Ullgren som president. Visjonen «to strengthen cancer nursing across Europe through education, research and advocacy» preger organisasjonens arbeid. Gjennom fire hovedområder, utdanning, forskning, kommunikasjon og politisk påvirkning, fremmer EONS kvalitet, pasientsikkerhet og fagutvikling for kreftsykepleiere over hele Europa.

«EONS gir oss et faglig fellesskap der vi lærer av hverandre på tvers av landegrenser. Selv om helsesystemene er ulike, møter vi mange av de samme utfordringene, som vi sammen kan finne felles løsninger på.»

Ann Helen Torstveit

Utdanning og kompetanseutvikling

EONS er særlig kjent for sitt arbeid med utdanning. Gjennom EONS «Cancer Nursing Education Framework» har organisasjonen utviklet felles læringsmål og standarder for kompetanse for kreftsykepleiere. Rammeverket skal bidra til å harmonisere utdanning og praksis på tvers av europeiske land. Som norsk medlem av EONS «Education Working Group» deltar jeg i et internasjonalt team som utvikler faglige rammeverk, kurs og digitale læringsressurser for kreftsykepleiere. Arbeidet gir verdifull innsikt i hvordan utdanning og kompetansebygging kan styrkes gjennom samarbeid mellom land med ulike helsesystemer.

Forskning, politikk og europeiske initiativ

EONS initierer og støtter europeiske prosjekter som synliggjør kreftsykepleiernes betydning for pasientutfall, kvalitet og sikkerhet i kreftomsorgen, og som bidrar til utvikling av bærekraftige helsetjenester. Et sentralt initiativ de siste årene er «PrEvCan-Cancer Prevention Across Europe», lansert av EONS i 2022 i samarbeid med «European Society for Medical Oncology» (ESMO). Kampanjen bygger på «European Code Against Cancer» og fokuserer på tolv forebyggende prinsipper, som for eksempel fysisk aktivitet, kosthold, røykeslutt og vaksinasjon.>

EUROPEAN ONCOLOGY NURSING SOCIETY (EONS)	
Etablert	1984
Hovedkontor	Brussel, Belgia
Antall medlemsland	Over 30 europeiske land
Antall medlemmer	Mer enn 30 000 kreftsykepleiere
Visjon	Å styrke kreftsykepleie i Europa gjennom utdanning, forskning, praksis og politisk påvirkning
Hovedaktiviteter	EONS Congress, EONS Academy, European Cancer Nursing Day, Leadership Summit
Nettsted	www.cancernurse.eu
Norsk tilknytning	Kreftsykepleierne NSF
Norsk representasjon	Ann Helen Torstveit, medlem av EONS Education Working Group

Målet er å redusere kreftforekomst i Europa gjennom kunnskap og tverrfaglig innsats.

EONS har også et tett partnerskap med European Cancer Organisation (ECO), som styrker forbindelsen mellom europeiske institusjoner og kreftomsorgens fagmiljø. ECO fremmer tverrfaglighet og pasientsentrert behandling, og utvikler politiske anbefalinger for bedre kreftomsorg i Europa. Gjennom dette partnerskapet bidrar EONS til å løfte sykepleiernes rolle i europeisk kreftpolitikk, blant annet innen bemanning, kompetanse og bærekraft i kreftomsorgen.

Et viktig satsningsområde er EONS «Early Career Cancer Nurses (ECN) working group», som gir yngre og kreftsykepleiere i tidlig karriere mulighet til å bygge faglig nettverk. Gruppen fungerer som en arena for erfaringsdeling, støtte og faglig utvikling, samt at det representerer neste generasjon av europeiske kreftsykepleiere.

Den nyeste strategiplanen for 2024-2028 bygger på EONS' C.A.R.E.-modell (Communication, Advocacy, Research og Education), og viser hvordan organisasjonen vil styrke kreftsykepleie i Europa preget av økende behov og mangel på sykepleiere. Strategien løfter fem hovedprioriteringer: å fremme evidensbasert praksis, bygge forskningskompetanse, sikre fleksibel og kvalitetsbasert utdanning, styrke sykepleierledede tjenester og arbeidsmiljø, og utvikle en bærekraftig organisasjon. Felles for alt arbeidet er verdiene rettferdighet, inkludering og ansvarlighet, og et tydelig mål om at alle mennesker berørt av kreft skal få omsorg fra kreftsykepleiere med spesialutdanning.

Norsk deltagelse og faglig utbytte

Kreftsykepleierne NSF er tilknyttet EONS og representerer Norge i organisasjonen. Norske fagpersoner deltar i arbeidsgrupper, kongresser og prosjekter, og bringer inn erfaringer fra både klinikk, utdanning og forskning. Gjennom dette samarbeidet får Norge tilgang til oppdatert europeisk kunnskap, læringsverktøy og nettverk som kan brukes i fagutvikling og undervisning. EONS tilbyr medlemskap både for enkeltpersoner og via nasjonale organisasjoner. Deltagelse gir tilgang til webinarer, forskningsnettverk, kurs og årlige arrangementer som EONS kongress og den Europeiske Kreftsykepleie dagen (ECND). For norske sykepleiere er EONS en døråpner til internasjonalt samarbeid, faglig utvikling og muligheten til å påvirke hvordan kreftsykepleie defineres og praktiseres i Europa. ●

BOKOMTALE:

I fjerde stadium

AV MARIE LUNDE

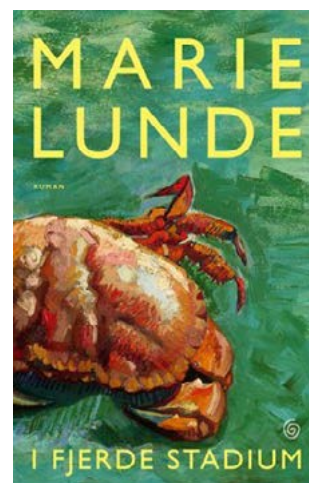
Av Linda Schade Andersen

Pasientbibliotekene Oslo universitetssykehus

Hvordan lever man videre når livet får en utløpsdato? I debutromanen *I fjerde stadium* tar Marie Lunde oss med inn i hverdagen til Helle, en kvinne som får beskjed om at kreften har kommet tilbake – og denne gangen er uhelbredelig. Med fem til ti år igjen å leve, forsøker hun å holde fast i det normale, samtidig som alt rakner under overflaten. Marie Lunde har selv levd med uhelbredelig kreft, og skriver med en innsikt som bare erfaring kan gi. Hun sier i et intervju med Bok 365: «Jeg vet hvor ensomt kreftsykdom kan være, hvor vanskelig det er for andre å forstå hvordan man har det. Derfor ønsker jeg å gi et språk til det som er vanskelig å sette ord på.» Boken ble til mens hun var syk, og ble en måte å sortere tanker og følelser på.

Lunde fikk diagnosen NET-kreft i tynntarmen i 2018. Et halvt år seinere fikk hun beskjed om at kreften hadde spredt seg, men at den var saktevoksende og at hun fikk «i hvert fall ti år igjen å leve», slik hun beskriver det i et intervju med Aftenposten. Da levde hun småbarnslivet med to sønner på syv måneder og to år. Fem år senere er hun erklært frisk etter en levertransplantasjon, men romanen bærer med seg den rå og ekte følelsen av å stå midt i en livskrise.

Helle er 42 år, journalist, gift med Peder og mor til ti år gamle Tuva. Når hun får beskjed om at kreften er tilbake og uhelbredelig, forsøker hun å leve «som normalt». Men det viser seg å være et vanskelig prosjekt. Romanen skildrer ikke bare sykdommen, men også hvordan den tærer på relasjoner. Helle engasjerer seg i



en sak på jobb som vekker tvil om hvem man egentlig kan stole på – og denne tvilen smitter over på privatlivet.

Boka gir et sterkt bilde av hvordan sykdom rammer dem som står rundt. Helles ektemann, Peder, forsøker å holde fast i hverdagen, men strever med å nå inn til henne. Datteren Tuva trekker seg unna, og Helles foreldre reagerer med praktiske råd og velment, men ofte malplassert omsorg. Dette speiler mange pårørendes erfaringer – følelsen av å stå på utsiden, av å ville hjelpe, men ikke vite hvordan.

«De spør hvordan jeg har det, men de vil egentlig ikke vite det. De vil høre at jeg har det bra. At jeg er sterk. At jeg kjemper.»

Dette sitatet fra Helle uttrykker det mange pasienter opplever – og som pårørende kanskje ikke alltid er klar over. Romanen gir dermed et verdifullt innblikk i hvordan kommunikasjon og nærhet kan bli krevende når livet står på spill.

For pårørende kan *I fjerde stadium* være en hjelp til å forstå mer av det usagte, og til å finne språk for egne følelser. Den kan også gi trøst i vissheten om at man ikke er alene i det vanskelige.

Romanen gir også et ærlig bilde av helsevesenet – både dets styrker og svakheter. Helle opplever støtte, men også svikt. Hun venter, hun tviler, hun føler seg alene. Helle lar seg motvillig overtale av ektemannen Peder til å gå på et treff på Vardesenteret på Radiumhospitalet. Ordet «treff» byr henne imot, og hun skjønner ikke hvorfor hun skal omgi seg med andre syke. Møtet

skal vise seg å bli betydningsfullt både for Helle og for datteren Tuva, som også er med. God reklame for Vardesenterne her!

Selv om boka har et tungt tema, er den ikke tung å lese. Selv i de mørkeste øyeblikkene finnes det glimt av lys. Det gjør boka både rørende og lesbar – og gir leseren rom til å puste. Lunde skriver med varme og innsikt, og klarer å gjøre det tunge lettere å bære – både for karakterene og leseren.

I fjerde stadium er en roman som berører. Den kan absolutt anbefales til pasienter og deres pårørende. Marie Lunde sier i et intervju med Bok 365, på spørsmål om hva hun vil at leserne skal sitte igjen med etter å ha lest boka, at «Jeg vil at de har en dypere forståelse for hvordan det er å leve med kreft. Kanskje kan boken gjøre det lettere for dem å være en god pårørende. Hvis det er en kreftrammet som leser, vil jeg at hen skal føle at hen ikke er alene.» ●

OM BOKEN I FJERDE STADIUM

Forfatter: Marie Lunde

Utgitt: 2025, Kagge Forlag

Sjanger: Roman, skjønnlitteratur

Sider: 252

Temaer: Kreft, familieforhold, døden

Kilde: Bok365 – En varm klem til en som er syk – BOK365.no
Aftenposten: Hva skjer med familien når mor er kreftsyk?

Landskonferansen

Pårørendes erfaringer med cellegiftbehandling i hjemmet til ungdom med sarkom – en kvalitativ studie

Bakgrunn: Pårørendes erfaringer med cellegiftbehandling i hjemmet til ungdom med sarkom. Dette er en kvalitativ studie som undersøker pårørendes erfaringer med cellegiftbehandling i hjemmet til ungdom med sarkom. Studien er basert på intervjuer med pårørende og dokumenter. Studien er basert på intervjuer med pårørende og dokumenter. Studien er basert på intervjuer med pårørende og dokumenter.

Bakgrunn

Cellegiftbehandling i hjemmet (CIH) for pasienter mottar behandling hjemme ved hjelp av den bærbare infusjonspumpen CADD Solis. Med nødvendig opplæring gir dette behandlingen uten behov for helsepersonell til stede. Solis er CIH-et anerkjent som trygg og gjennomførbart i Norge (2024) (1), og det ble utvalgt i Norge. Ved CIH starter behandlingen hjemme (2024) (2), og det er derfor en pårørende som agerer ressurs. Studiens formål er å belyse pårørendes erfaringer med CIH.

Resultater

Gjennom kvalitative intervjuer ble tre hovedtemaer identifisert. Det første beskriver hvordan pårørendes erfaringer med CIH påvirker deres rolle i hjemmet. Det andre beskriver hvordan pårørendes erfaringer med CIH påvirker deres rolle i hjemmet. Det tredje beskriver hvordan pårørendes erfaringer med CIH påvirker deres rolle i hjemmet.

Metode

Studien har et kvalitativt eksplorativt forskningsdesign. Datainnsamlingen ble utført gjennom intervjuer med pårørende til ungdom med sarkom, og dokumenter og statistikk analysert ved hjelp av reflexiv tematisk analyse (3). Studien er godkjent av REK, helseetikk og av personvernmyndighet og OUS.

Informasjon om deltakerne

Deltaker	Alder	Gender	Utdanningsnivå
D1	45 år	Kvinne	> 10 år
D2	45 år	Kvinne	> 10 år
D3	45 år	Kvinne	> 10 år
D4	45 år	Kvinne	> 10 år

Konklusjon/anbefalinger

- Pårørendes innsett: Ansvaret for gjennomføring av CIH
- Pårørendes rolle: Hjelpepassert, styring og bistand
- Balansen: Krevende å håndtere balansen mellom anner og egne behov
- Debutthet: Hverdag og gjenside, men også krevende og utfordrende
- Sikkerhet ved diagnosepunkt: Mindre mistaking for informasjon og annerett CIH medfører



Årets postervinner Gudveig Storhaug er kreftsykepleier og jobber som fagutviklings-sykepleier ved Avdeling for sengeposter, Kreftklinikken Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus.

Postervinner Landskonferansen 2025

I år mottok Landskonferansen 18 flotte poster. Posterne utgjør en viktig del av konferansens faglige innhold og de viser fram forskningsarbeid, fagutvikling og erfaringer fra praksisfeltet og kreftomsorgen. En stor takk til dere som bidro med poster. Dere er med på å styrke kreftsykepleien og bidrar til utvikling i fagfeltet.

Årets fagjury bestod av Inger Helen H. Hjelmeland, førstelektor ved master i kreftsykepleie ved VID Bergen, Inger Utne, professor emeritus i kreftsykepleie, samt Linda Falch-Koslund og Fredrik von Löwensprung Eiesland fra hovedstyret i Kreftsykepleierne i NSF.

Etter en grundig vurdering og flere faglige diskusjoner kom juryen enstemmig fram til at vinneren av årets poster

ble **Gudveig Storhaug**, med posteren «Pårørendes erfaringer med cellegiftbehandling i hjemmet til ungdom med sarkom – en kvalitativ studie».

Juryens begrunnelse:

Først og fremst har posteren høy faglig kvalitet og er et nybrottsarbeid. Det er et sentralt tema for kreftsykepleie, i tillegg involverer det både pasient og pårørende. Posteren har en oversiktlig måte. Budskapet er klart og tydelig. Det er god bruk av ulike visuelle virkemidler.

Årets postervinner Gudveig Storhaug er kreftsykepleier og jobber som fagutviklings-sykepleier ved Avdeling for sengeposter, Kreftklinikken Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus. Hun ble svært glad for fagjuryens posterpris. «Jeg ble utrolig rørt, stolt og glad. Dette er en karamell som jeg skal nyte lenge» sier hun.

I følgende tekst kan du lese om bakgrunnen for Storhaug-prosjektet, hvilke utfordringer hun møtte underveis, og hva hun oppdaget gjennom arbeidet med masteroppgaven.

Hva inspirerte deg til å undersøke dette temaet i din masteroppgave?

Jeg har jobbet med hjemmebehandling siden 2016. Det startet med 5FU på Baxter-pumpe, og etter hvert gikk vi over til å også benytte CADD Solis- infusjonspumpe til cellegift, samt posthydrering etter cellegift. Jeg la merke til at rollene endret seg for alle involverte parter når behandlingen ble flyttet til hjemmet. Både pasienter og pårørende overtok en rekke «sykepleieoppgaver», og jeg var veldig nysgjerrig på hvordan dette ansvaret opplevdes.

Jeg var nysgjerrig på hvordan cellegiftbehandling i hjemmet (CIH) påvirket de pårørendes hverdag, og hva som var viktig for de pårørende i denne situasjonen? Avdelingsledelsen ønsket at denne nye behandlingstjenesten skulle evalueres og kvalitetssikres. På bakgrunn av dette ble det gjennomført en serie masterstudier på mitt arbeidsted.

Mens formålet med min masterstudie er å frembringe ny kunnskap om hvordan pårørende til ungdom med sarkom ved CIH erfarer sin rolle, utforsket de andre masterstudiene pasientenes og sykepleierne perspektiver. Til sammen har disse tre masterstudiene gitt et mer helhetlig bilde av dette nye behandlingstilbudet, og dannet grunnlaget for å videreutvikle CIH som tjeneste.

Hva var den største utfordringen underveis, og hvordan ble den løst?

En av utfordringene jeg møtte under masterstudien, handlet om det å skulle gjennomføre forskning som involverte pårørende. Allerede i valg av tema ble jeg gjort oppmerksom på at det å inkludere pårørende var krevende, særlig på grunn av REK-søknadsprosessen og det tidspresset som ligger i en masterutdanning. Det er i liten grad lagt til rette for slike prosjekter innenfor de stramme rammene universitetene opererer med.

Prosjektet mitt ble forsinket som følge av dette, men jeg angrer ikke på temavalget. Tvert imot. Det jeg sitter igjen med, er en enda sterkere følelse av hvor mange viktige problemstillinger som går tapt fordi det er så krevende å forske på det som skjer nærmest pasienten og pårørende. Det er kanskje et paradoks at nettopp de stemmene vi i helsetjenesten er til for, er de vanskeligste å inkludere i forskningen på masternivå.

Dette gjelder i særlig grad de pårørende. Selv om de ofte er en uunnværlig del av pasientens støtteapparat, så blir deres perspektiver sjelden fanget opp i forskningen. Å forske på pårørendes rolle er avgjørende for å forstå hvordan helsetjenesten faktisk fungerer i praksis. Derfor er det viktig at det legges til rette for at pårørendes erfaringer kan bli en naturlig del av forskningen i helsetjenesten.

Jeg har ikke løsningen på hvordan man kan gjøre dette annerledes, men jeg tror det ville vært et viktig løft for både utdanning og praksis – og ikke minst for pasienter og pårørende – om det ble bedre tilrettelagt for denne typen forskning på masternivå.

Hvilke resultater eller funn ble du mest overrasket over?

Mitt utgangspunkt var at jeg alltid har hatt en særlig omsorg for pårørende, og vært bevisst den tøffe hverdagen mange pårørende ved alvorlig sykdom står i. Når det gjelder CIH, så har jeg vært positivt innstilt til behandlingstjenesten, og generelt hatt en oppfatning om at det har vært et godt tilbud for pasientene. Samtidig har jeg vært nysgjerrig på hvordan pårørende har blitt involvert i beslutningen om CIH, og hatt refleksjoner om at rollen vil kunne være utfordrende for enkelte pårørende. Masterstudien viser at pårørenderollen ved CIH er mangefasettert og har en betydelig innvirkning

på pårørendes hverdag – forhold som ble beskrevet som både styrkende og belastende. Jeg må nok innrømme at jeg ble litt overrasket over hvor krevende pårørende erfarte denne rollen. Dette illustrerer hvor viktig det er å faktisk spørre de involverte om hvordan de erfarer en ny behandlingstjeneste.

For å støtte pårørende vurderes det nå å ta i bruk The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for denne pårørendegruppen. CSNAT er et kunnskapsbasert verktøy utviklet for å kartlegge pårørendes støttebehov ved alvorlig sykdom. Verktøyet er utviklet ved University of Cambridge og University of Manchester, men er testet og oversatt av Regional kompetanse-tjeneste for lindrende behandling (KLB) i samarbeid med St. Olavs hospital HF. (Kartlegging av pårørendes behov som omsorgsgiver – CSNAT – Oslo universitets-sykehus HF)

Hvordan kan funn fra ditt prosjekt hensyntas i praksis?

Masterstudien viser at pårørenderollen rommer en dobbelthet – den oppleves både som meningsfull og givende, men også som krevende og utfordrende. Dette er viktig kunnskap vi må ta med oss når vi videreutvikler tjenester som CIH, slik at vi kan tilrettelegge bedre og støtte pårørende på en måte som ivaretar begge sider av opplevelsen. Et annet viktig aspekt en bør ta med seg er dette med sårbarhet ved diagnosetidspunktet. Masterstudien viser at pårørende som ble tidlig introdusert for CIH var spesielt sårbare ved diagnosetidspunktet. Det understreker behovet for å tilpasse opplæring og støtte ut fra hvor i forløpet de er – slik at hjelpen treffer bedre når behovet er som størst. Videre peker masterstudien på at manglende rettigheter som pleiepenger til pårørende til ungdommer over 18 år, noe som en svakhet i dagens støtteordninger, og som kan hindre videreutvikling og skalering av denne typen tjenester. Dette er en problemstilling som kanskje bør løftes på et høyrere nivå? Sengeposten hvor min masterstudie ble gjennomført er allerede godt i gang med å innføre en rekke tiltak rettet mot pårørende på bakgrunn av masterstudien.

Hva er neste steg for CIH?

Vi kommer til å fortsette arbeidet med ulike former for hjemmebehandling ved Radiumhospitalet, og det pågår nå et arbeid med å organisere CIH som en del av et

Avansert hjemmesykehus (AHS). I praksis betyr dette at det er sykepleierne som reiser hjem til pasient og pårørende – ikke omvendt. Jeg tror dette vil ha flere positive effekter. For det første reduseres belastningen knyttet til reise for både pasient og pårørende. For det andre kan det bidra til økt trygghet, ved at sykepleier er fysisk til stede i hjemmet i stedet for at oppfølging skjer på avstand. Jeg tror et AHS kan bidra til å styrke og forbedre tjenestetilbudet, spesielt når vi tar med oss det eksisterende kunnskapsgrunnlaget og erfaringene fra CIH inn i utviklingen av denne nye modellen. Samtidig er det avgjørende å evaluere også dette tilbudet, og jeg håper vi får anledning til å gjennomføre tilsvarende masterstudier som kan belyse hvordan pasienter, pårørende og helsepersonell opplever og erfarer AHS. ●

PUBLIKUMSPRIS

Vinnerne av publikumsprisen ble **Jenny Olsen og Ingrid Johansen** fra UNN med tittelen «Å bryte barrierer; erfaringer med fysisk aktivitet hos pasienter med metastatisk kreft – En litteraturstudie med systematisk tilnærming».



Jenny Olsen og Ingrid Johansen.

HEGE BIRKETVEDT EKLUND

Årets kreftsykepleier 2025

I år var det hele ni nominerte til tittelen **årets kreftsykepleier**. Hege Birketvedt Eklund, kreftkoordinator fra Valdres, ble under festmiddagen på Landskonferansen kåret til **årets kreftsykepleier**.

SYKEPLEIER 1983
INTENSIVSYKEPLEIER 1987
KREFTSYKEPLEIER 2010



Juryens begrunnelse:

Hege har gjennom sitt mangeårige engasjement for pasienter, pårørende og frivillige gjort en fremragende innsats. Hun er fremtidsrettet, tar i bruk ny teknologi og er faglig nysgjerrig. Gjennom 30 år har hun bidratt til å utvikle kreftkoordinatorrollen i Valdres, som omfatter seks kommuner. Hennes engasjement, nyskapende ideer og evne til å inspirere andre, samt evnen til å samarbeide med pårørende, frivillige, fagpersoner og organisasjoner, gjør henne til en verdifull ressurs. Det var en velfortjent anerkjennelse etter mange års dedikasjon i kreftomsorgen.

Årets kreftsykepleier, Hege, forteller i dette intervjuet om sine erfaringer fra rollen som kreftkoordinator, betydningen av samarbeid for å levere en god helsetjeneste for innbyggerne, og hun gir noen råd til yngre sykepleiere som vurderer å spesialisere seg innen kreftomsorg.

Hva var det som motiverte deg til å bli kreftsykepleier?

Etter 10 år i Oslo hvor jeg jobbet ved både Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål, så måtte jeg finne en ny jobb da jeg flyttet til Valdres i 1989. I distrikts-Norge er det ikke uvanlig at sykepleierstillinger er deltidsjobber og mange må ofte kombinere flere jobber for å få en hel stilling.

Etter å ha arbeidet ved ulike arbeidsplasser landet jeg til slutt i kreftomsorgen, hvor jeg virkelig kjente gleden ved å gi helhetlig sykepleie og bruke hele meg i møtet med pasienter og pårørende.

Rollen som kreftkoordinator

I 2014 begynte jeg som kreftkoordinator i Valdres, en rolle som har vært spesielt spennende å utvikle. Trygghet, tillit, tid og tilgjengelighet er kjerneelementer i mitt arbeid. For meg handler det å være kreftkoordinator om å bidra til at personer med kreft opplever livsmestring og livskvalitet der de bor. Rollen innebærer å være medvandr, tilrettelegger, brobygger, katalysator, advokat, stemme eller fagperson for de som trenger det. Ofte arbeider jeg i gråsoner hvor ingen andre er, eller i overgangene mellom tjenester.

For meg har jobben som kreftkoordinator vært en svært viktig del av karrieren. I tillegg til å tilby et lavterskeltilbud for kreftrammede pasienter og deres pårørende i regionen, har jeg arbeidet med kompetanseutvikling og nettverksledelse innen kreft og palliasjon. Jeg er også en del av et fagnettverk på lokalt nivå i Valdres og Innlandet, tilknyttet Helse Sør-Øst. Selv om jeg ofte jobber alene i hverdagen, så har jeg alltid kollegaer og fagressurser å støtte meg på gjennom ulike deler av helsetjenesten. Deltakelsen i dette nettverket og den støtten jeg får der er helt avgjørende for mitt arbeid.

Rollen som kreftkoordinator har jeg erfart at utøves forskjellig fra kommune til kommune. Mye avhengig av lokale behov og ressurser. I distriktene tror jeg vi må lære oss å være fleksible og tilpasse oss de ressursene som er tilgjengelige. Vi utvikler en selvstendighet og identiteten til sykepleiefaget. Jeg ser på meg selv som både generalist og spesialist, og jeg er takknemlig for

.....➔

å ha jobbet i ulike deler av helsetjenesten. Det gode med lang arbeidserfaring er at jeg er trygg i rollen. Jeg kan stå støtt, våge å si fra, være tydelig, men også innrømme når jeg ikke vet.

Etter mange år i rollen som kreftkoordinator har jeg fått mer respekt for at folk er ulike og har ulike behov. Det finnes mange måter å leve på, mestre, sørge og håndtere utfordringer. Alle familier er også ulike, så det som er riktig for noen, er ikke nødvendigvis riktig for alle.

Hvordan jobber du for å få til et samarbeid med frivillige og andre aktører i kommunen og helsetjenesten?

På bygda er oversikten god, men ressursene er færre enn i byene. Likevel finnes de i menneskene, organisasjonene og lokalmiljøene og hos ildsjelene. Her må man jobbe mer hybrid, kunne mye, jobbe selvstendig, være fleksibel og samarbeide med de ressursene som er.

Siden Valdres lokalmedisinske senter (VLMS) er min base, og eies av alle seks kommunene gjennom et forpliktende og godt helsesamarbeid, har samarbeidet med ulike aktører fungert svært godt for meg. Jeg er stolt av hva vi har fått til med «Friskere i Valdres». Dette er en visjon jeg virkelig liker! Her er samarbeidet godt, framoverlent og vi har et felles mål om å skape gode helsetjenester. Gode ledere har gitt meg både handlingsrom og tillit.

De siste 20 årene har vi hatt flere store prosjekter innen kompetansebygging innen kreft og palliasjon, hvor alle kommunene har deltatt. Et viktig prosjekt har vært Barn som pårørende, hvor vi samarbeidet med skoler og barnehager. Gjennom årene har det også vokst fram flere møteplasser og tilbud drevet av frivillige gjennom Kreftforeningen. Både Temacafe, Hverdagshjelpen og Treffpunkt for barn og unge. Kreftforeningens engasjement har vært avgjørende for å få ansatt kreftkoordinatorer til kommunene, og de er også en viktig støtte for pasienter, pårørende og oss som jobber i helsetjenesten. Vi har også flere frivillige som bidrar i helsetjenesten, enten som supplement eller som besøksvenner for pasienter. På VLMS har vi etablert «Tid som gave», en frivilligtjeneste som gir livsstøtte og livsberikelse. De frivillige må følges godt opp, men dette er en meningsfull tjeneste, ikke bare for de som mottar hjelpen, men også for dem som gir den.

For tiden leder jeg også en brukerstyrt «Mestringsgruppe Valdres» hvor krefttrammede som sliter med senskader etter kreft og kreftbehandling samles. Det er så flott å se hvordan disse støtter hverandre og er med

på å utvikle tilbudet til å bli det de trenger.

Digitalisering av helsetjenester, enten det gjelder egenrapportering, velferdsteknologi, e-helse eller bruk av hel-seapper, blir stadig viktigere. De siste årene har vi samarbeidet med Oslo universitetssykehus om utviklingen av de digitale egenmestringsappene StressProffen og EPIO gjennom kreftkoordinatorfunksjonen. Dette representerer et utnyttet potensial for mer forebygging, ansvarliggjøring av den enkelte og støtte til bedre livskvalitet.

Jeg har stor tro på å kombinere egenmestring med oppfølgende kontakt med helsetjenesten eller behandler. Potensialet ligger også i pasientforløp, som et supplement i Pakkeforløp hjem eller i prehabilitering. Ny helseforståelse og tilgang til teknologi vil også påvirke helsetjenesten framover.

De ulike kompetansetjenestene innen relevante fagområder er viktige for meg, enten det gjelder palliasjon og kreft, rehabilitering og mestring, aldring og helse, USHT eller pårørendesenter. Kompetanse kan deles på nye måter som er tilgjengelige digitalt, noe som er spesielt viktig for oss i distriktene. Samtidig har vi som jobber ute i kommunene verdifull erfaring med hvordan det faktisk fungerer der folk bor. Det finnes mye bra, men også hull, mangler, press, stress og tilfeldigheter. Derfor handler det om å finne de gode løsningene sammen. Gode menneskemøter er gull, enten vi snakker om pasienter, fagfolk eller organisering.

Hva vil du si til yngre sykepleiere som vurderer å spesialisere seg innen kreftomsorgen?

Gjør det! Som kreftsykepleier kan du jobbe over hele landet, både i bygd og by, og kompetansen dekker forebygging, behandling, rehabilitering og palliasjon for både voksne og barn, eldre og skrapelige. Jeg har aldri møtt noen som har angret på dette utdanningsvalget. Jobben er nært på mennesker, livets sårbarhet, og faktisk også gleder. Kreftkoordinatorrollen i kommunene har for meg vært drømmejobben, hvor jeg får bruke hele meg. ●

ANDRE NOMINERTE:

SOLBJØRG LOMELAND

MINH THU LE

MARTHE HAUGE AASE

AINA HAUG

INGEBJØRG KARI JAMTVEIT

ELISABETH DAHLER LIEN

KJERSTI STOKKE

ANN-KRISTIN ØREN

Landskonferansen 2025 oppsummert

ONSDAG – «MED KART OG KOMPASS»

Fylkesordfører i Vestland, **Jon Askeland**, fikk æren av å åpne konferansen. Det gjorde han ved å fortelle litt om vakre Vestland fylke, samt om vertsbyen Bergen. I tillegg fortalte han om sine personlige erfaringer knyttet til «Når livet tar ukjente veier», gjennom det å være pårørende. Han fremhevet betydningen vi kreftsykepleiere har for pasient og pårørende. En skikkelig fin og høytidelig åpningsseremoni.

Konferansier var **Eirik Fluge** som med stødig hånd leide oss fra emne til emne med nydelige overganger, litt musikk, og mye godt humør.

Videre første konferansedag satte både byrådsleder i Bergen, **Christine Meyer** med sitt foredrag om NOU 2023:5, og sykepleier og forfatter **Liv Bjørnhaug Johansen** med sitt engasjerende foredrag kvinnehelse på kartet. Deltakerne fikk forhåpentligvis øynene opp for at kvinnehelse i lang tid har vært nedprioritert. Visste du for eksempel at det først nylig blir forsket med utgangspunkt i kvinnekroppen fordi menstruasjonssyklus ble vurdert å gi for mange variabler til at den kunne brukes i forskning?

May Aasebø Hauken fortalte inspirerende om hvor viktig det er at kreftsykepleiere har en innsikt og erfaring som gjør oss til viktige bidragsytere i forskningen. Hun oppmuntret deltakerne til å engasjere seg i forskning og tipset om at det finnes andre måter å komme inn i dette enn via det vanlige forløpet bachelor-master-doktorgrad-professor.

May beskrev at hun selv kom inn i forskningen via rullestol, og vi som lyttet forstod nok at hun har fått gjort mye bra. Kanskje er det noen av deltakerne eller noen av dere som leser tidsskriftet som ønsker å forsøke seg? Vi heier!

Resten av konferansedag én handlet om sykepleieren som premissleverandør for egne oppgaver, flerkulturell kvinnehelse, hvordan KI blir brukt i diagnostisering, og avslutningsvis kom generalsekretær i Kreftforeningen, Ingrid



Deltakerne på konferansen.



Liv Bjørnhaug Johansen.



May Aasebø Hauken.

Stenstadvold Ross, som fortalte om den nye nasjonale kreftstrategien. Mye faglig påfyll denne dagen altså.

TORSdag- «Å GÅ VEIEN SAMMEN»

Dag to startet med Mirjam Lauritzen og Jannicke Rabben som holdt foredrag om samvalg knyttet til overbehandling.



Jannicke Rabben & Mirjam Lauritzen.

Deretter fulgte **Gro Lillebø**, andre nestleder i NSF, opp med temaet sykepleierens rolle i samarbeid med pasient og pårørende. Deretter fikk vi høre om fertilitetsbehandling ved kreftsykdom av **Peter Z. Fedorcsak**, noe som viste seg å være et viktig tema, da det ble en del spørsmål fra salen i etterkant.



Peter Z. Fedorcsak.

Merete Kløvning og Yvonne Solberg fortalte om Pårørendeavtaler, et verktøy utarbeidet for å sikre godt samarbeid mellom pårørende og helsetjenestene for å lette omsorgsbyrden for de pårørende. Vi anbefaler å lese om dette på Helsedirektoratets hjemmeside.



Merete Kløvning & Yvonne Solberg.

Familieterapeut **Mirjam Østevold** ga oss gode tips om hvordan en best kan hjelpe familier som rammes av kreft, og snakket mye om hvordan vi skal gå frem og hvordan vi best kommuniserer med barn og voksne. For

de av oss som synes det kan være vanskelig å møte barna på rett måte, understreket hun også at forskning viser at det aller viktigste vi gjør for barn er å hjelpe de voksne. Et svært nyttig foredrag med konkrete tips der altså.

Siste del før parallellsesjonene var det onkolog **Hanna Dillekås** som snakket om kreftbehandling under graviditet, videre snakket **Tuva Fellmann og Ronny Brede Aase** om sine erfaringer. Disse innleggene ga oss både faglig innsikt og et innblikk i hvordan dette kan oppleves for pasient og pårørende. Det var mye av både mottatt kunnskap, latter og tårer i salen.



Tuva Fellmann & Ronny Brede Aase.

Parallellsesjonene avsluttet denne dagen, og her var det full fart med mange gode forelesninger på kort tid. Vi håper de fleste fant frem til forelesningene som passet for dem, og at både foredragsholdere og deltakere var fornøyd i etterkant.

Under parallellsesjonene ble det holdt lokallagsleder-samling for lokallagslederne som deltok på konferansen. På agenda var det blant annet informasjon om EONS, informasjon rundt årsmeldinger og årshjul, håndbok, gjennomgang av nettsider og lokallagsledersamling 2026. Det ble også historikk med besøk av æresgjestene **Inger Utne og Øyvind Nordbø**, samt informasjon om fagligt selskap for kreftsykeplejersker med besøk av faggruppens leder **Helle Mathiasson**.



Lokallagsledersamling.

FREDAG- «HVILEPULS»

Den siste konferansedagen var tilegnet oss sykepleiere, og jammen fikk vi påfyll. **Lotta Våde** ga oss tips og triks for å unngå å bli utbrent.



Lotta Våde.

Et av sitatene hun delte med oss er at «Evnen til å prestere står i eksakt relasjon til evnen til å restituere seg». Regner med det er flere av oss som trenger å minnes på dette med jevne mellomrom. Vi ble også anbefalt å bli kjent med egne gule lys- hvilke tegn gir kroppen din når glasset er på vei til å bli fullt? Da er det viktig å roe ned og ta tegnene på alvor. Psykologspesialist Janette Røseth snakket også om dette og ga konkrete råd om ivaretagelse av seg selv. Vi fikk presentert en

video om hvorfor empati virker og sympati ikke virker: <https://www.youtube.com/watch?v=1f0eSejzLo> og fikk forslag om å ta hvilen på sofaen etter jobb i paljetter i stedet for den slitte, gode buksa. Det viktigste er nok å finne det som funker for deg- hva skal til for at du kan slappe av?

Frode Skag Storheim spilte nydelig piano og snakket om hvordan han bruker musikken i ulike situasjoner, og **Einar Øverenget** ga oss en innføring i etisk refleksjon.



Einar Øverenget.



Frode Skag Storheim.

Sosialt og kulturelt

Det kulturelle tilbudet bestod blant annet av nydelig konsert i vakre Korskirken med **Karoline Krüger og Sigvart Dagsland** på onsdag ettermiddag, hvor deltakerne ble møtt utenfor av Dræggen buekorps. Helt nydelig og skikkelig Bergensstemning.



Karoline Krüger & Sigvart Dagsland.

Torsdag var det festmiddag, hvor Tuva og Ronny var konferansier og skapte fantastisk god stemning. Til å sette stemningen innledet **Roy Vorland** første dag med «Nystemten» og på dag to kom overlege og sanger **Anne Veddeng** og sang for oss.

Kristina fra Ålesund stilte flere ganger på scenen sammen med konferansier Eirik for å få salen med på litt bevegelse. Det ble danset og sunget til «La det swinge», «Fångad av en stormvind» og flere mer og mindre kjente sanger. Deltakerne fikk myket opp i muskler og ledd og fikk økt pulsen. En fin metode for å bli klar for flere foredrag.

Under festmiddagen holdt leder av fagligt selskab for kræftsygeplejersker Danmark, Helle Mathiasen, takk for maten tale. Hun fikk også med seg de andre styremedlemmene i FSK Danmark samt kreftsykepleier Hanne Olsen fra Grønland på scenen for en velbetjent sang.



Bestyrelsen i fagligt selskab for kræftsygeplejersker Danmark og kræftsygepleier Hanne Olsen fra Grønland

En overraskelse helt avslutningsvis på konferansen var skuespiller **Eirik del Barco Soleglad**, en energisk nordlandsk Bergenser, som holdt et forrykende show for oss. Vi lo så vi grein og taket lettet, før vi ble sendt avgårde til hverdagen igjen forhåpentligvis full av ny kunnskap og energi.



Inger Utne og Øyvind Nordbø.

Æresgjester

Tre æresgjester var invitert til konferansen i anledning at det i fjor var 40 år siden faggruppen ble startet. **Elisabeth Holter og Øyvind Nordbø** var med å starte Faggruppen og **Inger Utne** er den første (og eneste) professoren vi har i Kreftsykepleie. Elisabeth hadde ikke mulighet for å komme, men de to andre ble hedret med trampeklapp og diplom.

Neste landskonferanse

Under landskonferansen i Bergen ble det annonsert at landskonferansen i kreftsykepleie 2027 vil avholdes **22.-24. september 2027 i Trondheim**. Lokallaget i Trøndelag kom opp på scenen og overtok stafettpinnen.



Lokallag Trøndelag.

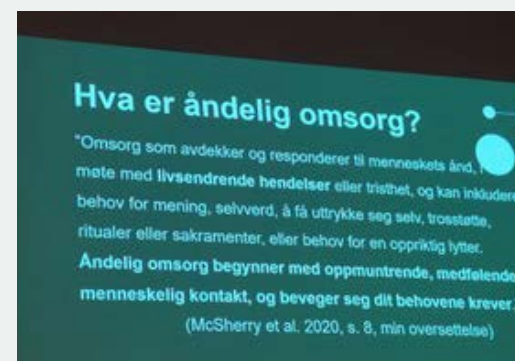
På vegne av hovedstyret i Kreftsykepleierne NSF vil vi sende en stor takk til programkomiteen og lokallagsstyret i Vestland for fantastisk planlegging og gjennomføring av landskonferansen i kreftsykepleie 2025. ●

Tekst: Linda Meyer og Fredrik von Löwensprung Eiesland
Foto: Fredrik von Löwensprung Eiesland

LANDSKONFERENSE I KREFTSYKEPLEIE, BERGEN 2025: Sikke en konferanse - sikke en opplevelse!

Vi er alle taknemmelige over, at vi måtte være med på jeres konferanse. Det var en stor opplevelse at oppleve så mange dedikerte kræftsygeplejersker samlet om det de, og vi, brænder for – kræftsygeplejen. I havde sammensat en konferanse med indlæg af højt fagligt niveau og det var inspirerende at se så mange ildsjæle der videre delte deres forskning, viden og erfaringer til os andre. Tak for det.

Jeg vil gerne fremhæve et par indlæg der gjorde særligt indtryk. Yvonne Solberg og Merete Kløvning fortalte i deres indlæg om pårørendeafgifter – noget vi i Danmark kun kender i meget begrænset omfang og nærmest kun i de palliative teams. Merete berettede gavmildt og rørende om sine egne oplevelser som pårørende: *Jeg vet fra mitt faglige ståsted at ivaretagelse av pårørende kan være ulikt vektlagt, og ulikt prioritert. Likevel, med ganske stor undring registrerer jeg at å være pårørende, det er å være ganske usynlig. Der er ikke noe system eller plan for å snakke med meg, eller for å høre om jeg har det bra... Og jeg har det ikke bra...* Det er tankevekkende, at man kan føle seg usynlig som pårørende. At man hverken føler seg sett eller hørt. Det kan og skal vi kunne gjøre bedre – også i Danmark. Kunne vi afholde samtaler med de pårørende ville det være helt fantastisk, men det kræver ressourcer og ledelsesmessig opbakning. Måske kan vi starte allerede i dag blot ved at se den pårørende i øjnene, anerkende hvor stor en ressource de er for den kræftramte ved at si: "Jeg kan se hvor stor en støtte du er for din mor, men hvem hjelper dig? Hvem taler du med om at det der er svært?" Ingerd Irgens Hynnekleiv præsenterede resultater fra hendes undersøgelse af, hvordan vi i kræftsygeplejen dokumenterer åndelig omsorg. Først definerede hun åndelig omsorg. Hvad er det egentlig for en størrelse? Hendes definition fremgår af billedet herunder.



ende tænkt på, hvorfor vi ikke kan sætte ord på den åndelig omsorg når vi dokumenterer sygepleje. For jeg ved jo, at vi ofte taler med patienter og pårørende om angsten for at dø, om det at skulle forlade sin familie, om at blive forladt, om håb, håbløshed og magtesløshed. De eksistensielle spørgsmål omhandler det vi alle har til fælles. Det handler om det at være menneske. Og netop det kender vi alle til. Vi skal blive bedre til at dokumentere de mere bløde sider af kræftsygeplejen, de sider der er svære at sætte ord på. Vi skal bare lige have fundet opskriften. Mange indlæg gjorde indtryk, og noget af det der altid sætter spor, er når patienter og pårørende deler gavmildt ud af deres oplevelser. Tuva og Ronnys beretning var ingen undtagelse. Det var på én gang rørende og humoristisk. Fantastisk måde at formidle en så personlig og følsom oplevelse på. En stor tak til dem for at dele deres historie med os. Der skal lyde en stor ros for at have så mange kulturelle indslag i programmet. Koncerten i Korskirken med Karoline og Sigvart var naturligvis et højdepunkt, med festlig modtagelse af trommer ved Korskirken.



Hvad arbejder vi med i Danmark?

For os som bestyrelse er det vigtigt at komme ud og blive inspireret til hvilke emner der kan være relevante for os at have med når vi arrangerer vores årlige temadag og landskurser. De næste år afholder vi Landskursus på Hotel Legoland i Billund. I år er temaet «Når kræftdiagnosen stilles...» Her har vi fokus på, hvilke udfordringer den nydiagnosticerede kræftpasient står overfor, og hvordan vi som kræftsygeplejersker bedst muligt støtter dem. I år har den danske regering udgivet Kræftplan 5, der er en plan over hvilke fokusområder der skal være på kræftområdet de næste år. Den nye plan har overskriften «Et bedre liv med og efter kræft». Vores formand Helle

Mathiasson har deltaget i sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe, der har udarbejdet det faglige oplæg til regeringen. Nu venter et stort arbejde med at vække ordene i planen til live, så de kan udvikle sig til konkrete tilbud til fordel for patienterne. Vi deltager derfor aktivt i møder og diskussioner om, hvordan vi bedst muligt kan bringe kræftsygeplejerskernes kompetencer i spil, så sikrer patienter og pårørende de bedst mulige liv med kræft. I Danmark er det svært at få medlemmer af det Faglige Selskab til at indgå i bestyrelsesarbejdet. Ikke så meget fordi de ikke vil, men nok mere fordi hverdagene ude i klinikken er presset på tid og ressourcer. Vi er aktuelt 5 medlemmer af bestyrelsen, hvilket er minimum. Vi arbejder derfor også med, hvilke opgaver vi kan sætte i bero så vores medlemmer ikke får mindre ud af deres medlemskab. Derfor er det vigtigt for os, fortsat at udgive tre elektroniske medlemsblade årligt, samt arrangere vores temadage og Landskurser.

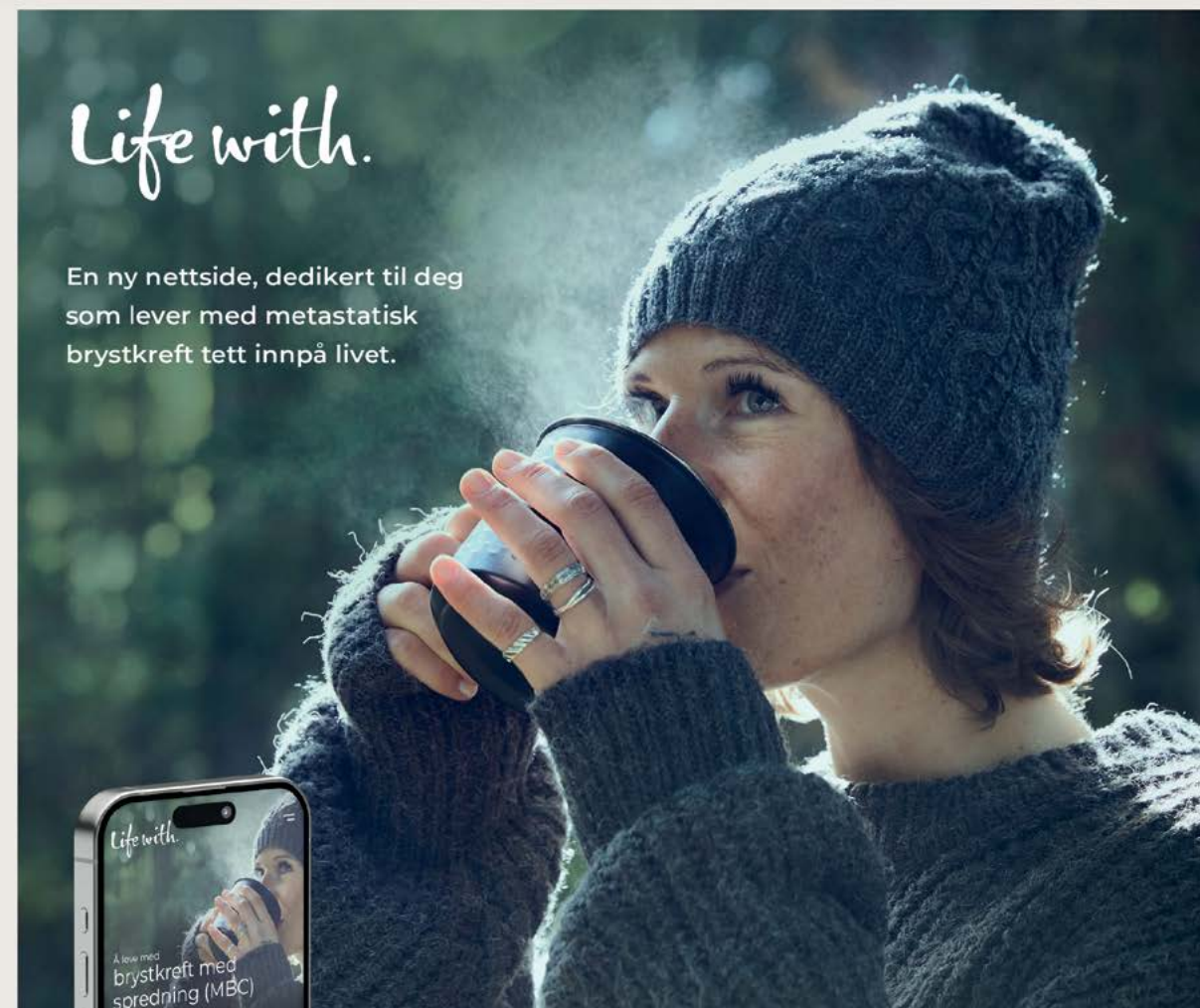
På vegne af bestyrelsen for Fagligt Selskab i Kræftsygepleje i Danmark vil jeg gerne sige jer alle tusind tak for at tage godt imod os. Vi har følt os meget velkomne – ja, faktisk så meget så vi overvejer at komme til Trondheim i 2027. ●

Mona Gundlach, Næstformand, Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, Danmark.

LANDSKURSUS I PALLIATION – DANMARK 2025

Fagligt selskab for palliationssygeplejersker avholdt landskursus 25. og 26. september 2025 i Kolding i Danmark. Hovedstyremedlem i Kreftsykepleierne NSF Fredrik von Löwensprung Eiesland deltok på konferansen. Overordnet tema for konferansen var palliationens mangfoldighet. Det var mange spennende foredrag, blant annet om temaene advance care planning, hvordan palliativ innsats kan nå ut til flest mulig pasienter, delirium, nytt fra det nationale råd, tidlig palliasjon til lungesyke, trøst på livets kant, pårørendestøtte og ingen pasienter og pårørende er gjennomsnittlig. ●

Tekst og bilde: Fredrik von Löwensprung Eiesland



Life with.

En ny nettside, dedikert til deg som lever med metastatisk brystkreft tett innpå livet.



lifewith.no

Lifewith.no er et forum for kunnskap, hjelp og støtte, enten du selv har brystkreft med spredning, eller er pårørende.



”

Vi skal først og fremst leve. Nå. Hver dag teller ...

Les mer på lifewith.no

Fire på gangen ●●● fra Landskonferansen i kreftsykepleie i Bergen

ANNE-KRISTIN ROSTAD

Alder: 44

Stillings: Kreftkoordinator i Volda kommune

Hvor mange ganger har du deltatt på

landskonferansen: Dette er 6. konferansen



Hva opplever du som det mest verdifulle ved å delta på landskonferansen i år?

Fagleg påfyll kombinert med å møte andre kreftsykepleiarar, tidlegare kollegaer, studievenninner og gode vener.

Eg har ein ganske einsam jobb og det er så viktig for både motivasjonen og det å kunne klare stå i jobben, det å møte andre som veit kva det betyr å ha slikt arbeid.

Eg opplevde det som spesielt fint med meir fokus på å ta vare på seg sjølv i jobben vi står i, musikk og refleksjon rundt kva det gjer med oss å møte folk i krise slik vi gjer. Må også rose dei lange pausane, det gjorde ein forskjell!

Hvordan opplever du at konferansen bidrar til din faglige utvikling og rolle som kreftsykepleier?

Den er veldig viktig! Det å kjenne på auka fagleg kompetanse, samhold, fellesskap og få tydelege tilbakemeldingar på at jobben vi gjer er viktig – fører til å at eg kjenner meg tryggare i arbeidskvardagen min, på rolla eg har som kreftkoordinator og på utøvinga av faget mitt.

Er det noe konkret fra konferansen du tenker at du vil ha nytte av i ditt arbeid som kreftsykepleier?

Denne konferansen hadde eit stort fokus på eigenomsorg i arbeidet vårt, og det var eit sårt etterlengta

tema for min del. Det var ganske sterkt, og naudsynt, å få det så tydeleg fortalt, at dei utfordringane og kjenslemessige tøffe sakene ein kan møte i arbeidsdagen gjer meir med oss enn vi kanskje er klar over der og då. Og om vi ikkje er tydelege med oss sjølve, set grenser for oss sjølve og tek vare på oss sjølve så kan det få alvorlege konsekvensar for oss og dei næraste rundt oss.

Det å få den stadfestinga frå fleire hald gjorde godt.

Det var svært nyttig med innlegg frå nokon som har opplevd det sjølv, og med gode tips på korleis ein kan forebygge for å unngå det.

Er det noe du savner eller ønsker mer av i framtidige konferanser?

Eg kjenner på ei spenning rundt dette med framtida sitt helsevesen. Fleire lever med sjukdom og komplekse hjelpebehov, det vert færre hender som kan hjelpe og eg er undrande til korleis dette vil virke inn på faget vårt. Det er stram økonomi over alt, ein skal jobbe meir effektivt og disponere hender og kompetanse «best mogleg». Best mogleg for kven? Det vert også sagt at ein leverer «for gode» helsetenester. Dette gjer meg bekymra!

Eg vil gjerne vite meir om kreftbehandlinga som blir gitt, og korleis vi skal kunne følgje opp denne på best mogleg – både inne i sjukehusa men også ute i heimane, der pasienten lever liva sine enten aleine eller ilag med pårørende og nære rundt seg, – med eit fokus på det eg skriv over.

Vil vi kunne møte dei «der dei er» på den måten vi har lært er viktig, og halde fram med den jobben vi er så glad i på ein måte som framleis opplevast som god nok for oss som står i det, og endå viktigare – for dei som treng oss?

Meir enn nokon gong er det viktig med lovpålagde tenester og sterkare ordlyd frå dei som bestemmer. Eg ønskjer meg enno meir fokus på dette, og korleis stå i den skvisen som kjem. ●

IDA VIKRAN

Alder: 46

Hvor jobber du: Enhet for blod og kreftsykdommer, Nordlandssykehuset.

Hvor mange ganger har du deltatt på landskonferansen: Første gang.



Hva opplever du som det mest verdifulle ved å delta på landskonferansen i år?

Påfyll av faglig kunnskap ut fra ulike temaer innenfor kreftsykepleie synes jeg er svært nyttig. Konferansen bidrar til å styrke rollen som kreftsykepleier, og fellesskapet med andre

kreftsykepleiere er også givende.

Det er nyttig å møte andre kreftsykepleiere å høre hvordan de jobber på sine arbeidsplasser. Det er fint og være sammen med kollegaer utenfor jobb, og hyggelig å møte igjen tidligere kollegaer.

Det er interessant å høre hvor andre kreftsykepleiere jobber, og hvor mange steder en kreftsykepleier faktisk kan jobbe. Det er også veldig nyttig at konferansen inneholder så varierte temaer. Både fagspesifikke temaer, men også etikk, musikk, pasienthistorier og tema som er på dagsorden for tiden, som kvinnehelse. De parallelle sesjonene var spesielt nyttige, da vi fikk innblikk i hva kreftsykepleiere jobber med i ulike prosjekter.

Hvordan opplever du at konferansen bidrar til din faglige utvikling og rolle som kreftsykepleier?

Jeg tenker det er mange temaer fra konferansen som vil være nyttig når jeg skal tilbake til jobben min. Dette kan bidra til at jeg får ny og nyttig kunnskap, som jeg kan videreformidle til kollegaene mine. Jeg føler også at rollen min har blitt styrket etter konferansen, ved å se hvilken nyttig jobb vi gjør.

Er det noe konkret fra konferansen du tenker at du vil ha nytte av i ditt arbeid som kreftsykepleier?

Det er mange temaer jeg vil dra nytte av. Jeg synes pasienthistorien, hvor vi fikk innblikk i både pasient- og pårørendes side, var givende å høre på. Også innslaget om å se pårørende ble en liten påminnelse. Ellers var det interessant å høre om graviditet og kreftbehandling, samt fertilitet og kreftbehandling. Siden jeg

jobber på en kreftpoliklinikk hvor vi gir kreftbehandling, var dette svært nyttig. Veldig givende å høre flere innslag om kvinnehelse. Og selvfølgelig er samvalg og overbehandling alltid aktuelle å ha søkelys på. Den siste dagen med tema ladestasjoner var en god påminner før vi dro hjem, veldig nyttig.

Er det noe du savner eller ønsker mer av i framtidige konferanser?

Kanskje kunne posterne vært litt mere synlige, og litt mer presentasjon av dem. Kunne en form for gruppearbeid, hvor man delte erfaringer og kunnskap, vært nyttig? ●

LENE DOMMARSNES

Alder: 41

Hvor jobber du: Lovisenberg Diakonale Sykehus, avdeling Kreft, blodsykdommer og lindring

Hvor mange ganger har du deltatt på landskonferansen: Første gang



Hva opplever du som det mest verdifulle ved å delta på landskonferansen i år?

Det er første gang jeg deltar på landskonferansen. Jeg er imponert over arrangørens planlegging og gjennomføring. Jeg har hatt tre flotte og inspirerende dager her i Bergen.

Det å høre andres erfaringer, lytte til andres historier og få nye perspektiver opplever jeg som givende og det inspirerer meg til å jobbe videre på min arbeidsplass. Det er i tillegg veldig kjekt å møte igjen tidligere kollegaer og medstudenter, samt å få reise bort med en god kollega på et slikt arrangement.

Hvordan opplever du at konferansen bidrar til din faglige utvikling og rolle som kreftsykepleier?

I etterkant opplever jeg at dette har gitt påfyll i hverdagen til min faglige utvikling og engasjement for personer som lever med kreftsykdom og deres pårørende. Enkelte av forelesningene og presentasjonene utfordret meg til å tenke nytt. Flere av innslagene setter fokus på vår rolle som bindeledd mellom pasient, pårørende og resten av helse-tjenesten. Det viser hvor viktig kommunikasjon og relasjonsbygging er, og at vår rolle strekker seg langt utover

det rent medisinske.

Det er viktig for oss kreftsykepleiere å ha et møtested for å få faglig påfyll og sosialt samvær. Deltagelse på konferansen styrker min identitet som kreftsykepleier, og jeg kjenner på en stolthet.

Er det noe konkret fra konferansen du tenker at du vil ha nytte av i ditt arbeid som kreftsykepleier?

Forelesningen: Diagnose; Kvinne. Hvordan kvinnehelse havnet i medisinsk blindson, var utrolig spennende og som jeg kunne tenke meg å lære mer om. I tillegg opplevde jeg forelesningen om omsorgstretthet og sekundær-traumatisering som svært aktuell.

Er det noe du savner eller ønsker mer av i framtidige konferanser?

Det har i de siste årene vært mye fokus på helsekompetanse. Det hadde vært fint om helsekompetanse kom som eget tema ved kommende kreftkonferanse. På min avdeling forskes det på helsekompetanse rettet mot både kreftpasienter og deres pårørende.

Jeg kunne også ønske mer fokus på temaer knyttet til relasjoner og seksuell helse, et område som ofte blir underkommunisert i møte med vår pasientgruppe. Som kreftsykepleier trenger vi både kunnskap og trygghet i hvordan vi kan ta opp og følge opp spørsmålene på en god måte. Jeg opplever at vi som kreftsykepleiere kan gjøre en stor forskjell her.

Til slutt kunne jeg ønske meg mer informasjon om hvordan kunstig intelligens brukes i helsetjenesten, og hvordan det kan bidra til å avlaste og eventuelt forbedre helsehjelpen vi gir pasienter og pårørende. ●

MARIE MYKLEBØ

Alder: 49

Hvor jobber du: Gausdal kommune, Kreftkoordinator

Hvor mange ganger har du deltatt på landskonferansen: 4



Hva opplever du som det mest verdifulle ved å delta på landskonferansen i år?

Pasienthistorien. Det er alltid det mest verdifulle og ekte å høre hvordan pasienter og pårørende sin egen ufiltrerte opplevelse og

historie. Verdifullt at de klarer å dele – slik at vi kan bli bedre på å møte andre pasienter og pårørende.

Så er det også veldig verdifullt å møte igjen kollegaer fra tiden jeg jobbet i Oslo. Så fint å se gamle kjente, kjenne på felleskapet og knytte nye kontakter. Å jobbe som kreftkoordinator kan være ganske ensomt – og slike konferanser med mange andre som brenner for det samme som deg er utrolig verdifullt. Samhold, påfyll både faglig og sosialt er viktig!

Hvordan opplever du at konferansen bidrar til din faglige utvikling og rolle som kreftsykepleier?

Jeg får ny kunnskap, mye jeg kan ta med meg og bruke direkte til pasienter og pårørende og ideer til utvikling av tjenestetilbudet. Jeg blir mer bevisst og klar på hvor viktig vår fagkunnskap er for å gjøre en forskjell for pasienter og pårørende. Jeg blir en stoltere og tydeligere kreftsykepleier.

Det er alltid en oppvekker når fokuset skal over på oss som hjelpere. Lett å glemme i hverdagen, men så utrolig viktig for å forebygge og bli bevisst egne grenser. Det er alltid lurt, litt skummelt og veldig nyttig. I travle hverdager er det ingen andre enn oss selv som må tørre å kjenne etter og sette grenser for oss selv.

Er det noe konkret fra konferansen du tenker at du vil ha nytte av i ditt arbeid som kreftsykepleier?

Pasient- og pårørendehistorien og familieperspektivet. Gode forelesninger som alltid gir gode perspektiver og påminnelser på hvordan vi som kreftsykepleiere skal møte pasienter og pårørende.

Er det noe du savner eller ønsker mer av i framtidige konferanser?

Ikke som jeg kommer på nå. ●



Immunterapien Jemperli har fått **JA** i Beslutningsforum i 1. linje endometriekreft for både dMMR*- og pMMR** pasienter ^{1,2}



Finansiering over Helseforetak for indikasjonen
JEMPERLI er indisert i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for førstelinjebehandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft og som er kandidater for systemisk behandling.^{1,3}

*dMMR= Deficient mismatch repair
**pMMR= Proficient mismatch repair

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON / FORSIKTIGHET UTVIKES VED:
Immunrelaterte bivirkninger, som kan være alvorlige eller fatale, kan oppstå hos pasienter som behandles med antistoffer som blokkerer veien for det programmerte celledødsprotein-1 / programmerte dødsligand 1 (PD-1/PD-L1), herunder Jemperli. Immunrelaterte bivirkninger oppstår vanligvis under behandling, men symptomer kan også dukke opp etter at behandlingen er seponert. Pasienter skal overvåkes for symptomer og tegn på immunrelaterte bivirkninger. Se preparatomtalen kap 4.4 og kap 4.8 for ytterligere informasjon om immunrelaterte bivirkninger og håndteringen av disse, samt andre bivirkninger.

Referanser: 1. Jemperli preparatomtale. 2. https://www.nyemetoder.no/metoder/id2024_060/. 3. Mirza MR, et al. N Engl J Med. 2023;388(23):2145-2158

GlaxoSmithKline AS, Drammensveien 288, 0283 Oslo, Tlf. 22702000.
©2025 GSK Group of Companies. Trade marks are owned by or licensed to the GSK Group of Companies. All rights reserved. PM-NO-DST-ADV-240001, Februar 2025.

Sikkerhetsprofil ved kombinasjonsbehandling¹
JEMPERLI ble permanent seponert på grunn av bivirkninger hos 38 (6,3%) av pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft, hvor de fleste var immunrelaterte hendelser.¹ Bivirkningene var alvorlige hos 11,2 % av pasientene; de alvorligste bivirkningene var immunrelaterte bivirkninger.¹

Alle som forskriver JEMPERLI, skal dele ut og informere pasientene om pasientkortet samt forklare hva de skal gjøre hvis de opplever symptomer på immunrelaterte bivirkninger.
Reseptgruppe C
Pakning og maksimalpris: Hettegl 500 mg 92 318,20 kr.

Se preparatomtalen for full informasjon før forskrivning av Jemperli.
Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00



Hverdagsblikk



Tre faggrupper samlet.



Bård Fosli Jensen.

Samarbeid på tvers av faggrupper skaper muligheter

Sentralt Fagforum deler hvert år ut midler til fagutvikling og aktiviteter for medlemmer av NSF faggrupper, og samarbeid mellom faggrupper prioriteres ved tildeling. Her kan du lese om hvordan tre faggrupper slo seg sammen og skapte en fagkveld for medlemmene.

I Telemark arrangerer NSF fylkeskontor årlig lokal fagpolitisk konferanse der alle faggrupper med lokallag blir invitert til å delta. Tema varierer, noe av intensjonen er å knytte faggruppeaktiviteten tettere på NSF-politikerne og tillitsvalgte. Dette ved å presentere NSF strategi og handlingsplaner på nasjonalt og lokalt nivå. Det var i forbindelse med et slikt møte at det ble tydeliggjort mulighetene som ligger i å søke om midler fra Sentralt Fagforum. NSF var tydelig på at tildeling av aktivitetsmidler, det vil si midler til for eksempel faglige møter, vil bli prioritert dersom aktiviteten er et samarbeid mellom faggrupper. Som initiativtaker kontaktet jeg lokallagslederne for intensivsykepleierne og Sykepleiere innen Rus og Psykiatri. Etter en vurdering av hvilke tema som er felles på tvers av faggrupper valgte vi tema kommunikasjon. Kommunikasjon er grunnleggende viktig for alle og et tema vi kan samles oss om på en fagkveld. Deretter utformet vi en søknad etter

kriteriene fra Sentralt fagforum.

Det ble et langt perspektiv og mye planlegging. Søknaden med beskrivelse og budsjett skal sendes til egen faggruppe i januar. Vi sendte vår søknad til FKS sentralstyre. Faggruppens sentralstyre skal så prioritere blant innkomne søknader og sende videre til Sentralt Fagforum. I april kan svar på tildeling forventes. Vi valgte å kontakte aktuell foreleser i god tid, et halvt år før vi visste om tildeling. Hensikten var å sjekke ut muligheter og lage en intensjonsavtale før vi sendte søknaden i januar. Da vi fikk beskjed om fullfinansiering var det bare å sette i gang for å organisere gratis fagkveld for faggruppemedlemmer. I oktober gjennomførte vi en vellykket fagkveld med kollegiale møter, mingling, og Bård Fosli Jensen som engasjerende foredragsholder.

Kan dette inspirerer flere lokallag til å ta initiativ til samarbeid om faglig aktivitet på tvers av faggrupper? I alle fall er vår erfaring at sammen bygger vi faglig utvikling og fellesskap. Les om mulighetene på NSF Sentralt Fagforum – Fagutviklingsmidler og aktivitetsmidler.

Tekst og foto: Sigrid Skarholt,
Lokal faggruppeleder Telemark, Kreftsykepleierne NSF

EN HILSEN FRA LOKALLAGSLAGET OSLO OG AKERSHUS, KREFTSYKEPLEIERNE NSF

Lokallaget har 332 medlemmer med spredning Oslo/Akershus. Her er det medlemmer fra primærhelsetjenesten, akademia / utdanningsinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten.

Lokallaget har ligget nede en stund, men nå er vi endelig opp i drift igjen og fått med flere inn i styret. Vi har ett årshjul som vi planlegger etter, og for medlemmene blir det 2 møter i året, vår og høst. På vårmøtet 20. mai 2025 hadde vi: Kreftkoordinator og stipendiat Sandra Jahr Svendsen, med foredraget «Behandlingsavklaringer i palliative forløp – roller og ansvar»

Årsmøte med valg av kandidater ble gjennomført samme kveld. Det ble valgt inn 2 nye til styret, så nå er vi 6 medlemmer i styret, vi er fint fordelt i Oslo og Akershus, og oppgavene fordeler vi mellom oss. Vi ønsker gjerne at medlemmene våre er aktive og kommer med innspill og forslag til oss, enten det gjelder foredrag eller andre teamtikker som hører under ett lokallag. Send noen ord til leder Janne, e-post jann-ch@online.no. Styret består i dag av Janne Christoffersen, Anita Grue, Oddfrid Nesse, Eli Marie Fossum, Vibeche Fahsing og Camilla Grønberg.

Med hilsen fra lokallaget Oslo/Akershus,
Kreftsykepleierne NSF
Janne Christoffersen (lokallagsleder)



STYRET:

Leder Janne Christoffersen
Nestleder Anita Grue
Sekretær Oddfrid Nesse
Kasserer Eli Marie Fossum
Web/ sosiale medier-ansvar Vibeche Fahsing
Medlemsansvarlig Camilla Grønberg



Egede-Nissen, Frivillighetskoordinator, Stiftelsen Fransiskushjelpen

Kafe Frans - sorgkafe

I mars 2025 startet Fransiskushjelpen en åpen møteplass for mennesker i sorg; *Kafe Frans - sorgkafe (formiddag)*. Det å få fortelle historien sin og møte andre som også har mistet noen og er i sorg gjør godt for mange. På Kafe Frans blir de besøkende møtt med kaffe og nystekte vafler før de får plass ved et bord og samtalen kan begynne. På hvert bord sitter minst en frivillig gruppeleder, som sørger for at samtalen flyter godt og at alle får komme til orde. Tilbudet er åpent tirsdag formiddag, to ganger i måneden og holder til i Fransiskushjelpens lokaler på Enerhaugen.

Vi har også et kafetilbud på ettermiddagen en ettermiddag i måneden. Dette tilbudet er også åpent for alle, men benyttes mest som introduksjonssamling for de som ønsker plass i en av Fransiskushjelpen sine 21 sorggrupper.

Sorgtjenesten i Fransiskushjelpen er åpen for alle uavhengig av tro, bakgrunn, legning, kjønn, sosial tilhørighet eller annet.

Test og foto: Fayette Egede-Nissen



VIL DU VÆRE MED Å STARTE LOKALLAG I NORDLAND?

I Nordland forsøker Silje Weronica Solberg og Trine Voldvik Snoen å starte opp lokallag. De trenger å få flere med på laget. Har du forslag til kandidater eller ønsker å være med selv så send en mail til

Silje.Weronica.Solberg@nordlandssykehuset.no eller **Trine.Snoen@nordlandssykehuset.no**

VIL DU VÆRE MED Å FÅ ØKT AKTIVITET I LOKALLAGET INNLANDET?

Faggruppen Kreftsykepleierne NSF har over 1800 medlemmer rundt om i landet. Lokallagene er viktige og i dag har vi 11 lokallag. I Innlandet trenger vi å få lokallagsstyret opp å gå igjen. Håper du som er medlem ønsker å være med å få opp aktiviteten. Jobber du i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, i Akademia eller annet, så meld deg. I et lokallag trenger vi fem personer eller flere som ønsker å være med. Lokallaget bestemmer selv hvordan lokallaget skal drives og hvilke aktiviteter det er ønskelig å arrangere. Hovedstyret i Kreftsykepleierne NSF står klare til å hjelpe dere og vi kommer gjerne og deltar på oppstartsmøte. Har du forslag til kandidater eller ønsker å være med selv så send en mail til lokallagskontakter i hovedstyret:

Anne-Britt.Hauge@bergen.kommune.no eller **freeie@ous-hf.no**

Lokallag Vestfold

I november arrangerte lokallaget i Vestfold fagkveld. Det var et fullsatt lokale med over 30 deltakere. Onkolog Stian Vattaker snakket om HLR, kreftbehandling og skrøpeligheit. Han rettet det inn mot både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det var masse spørsmål fra deltakerne, så det ble en god dialog. Et tema som engasjerte mange.

Tekst og foto: Irene Bjällhag, leder kreftsykepleierne Vestfold



Åpenhet om døden, temadager i Oslo

«Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.» Døden berører oss alle, men kan være vanskelig å snakke om. Åpenhet rundt døden kan bidra til å redusere bekymringer og lindre smerte – både for den som skal dø og for dem som skal leve videre.

I den siste uken av oktober ble det arrangert flere åpne aktiviteter i Oslo med døden som tema. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo sto bak arrangementene, i samarbeid med ulike fagmiljøer og organisasjoner.

Uken startet med visning av filmen *Henden – rekviem for en fotograf*, etterfulgt av en samtale med prest Trond Bakkevig, regissør Rune Denstad Langlo og Harald Hendens venn, Theis Tønnesen.



Visning av filmen *Henden – rekviem for en fotograf* på Vega Scene. Foto: Fredrik von Löwensprung Eiesland

Onsdag ble det arrangert en samling på Munchmuseet, hvor deltakerne fikk høre Gustav Jørgen Pedersen, forskningsleder ved Munch, og Christiaan Rhodius belyse det kunsthistoriske og medisinske perspektiv knyttet til livet og døden gjennom Munchs malerier.

Det siste arrangementet fant sted på Litteraturhuset under tittelen: «Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve». Filosof Henrik Syse åpnet kvelden, etterfulgt av en panelsamtale med sykehjemslege Ina Rimberg, kreftsykepleier Eirik Arlov og to representanter fra Ung Kreft. Samtalen ble ledet av samfunnskontakt ved Oslo universitetssykehus, Markus Moe.

I løpet av uken ble det også arrangert webinarer for helsepersonell med faglig innhold knyttet til forhåndssamtaler, verdighet i livets siste fase og tilrettelegging for hjemmetid og hjemmedød.

Flere steder i landet har det vært arrangert lignende aktiviteter i forbindelse med allehelgensdag. Mange har hentet inspirasjon fra arbeidet til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Innlandet, som har delt erfaringer, råd og verktøy.

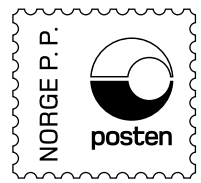
Tekst: Hege Aker Isaksen



VIL DU VÆRE MED Å STARTE LOKALLAG I BUSKERUD?

Mitt navn er Linda Sunne Hauge, fra Nesbyen i Hallingdal. Jeg er utdannet palliasjonssykepleier, og jobber i en korttidsavdeling på sykehjem og som kreftkoordinator. Det er rollen som koordinator som har trukket meg inn i faggruppen, da jeg ønsket å knytte kontakter og dele kunnskap og erfaringer. Jeg ønsker nå å starte lokallag i Buskerud, og håper å få med meg flere engasjerte sykepleiere som vil være med i arbeidet. Jeg er også medlem i sentralstyret for faggruppen Geriatri og demens. Har du forslag på kandidater eller ønsker å være med, ta kontakt på epost:

linda.sunne@nesbyen.kommune.no



RETURADRESSE:
NSFS FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIERE
POSTBOKS 456, SENTRUM
0104 OSLO



Er du sykepleier med interesse for kreftsykepleie?

Bli medlem av Faggruppen for kreftsykepleiere idag



**SEND SMS
«KREFT»
TIL 02409**

Bli medlem av faggruppen!
(kun for medlemmer av NSF)
Individuelt medlemskap: kr 400 per år
Studenter og pensjonister: kr 200 per år

Vi skaper
møteplasser for fag-
og kunnskapsutvikling
– og du får mulighet til
å påvirke og å bidra.
Vi arbeider faglig og
politisk med søkelys på
utdanning, kompetanse
og funksjon.

FORDELER MED MEDLEMSKAP:

- Mulighet for å søke stipendmidler for deltakelse på seminarer og konferanser.
- Rabatt på landskonferansen i kreftsykepleie (arrangeres hvert annet år).
- Deltakelse på fagmøter, fagkvelder og andre lokale aktiviteter.
- Nyhetsbrev med aktuelle tema fra kreftomsorgen.
- Abonnement på tidsskriftet Kreftsykepleie.
- Assosiert medlemskap i EONS (rabatt ved deltakelse på ESMO/EONS-konferansen).



Scann QR-kode eller gå til:

<https://www.nsf.no/fg/kreftsykepleiere>



NSFs Faggruppe for kreftsykepleiere



@Nsfs_fks



KREFTSYKEPLEIERNE
NSF