

Kreftsykepleie

Marte-Lill - En hverdag
som kreftkoordinator
i Hamar kommune



Fysisk aktivitet

**Identitet hos unge
mannlige kreftoverlevende**

**2026 byr på flere
jubilumsfeiringer**

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
Jannicke Rabben tlf 95941565
 jannicke.rabben@uia.no
Fredrik von Lövensprung Eiesland tlf 45 23 42 70
 fredrikeiesland@hotmail.com

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

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

Bilder fra
Magnific, Unsplash, iStock

Forsidefoto
Vigdis Nordtømme

Ønsker du å annonsere i tidsskriftet vårt?

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

Signerte artikler står for forfatterens egen regning og ansvar.

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



NSFs Faggruppe for kreftsykepleiere



@kreftnsf

Innhold



- 4 Hilsen fra faggruppeleder
- 6 Hilsen fra redaksjonen
- 7 Ingers hjørne
- 8 Minneord Elisabeth Holter
- 10 Aktiv mot kreft-senteret
- 14 ● Fysisk aktivitet for personer som har og har hatt kreft
- 24 Hjernesvulstforeningens tilbud til familier
- 28 ● Marte-Lill – En hverdag som kreftkoordinator i Hamar kommune
- 33 Involvering i felles beslutningstaking (samvalg) i palliativ kreftomsorg
- 42 Implementering av elektroniske pasientrapporterte utfallsmål (ePROMs) i kreftomsorgen
- 52 Fire på gangen
- 56 Venescanner til bruk i kreftpoliklinikk
- 62 Nordlanssykehuset: 25 år med kreftomsorg
- 64 ● Fransiskushjelpen: 70 år med omsorg – og 50 år med palliativ hjemmetjeneste
- 70 Senter for kreftbehandling på Sørlandet sykehus (SFK)
- 72 ● Identitet hos unge voksne menn etter kreftbehandling
- 78 Hverdagsblikk



Tanja Yvonne Alme
Faggruppelider



Midt i alt

– om synlighet, ansvar og uro

Det går mot sommer og våren er på hell. Mai måned rommer to viktige markeringer for oss:

12. mai – den internasjonale sykepleiedagen, og 18. mai – den internasjonale kreftsykepleiedagen. Dager der vi løfter frem vår profesjon, vår kompetanse og vår betydning – både for pasienter, pårørende og helsetjenesten som helhet. Lokallagsleder Sigrid har skrevet et godt innlegg som synliggjør kreftsykepleiers betydning i kommunehelsetjenesten. Det er nettopp der, tett på folks hverdagsliv, vi ser hvor avgjørende riktig kompetanse er – fra tidlig oppdagelse og forebygging, til avansert behandling, lindring og oppfølging gjennom hele sykdomsforløpet. Hun skriver: *Kreftsykepleiers kompetanse kan sikre at personer som er rammet av kreft får støtte, ikke bare til å overleve, men å leve godt.*

Samtidig som vi arbeider målrettet for å beskrive og synliggjøre vår kompetanse, og jobber med spesialistgodkjenning, skjer det noe nasjonalt som gir grunn til bekymring: I revidert nasjonalt budsjett foreslås det at kompetansekrav i kommunehelsetjenesten skal fjernes. At dette skal gjøres for å gi kommunene bedre økonomi. Dette skjer parallelt med at behovene øker, oppgavene blir mer komplekse, og stadig mer av behandlingen flyttes hjem til pasientene. Vi har hørt kommune-kommisjonen forslå det tidligere i år. Men, at en regjering skal kunne forslå noe så risikabelt og farlig er rett og slett ikke til å tro. Vet de hva de egentlig foreslår?

Hva betyr dette for de som er berørt av kreft?

Det betyr risiko for større ulikhet. Det betyr at lavterskeltilbud kan bli svekket. At forebygging og tidlig innsats kan glippe. At oppfølgingen etter behandling

blir mer tilfeldig. At pasientforløpene mister sammenheng – og at overganger mellom nivåer blir mer sårbare. Det betyr også økt press på spesialisthelsetjenesten, når kommunene ikke har forutsetningene for å ivareta oppgavene de forventes å ta.

Dette utfordrer en av våre viktigste målsettinger: **likeverdige tjenester**. Er vi i ferd med å bli prisgitt hvor vi bor? Gjennom to store kartlegginger i 2023 og 2025 har vi undersøkt hvordan **Pakkeforløp hjem for kreft** fungerer i praksis. Over 700 har svart. Bildet som tegner seg er tydelig: intensjonene er gode, men virkeligheten er fragmentert. Mange opplever at pakkeforløpet ikke fungerer slik det var tenkt. Tjenestene er ikke alltid sammenhengende. Overganger svikter. Ansvar pulveriseres – alle har ansvar, og dermed oppleves det som om ingen har det.

Flere peker også på en viktig nøkkel: kommuner med kreftkoordinator har langt bedre forutsetninger for å lykkes. Derfor er vår kamp tydelig: **kreftkoordinator må lovpålegges**. Men vi må samtidig erkjenne at dette arbeidet blir mer krevende i en tid hvor selv grunnleggende kompetansekrav svekkes.

NTNU arbeider nå med en innholdsanalyse av kartleggingene, og en rapport vil foreligge før sommeren. Denne rapporten blir også utgangspunkt for vårt arrangement under Arendalsuka, i samarbeid med Universitetet i Agder:

«Er likeverdige tjenester for berørte av kreft en utopi?»

Tirsdag 11 august kl. 14.00 i UIA-teltet. Arrangementet strømmes også – vi håper mange vil følge med.

Å beskrive faget vårt

Parallelt pågår det et annet viktig arbeid i NSF. På landsmøtet i 2023 ble det vedtatt at NSF og faggruppene skal samarbeide om å beskrive sykepleiefaget og de ulike spesialitetene. Ni faggrupper deltar i første fase, blant dem kreftsykepleierne. Prosjektet ledes av Kari Bugge og skal ferdigstilles i slutten av juni.

Vår arbeidsgruppe består av:

Tanja Yvonne Alme (leder)

Anett Skorpen Tarberg (akademia)

Kent André Solgård (klinikk)

Marianne Brox (lederperspektiv)

Dette er et krevende, men helt avgjørende arbeid. Å beskrive hva vi faktisk er og gjør, er en forutsetning for å bli hørt, forstått og prioritert.

Kreftsykepleierne NSF en del av Endgame alliansen

Kreftsykepleierne NSF støtter ENDGAME-kampanjen for en tobakksfri fremtid. For oss handler dette ikke først og fremst om politikk, men om pasienter, forebygging og liv som kunne vært spart. Som kreftsykepleiere møter vi konsekvensene av tobakksbruk hver dag. Vi møter mennesker med alvorlig sykdom, smerter og komplekse behandlingsforløp – ofte med diagnoser som helt eller delvis kunne vært forebygget. Vi følger pasienter og pårørende gjennom livsforløp som preges av belastning, usikkerhet og tap.

ENDGAME-kampanjen har et tydelig mål: å fase ut tobakksbruk i Norge for å forebygge sykdom og død. Dette er et mål vi som helsepersonell opplever som både nødvendig og riktig.

Vi håper alle våre medlemmer er med å dele informasjon om alliansen. Du kan lese mer om dette på endgame.no

Landskonferanse i kreftsykepleie 2027

Lokallaget i Trøndelag er i full gang med planlegging av neste landskonferanse. Tittelen er klar: **«Midt i alt»**.

En tittel som rommer mye. For det er nettopp der vi står – midt i livets alvor, midt i kompleksiteten, midt i endringer som både gir håp og uro. For meg treffer tittelen både oss som kreftsykepleiere, og alle pasienter og pårørende som står midt i livet – når alt brått snus opp ned.

Jeg håper å treffe mange av dere på konferansen neste år. Husk at du kan søke stipend innen 1. desember.

Etikk – viktigere enn noen gang

Vi fortsetter vårt arbeid med etikk, i samarbeid med sykepleieledere. Det vil komme flere webinarer og



etikkdager. I en tid med store prioriteringsutfordringer og strukturelle endringer, er etisk refleksjon kanskje viktigere enn noen gang.

Faggruppen vår er aktiv og engasjert, med et solid medlemstall. Vi jobber bredt – med synliggjøring av kompetanse, utvikling av faget og ikke minst diagnose-uavhengig palliasjon. Dette arbeidet fortsetter.

Selv deltar jeg nå i en referansegruppe i Helsedirektoratet, med utvikling og implementering av medisinsk spesialisering innen palliasjon. Viktig og spennende – og et område hvor vår kompetanse er helt sentral.

Vi trenger hverandre. Vi trenger fellesskapet. Som jeg har sagt før: **sammen er vi sterkere, tydeligere – og vi får til mer.**

Takk til alle medlemmer og lokallag som løfter kreftsykepleiekompetanse og engasjerer seg for at berørte av kreft skal få en bedre hverdag.

Til slutt

Det går mot sommer. Jeg håper du får noen gode pusterom – med det som gir deg påfyll. Vi trenger det. For å stå i det krevende arbeidet vi gjør, for mennesker i sårbare livssituasjoner. **God sommer til alle. Ta vare.** ●

Med vennlig hilsen
Tanja Yvonne Alme
Faggruppelider



Frå redaksjonen

Sommeren nærmer seg, og det er tid for en ny utgave av tidsskriftet Kreftsyrkepleie. Siden sist har vi gjort endringer i redaksjonen og redaksjonen består nå av redaktør Anett Skorpen Tarberg med Jannicke Rabben og Fredrik von Löwensprung Eiesland i redaksjonsutvalget.

I år er det flere jubileumsfeiringer, og i tidsskriftet kan du lese om Fransiskushjelpen som feirer 70 år, samt Senter for kreftbehandling ved Sørlandet sykehus og Kreftavdelingen ved Nordlandssykehuset, som begge feirer 25 år. Du kan også lese om det nye Aktiv mot kreft-senteret ved OUS Radiumhospitalet, viktigheten av trening i forhold til bivirkninger i kreftbehandling samt hvordan sykepleiere ved sykehuset Nordmøre og Romsdal benytter venescanner i sitt daglige arbeid med pasienter med kreftsykdom. Kreftsyrkepleiekompetanse er viktig i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og kreftkoordinatorer er viktige støttespillere for pasienter i hjemmet. Dette kan du lese mer om i artikkelen «Når helhet betyr alt – en hverdag som kreftkoordinator i kommunen». I artikkelen får vi et

innblikk i kreftkoordinator, Marthe-Lill, sin hverdag i Hamar kommune. For å tydeliggjøre viktigheten av kreftkoordinators rolle har vi også valgt å løfte frem hennes rolle på forsiden av dette tidsskriftet.

Pensjonerte sykepleiere må ses som en ressurs, både for faggruppen og i klinisk og frivillig arbeid. I spalten «Fire på gangen» får vi høre ulike refleksjoner om temaet. Det skjer også mye spennende rundt omkring i landet vårt, vi oppsummerer noe under spalten «Hverdagsblikk».

Vi håper tidsskriftet gir deg som leser faglig påfyll og inspirasjon i arbeidshverdagen, og skulle du bli inspirert til å ville skrive noe selv, ta gjerne kontakt med oss. Vi er interessert i både store og små nyheter, lange og korte artikler og tekster. Vi vil oppfordre deg til å følge Kreftsyrkepleierne NSF både på Facebook og Instagram, QR-koder finner du i tidsskriftet.

Med sommeren rett rundt hjørnet, ønsker vi i redaksjonen deg en riktig god sommer! ●

Hilsen Anett, Jannicke og Fredrik

Tidsskriftet kreftsyrkepleie

Tidsskriftet Kreftsyrkepleie 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

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

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



Jannicke Rabben

Førsteamanuensis.
Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder
jannicke.rabben@uia.no



Fredrik Von Löwensprung Eiesland

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

Vår utdanning - et samfunnsoppdrag



Inger Utne

Professor em.
i kreftsyrkepleie

Lokale budsjettprosesser må ikke få avgjøre framtiden for kreftsyrkepleiestudiet.

I 2035 er det estimert at i underkant av en halv million nordmenn har eller har hatt kreft. Noen av dem vil heldigvis klare seg uten vår hjelp, men mange av dem vil før, under og etter behandling trenge våre kunnskaper som fagpersoner.

For oss er dette mer enn velkjent. Å si hvor mange kreftsyrkepleiere vi vil trenge i framtiden, er vanskelig, men det er helt sikkert at behovet neppe vil kunne dekkes. Derfor er det viktig å rette søkelyset mot utdanningen og utdanningskapasiteten ved de enkelte læresteder. Går vi inn i tallmaterialet, var det mellom 2022 og 2024 en positiv utvikling: I -22 ble det utdannet 145 kreftsyrkepleiere, i -23 var det 160 og i 2024 – det siste året vi har tall fra – var antallet 185.

Trenden var altså i disse årene stigende, selv om tallene var forholdsvis små og langt i fra tilstrekkelige. Fra 2024 ser det ut til at den positive trenden er blitt negativ på grunn av sjeldnere opptak, lengre studium samt større utbredelse av deltidsstudier.

Foruroligende

I tillegg kommer en foruroligende trend, som man ikke skal bevege seg langt ut i det norske høgskole- og universitetssystemet for å se: OsloMet er den største institusjonen i Norge som utdanner sykepleiere, og i 2024 unnlot man å ta opp nye studenter i kreftsyrkepleie på masternivå. Siden den tid har det ikke vært nye opptak. I disse dager er det kommet signaler fra Universitetet i Sørøst-Norge (USN) – en annen tung institusjon – at man også der overveier å sløyfe opptaket av nye studenter høsten 2026.

Samtidig som OsloMet i 2024 innstilte studentopptaket, ønsket ledelsen ved NTNU å nullstille opptakene både i Ålesund og i Trondheim. Kompromisset ble å starte en fleksibel, desentralisert deltidsutdanning med opptakssted Ålesund. På plussiden må noteres at Universitetet i Agder og Universitetet i Stavanger har startet opp med kreftsyrkepleierstudiet.

Problemet som jeg vil belyse, handler om følgende: Det OsloMet gjorde og som nå USN vurderer, nemlig å fryse sitt studietilbud, skjer i forbindelse med budsjettprosessen ved den enkelte institusjonen. Hva det handler om, ser ut til å være kortsiktige budsjettprosesser, ikke langsiktige vurderinger av hva det norske helsevesenet vil trenge om fem, ti og tjue år.

Viktigheten av kreftsyrkepleierutdanningen ble understreket av Kunnskapsdepartementet i 2022 da det kom *Forskrift om nasjonal retningslinje for kreftsyrkepleierutdanning*. Per i dag er det sju spesialsyrkepleierutdanninger som har egne forskrifter. Dette signaliserer at det norske samfunnet mener at vår utdanning er viktig. Derfor er det et stort paradoks at det på enkelte institusjoner har vært de årlige budsjettprosesser som har avgjort studiets framtid, og at denne framtiden på disse institusjonene ser ut til å være mørk.

Samfunnsoppdraget

Det må være tillatt å spørre om hvordan våre utdanningsinstitusjoner skal styres: Skal det skje ut i fra et samfunnsoppdrag, eller skal det skje i forbindelse med de årlige budsjettprosessene? Universiteter og høyskoler i Norge har og må ha en stor grad av selvstyre; dette er det knapt noen som kan være i mot. Men på den andre siden har det norske samfunnet – oppdragsgiveren – behov for profesjoner som står i velferdssamfunnets frontlinje. Vi kreftsyrkepleiere er utvilsomt en slik gruppe. Det kan derfor neppe være opp til den enkelte institusjon som utdanner sykepleiere, om man også skal ha en masterdanning for kreftsyrkepleiere.

Problemstillingen rundt selvstyre kontra sentral dirigering av utdanningsinstitusjoner er et politisk vepsebol, noe jeg er fullt klar over. Spørsmålet er om vi likevel må gå inn i dette og se på det med friske øyne. Og selvsagt hadde det vært interessant å høre hva helseminister Jan Christian Vestre mener. Er han fornøyd med dagens tilstand? ●

Minneord

Elisabeth Holter

– grunnlegger av faggruppen, første leder og æresmedlem

Torsdag 12. februar 2026 døde Elisabeth Holter på Diakonhjemmet, 84 år gammel. Elisabeth hadde i flere år levd med kreftsykdom før tilstanden ved årsskiftet forverret seg raskt. Ved hennes død er en pioner for utviklingen av kreftsykepleien i Norge gått bort.



Elisabeth vokste opp i Oslo, hun gikk på Ullevål Sykepleierskole 1961 – 64 og på Norges Høyere Sykepleieskole i 1969. De første årene som sykepleier var Elisabeth aktivt involvert i etableringen av en overvåkningspost for hjertepasienter og kurs i hjerteovervåkning for sykepleiere på Ullevål Sykehus. Fra 1972 til 1983 arbeidet hun på Regionsykehuset i Tromsø (nå UNN), først som oversykepleier og deretter som assisterende sjefsykepleier.

Etter hvert ble Elisabeth mer og mer interessert i kreftsykepleien. Familien flyttet tilbake til Oslo og i 1983 begynte hun som assisterende sjefsykepleier på Radiumhospitalet (DNR). Fra 2006 var hun Kvalitets- og HMS koordinator på DNR til hun gikk av med pensjon i 2011.

En faggruppe blir til: Elisabeth hadde et brennende engasjement for sykepleiefaget, og hun kom inspirert hjem fra ECCO 3 i Amsterdam (november 1983): Hun hadde der fått støtte fra de 20 norske sykepleiere på konferansen til å starte etableringen av et norsk forum

for sykepleiere i kreftomsorgen og til at vi burde engasjere oss i oppstarten av et europeisk forum for kreftsykepleie (EONS). To måneder senere ledet Elisabeth det første møtet i arbeidsgruppen for etablering av faggruppen, og to uker etter det igjen deltok Norge på stiftelsesmøtet for EONS på Royal Marsden Hospital i London.

Elisabeth organiserte, hun samlet arbeidsgruppen til hyppige møter og hun skrev utallige brev til helsemyndigheter, til de to kreftforeningene og til industrien. Høsten 1985 ble Elisabeth den første valgte styrelederen i faggruppen, et verv hun hadde fire år. Elisabeth satte kreftsykepleien på den nasjonale dagsorden. Hun var opptatt av samspillet mellom drift og faglig kvalitet. Hun ledet ved sitt gode eksempel, løftet andre opp, og gav «Janteloven» dårlige kår.

Elisabeth var også offensiv på den internasjonale arenaen: Gjennom nettverksarbeid bidro hun til at mange norske sykepleiere reiste på konferanser og møter både som inviterte foredragsholdere og som deltakere. Hennes internasjonale engasjement resulterte

i at hun en periode også var styreleder for EONS. Tilbake i London i 2014 – fikk hun velfortjent anerkjennelse for innsatsen som en av «the past presidents» i forbindelse med 30 års markeringen av EONS der. God ledelse og organisering var viktig for Elisabeth. Midt oppe i en hektisk arbeidshverdag og faggruppearbeid på fritiden skrev hun boken «Ledelse og ledere sykehus» som kom ut i 1990. Boken ble en bestselger – som etter revidering i 1995 kom i et fjerde opplag så sent som i 2003.

Elisabeth var opptatt av at faggruppens historie skulle bli ivaretatt når 40 års jubileet i 2024 nærmet seg. Hun tok kontakt og styret fulgte opp blant annet med invitasjon som æresgjest på jubileumskonferansen i Bergen 2025. Elisabeth måtte dessverre melde forfall, men sendte en hilsen konferansen og var på en måte med likevel. Hun gledet seg stort over at faggruppen i dag er veldrevet og blant de største i NSF med 2000 medlemmer.

Etter konferansen inviterte faggruppen til en markering for Elisabeth i Oslo. Der fikk hun vite styrets beslutning om å utnevne henne til æresmedlem for sin pionerinnsats og sitt langvarige og store engasjement for kvalitet i kreftsykepleien.

Elisabeth slapp aldri taket i det faglige engasjementet: Selv få dager før hun døde kommenterte hun tilsynelatende små detaljer og betydningen de har for kvaliteten. Midt oppe i det hele snakket hun også om planene hun hadde for bisettelsen. Og, det ble delt håp om noen ekstra måneder sammen med sønnene Hans og Kåre, de tre barnebarna og resten av familien – slik gikk det dessverre ikke.

Vi er mange som med takk og respekt minnes Elisabeth som inspirator, faggruppeleder, kollega og venn. ●

Øyvind Nordbø,
æresmedlem,
Kreftsykepleierne NSF

Tanja Yvonne Alme,
faggruppeleder,
Kreftsykepleierne NSF

ANNONSE

Qimono

– tryggere håndtering av cytostatika

Cytostatika er CMR stoffer – karsinogene, mutagene og reproduksjonsskadelige. Selv små mengder kan gi negative helseeffekter, og eksponering kan skje over både kort og lengre tid.

Sykepleiere trenger reell beskyttelse ved hver kobling. Derfor velger de Qimono.

Qimono er et lukket system (CSTD) som reduserer eksponering der risikoen er størst: ved tilkobling, frakobling og overføring.

- Hindrer lekkasje av dråper, damp og aerosoler
- Flat membran for enkel desinfeksjon
- Kjemikalieresistente materialer som tåler aggressive cytostatika
- Qimono er Luer kompatibel med dokumentert lavere kontaminasjon enn standard Luer koblinger

Qimono har også bestått NIOSH testen for lekkasje – en trygghet i en travel hverdag.

Qimono gjør administrasjon av cytostatika tryggere – for deg, pasienten og arbeidsmiljøet.

Ønsker du mer informasjon om Qimono, ta kontakt via info.norway@vygon.com

¹ Connor TH, Lawson CC, Polovich M, McDaniel MA. Reproductive health risks associated with occupational exposures to antineoplastic drugs in health care settings: a review of the evidence. J Occup Environ Med. 2014.

² Hansen JH, Disen JH. Cancer morbidity among Danish female pharmacy technicians. Scand J Work Environ Health. 1994.

Helsekonsekvenser ved eksponering til cytostatika

Kortsiktig ¹	Mellomsiktig ¹	Langsiktig ²
• Hudirritasjon • Hodepine • Kvalme • Hårtap • Allergisk reaksjon • Nekrose	• Imitasjon • Infertilitet • Abort • Medfødte misdannelser	• Høyere risiko for leukemi • Økt risiko for kreft • DNA-forandring

VYCON

Value Life
www.vygon.no

AKTIV MOT KREFT-SENTERET

Trening og kreftrehabilitering

Aktiv mot kreft har siden stiftelsen så dagens lys i november 2007 jobbet for at persontilpasset trening skal bli en del av kreftbehandlingen. Dette har vi gjort ved å etablere Pusterom på hittil 24 sykehus i Norge. Vi har bidratt til kompetanseheving og utvikling når vi i samarbeid med Norges idrettshøgskole (NIH) og Oslo universitetssykehus har laget et eget deltidsstudie og valgfag som utdanner AKTIV-instruktører. Disse har spesialkompetanse til å trene kreftpasienter før, under og etter behandling. Norge har nå ca. 1000 AKTIV-instruktører.



Helle Aanesen

Daglig leder i Aktiv mot kreft
(Foto: Trond-Atle Bokerød)

Ideen til Aktiv mot kreft-senteret har vokst seg gradvis frem. Det begynte da vi forstod at de to minste Pusterommene i landet (på de to største sykehusene Ullevål og Radiumhospitalet) ikke ville bli erstattet med et større Pusterom med økt kapasitet i det nye Radiumhospitalet. Dette må ha vært tilbake i 2017, og vi startet umiddelbart å tenke på alternative steder for å etablere et nytt og større Pusterom. Og ikke bare et Pusterom, men et helhetlig senter som virkelig kunne gi trening for kreftpasienter sin rettmessige plass både i klinisk virksomhet og forskningsstudier.

Fra politisk hold har vi ofte blitt møtt med at det trengs mer forskning på hvilken effekt trening har for kreftpasienter. Samtidig møter vi brukere av Pusterommene som ikke vet hvordan de skulle ha kommet seg gjennom kreftbehandlingen eller tilbake til normalt liv og jobb hadde det ikke vært for treningen på Pusterommet.



Aktiv mot kreft-senteret ligger i det nye John Ugelstads Hus på Campus Radiumhospitalet. Senteret ligger i U1, mens kontorene til OUS og Aktiv mot kreft ligger i 4. etasje. (Foto: Torbs Media)

Vi har nok vært litt forut for vår tid, for i USA ble de første retningslinjene som sa noe om viktigheten av fysisk aktivitet etter endt behandling gitt fra ACSM i 2019. Først i 2022 kom det retningslinjer som sa at regelmessig fysisk trening bør inkluderes under behandling. Nå snakker vi heldigvis om at persontilpasset trening



Gjengen fra Pusterommene (Ullevål og Radium) og Kreftrehabiliteringssenteret på Aker som nå får sin nye arbeids-hverdag i det nye Aktiv mot kreft-senteret. Klare for åpning! (Foto: Torbs Media)

også bør inkluderes som prehabilitering av pasienter, slik at man kommer best mulig forberedt til behandling.

Drømmen om å etablere verdens første og største kompetansesenter for trening og kreft vokste fra 2017 bare sterkere og sterkere. Jeg tror vi har tegnet inn denne «Drømmen» i alle fall fire ulike aktuelle bygninger i umiddelbar nærhet av Radiumhospitalet. Da 'lamell 4' (senere døpt John Ugelstads Hus) ble besluttet bygget var vi tidlig ute med å reservere hele underetasjen i bygget, samt deler av 4. etasje til kontorer. Utfordringen var selvfølgelig at vår lille stiftelse med tre ansatte slettes ikke hadde penger til å forplikte seg til en slik satsing. Men vi hadde lysten, håpet og drømmen – og litt Pippi-innstilling: «Dette har vi ikke gjort før, så det får vi nok til!»

Da første spadetak for dette bygget ble tatt begynte det å haste. Vi inviterte oss til Sigbjørn Smeland, klinikkleder for kreftklinikken på OUS, og innledet samtaler om hvordan vi kunne samarbeide om å realisere det vi mente kunne bli verdens første og største kompetansesenter for trening og kreft. Aktiv mot kreft ønsket å bidra med masse, men tilbudet i senteret må være en del av sykehusets kliniske virksomhet og senteret må således bemannes av sykehusets ansatte. Det viste seg at timingen for disse samtalene var god. Kreftrehabiliteringssenteret på Aker måtte flytte innen kort tid, og hva var vel bedre enn at de flyttet inn i det nye senteret?

En intensjonsavtale med Oslo universitetssykehus ble signert på rekordtid i mars 2023. Intensjonen gikk ut på at Aktiv mot kreft skulle dekke husleien for senteret, samt kontorlokaler i 3 år. Vi skulle også planlegge og finansiere kjøp av alt utstyr og inventar (treningsutstyr, forskningsutstyr, møbler, dekor og annet inventar). Oslo universitetssykehus skulle på sin

side bemanne senteret med sine ressurser fra Pusterommene og Kreftrehabiliteringssenteret, samt dekke leiekostnadene fra og med år 4. Med denne avtalen signert kunne jakten på finansiering starte.

Aktiv mot kreft skrev en søknad til Skipsreder Tom Wilhelmsens Stiftelse, og jommen meg var timingen god denne gangen også! Stiftelsen ønsket nå å støtte noen utvalgte prosjekter med større beløp, og syntes vår søknad falt godt innenfor det de ønsket å støtte. Hele søknaden på NOK 15 mill. over tre år ble innvilget!

Nå begynte vi virkelig å tro at 'Drømmen' kunne bli til virkelighet! Samarbeidet med sykehuset tok ny form, for nå var tiden inne for å konkretisere hva senteret faktisk skulle bli. Dette var en spennende periode med intense diskusjoner hvor den 'lille myggen' Aktiv mot kreft utfordret store, tunge Oslo universitetssykehus så godt vi klarte for å lage en offensiv og innovativ prosjektplan for senteret. Det synes vi at vi har lyktes med i et godt og konstruktivt samarbeid med sykehuset. Prosjektplanen er ambisiøs, og det overordnede målet for senteret er som følger: «Partene har som felles visjon å utvikle et verdensledende kompetansesenter for persontilpasset trening, prehabilitering og tverrfaglig arbeidsrettet kreftrehabilitering forankret i et sterkt internasjonalt fagmiljø med tjenesteinnovasjon og forskning som drivende kraft i utvikling av senteret». Denne prosjektplanen og deretter den formelle samarbeidsavtale mellom Oslo universitetssykehus og Aktiv mot kreft ble signert våren 2025. Sykehuset, med Avdeling for Klinisk Service i spissen, kunne deretter planlegge omlegging av driften for de deler av virksomheten som skulle inn i det nye senteret, med ovennevnte visjon som målsetning.



Masterstudent Andrea Skeie demonstrerer VO2maks-test for H.M. Kong Harald med følge i den nye forskningslab'en. (Foto: Torbs Media)



Full fart i den nye, store gruppesalen. (Foto: Torbs Media)

I tillegg har OUS og Aktiv mot kreft 'spleiset' på et forskningsteam bestående av Lene Thorsen (OUS), Elisabeth Edvardsen (OUS/NIH) og Tormod Skogstad Nilsen (NIH/UiA), som skal legge strategien for forskningsvirksomheten i senteret. Dette er et trekløver Aktiv mot kreft kjenner godt fra før, da de ledet arbeidet med å utvikle 'Trening og kreft'-studiet på Norges idrettshøgskole (NIH) på vår bestilling. De som består dette studiet, enten som deltidsstudie eller som del av bachelor-graden blir sertifiserte AKTIV instruktører. Tormod og Elisabeth har vært på forskningsopphold på Memorial Sloan Kettering Cancer Center i regi av Aktiv mot kreft og Kavlifondet, og Lene har gjennom flere år fått forskningsmidler fra Aktiv mot kreft og bidratt masse til forskning på feltet trening og kreft.

Aktiv mot kreft har på sin side jobbet iherdig med å innrede senteret på best mulig måte, og ikke minst sørge for finansiering av alt som trengs. Og vi har ikke ønsket å spare på noe som helst, for dette senteret skal virkelig bli 'state-of-the-art'! En liten stiftelse som Aktiv mot kreft er ikke bundet av rammeavtaler og andre begrensninger, så vi føler at vi har valgt på øverste hyll både hva gjelder innredning og utstyr.

Vi har fått veldig god hjelp fra Input interiør til møblering av hele senteret, og av CopyCat til å produsere alt av bilder, foliering, skilt og dekor. Men mannen bak helheten av denne utformingen heter Sebastian Holmgren og er interiørarkitekt hos AsplanViak. Han har hjulpet oss å utvikle Pusterom siden 2012, og har stor del av æren for den lekke utformingen og at dette har blitt gode steder å være.

Nesten alt av treningsutstyr til senteret er levert av Technogym, som har vært vår trofaste leverandør av innovativt, slitesterkt og høykvalitet treningsutstyr til Pusterommene siden 2012. Vi er opptatt av at alt i senteret skal være av beste kvalitet, for det fortjener brukerne våre!

Forskningsutstyr har vi aldri kjøpt inn før, så her har lærekurven vært bratt. Dette er heldigvis et område hvor både Oslo universitetssykehus og Norges idrettshøgskole har god kompetanse og erfaring. Her har også det beste blitt kjøpt inn for å måle kroppssammensetning, muskelstyrke, lungefunksjon, hjertefunksjon og mye mer i den nye forskningslab'en.

Ingenting av dette hadde vært mulig om ikke våre søknader hadde blitt møtt med velvillige og rause tildelinger. Vi har vært utrolig heldige, og mottatt betydelige midler fra Grieg Foundation, Hans Herman Horns Stiftelse, Eckbos Legater, CircleK, Stiftelsen Sat Sapient, Kreftingstiftelsen, Lilly Constance og Karl Ingolf Larssons stiftelse, og ikke minst Andreas Martinussen som brukte sin deltakelse i Norseman i 2025 som 'unnskyldning' til å samle inn flere millioner til senteret! Alle disse i tillegg til tidligere nevnte Skipsreder Tom Wilhelmsens Stiftelse.

I tillegg har Aktiv mot kreft samlet inn betydelige beløp fra ulike arrangement de siste årene, som Oslo Maraton, Birken, Anthon-stafetten, vår egen golfturnering på Oslo Golfklubb, Norseman/Zalaris-innsamlinger med mye mer. Det er rett og slett rørende å oppleve så mye giverglede og entusiasme for vårt arbeid med Aktiv mot kreft-senteret.

Det er farlig å nevne en person som har gjort noe spesielt, fordi det er flere av dem, men vi tar sjansen: Anders Folkvord valgte i 2024 å bruke deler av sommerferien sin til å løpe 15 maraton på 15 dager i 15 fylker – og samlet på veien inn bortimot 200.000 kroner! Året etter stod han på startstreken igjen og ville løpe fra Aker Brygge til Sandnes Brygge på 4 dager. Han måtte gi seg noen km fra mål (452km på fire dager er uansett ikke til å kimse av!), men like blid og 160 000 kr til Aktiv mot kreft. Vi er bare imponert over hvordan

«Pusterommet hadde ikke vært mulig om ikke våre søknader hadde blitt møtt med velvillige og rause tildelinger.»

enkeltmennesker som Anders velger å bruke tiden sin (og galskapen!) til å glede andre. Det er så bra!

Vi er veldig glade for at Oslo universitetssykehus anerkjente jobben og initiativet vårt ved å oppkalle senteret etter Aktiv mot kreft. For at omfanget av tilbudet i senteret kommer godt nok frem er tilleggsbetegnelsen Trening og kreftrehabilitering inkludert i navn og logo. Intet lett navn å lage logo av, men vi har kommet frem til en brukbar versjon, og gleder oss til å bruke denne for all aktivitet i senteret i årene som kommer:

Aktiv mot kreft-senteret Trening og kreftrehabilitering

4. februar 2026 kunne vi endelig ønske VELKOMMEN til Aktiv mot kreft-senteret. Dagen ble valgt fordi det er Verdens Kreftdag, og hva passet vel bedre enn å åpne senteret denne dagen? Vi ble selvsagt både stolte og glade da H.M. Kong Harald valgte å komme til åpningen – sammen med bl.a. Ordfører Anne Lindboe og Helseminister Jan Christian Vestre.

På dagtid 4. februar inviterte OUS og Aktiv mot kreft til et svært spennende og lærerikt seminar om trening og kreft, spekket med gode foredrag fra ressurspersoner på feltet fra inn- og utland. Om kvelden ble det åpningsfest med omvisning i senteret, offisiell åpning av H.M. Kong Harald og Pusterom-bruker Solveig

Vedal. Mange gode taler og underholdning, stødig og muntert ledet fra scenen av Anne Lindmo.

Åpningsfesten er nå historie, men vi klyper oss fremdeles i armen når vi tenker på både festen og senteret. Aller mest gleder vi oss imidlertid over aktiviteten, gleden og energien vi ser hver dag i det nye senteret. Men det er nå den viktigste jobben begynner; å sammen sørge for at visjonen vi har blitt enige om skal oppfylles.

All aktivitet i Aktiv mot kreft-senteret er en del av den kliniske hverdagen til OUS, men for å sikre at prosjektplanen følges og målsetningene nås er det etablert en styringsgruppe som skal følge opp dette arbeidet. Styringsgruppen består av leder Steinar Krey Voll (avdelingsleder for Klinisk service, OUS), Helle Aanesen (daglig leder i Aktiv mot kreft), Klavs Madsen (Instituttleder på NIH), Cathrine Brekka (Brukerrepresentant) og Alexander Fosså (onkolog OUS). Vi har en viktig jobb foran oss, for vi i Aktiv mot kreft er utålmodige i forhold til å utnytte alle mulighetene og den kapasiteten Aktiv mot kreft-senteret gir. Vårt håp er at det skal foregå prehabilitering, persontilpasset trening og tverrfaglig, arbeidsrettet kreftrehabilitering i senteret til 'alle døgnets tider', og bli et nasjonalt og internasjonalt hovedsete for forskning på trening og kreft. ●



H.M. Kong Harald får omvisning i det nye senteret av daglig leder i Aktiv mot kreft, Helle Aanesen før den offisielle åpningen 4. februar. (Foto: Torbs Media)



Foto: Magnific.com

Fysisk aktivitet for personer som har og har hatt kreft



Tormod S. Nilsen

Førsteamanuensis, Universitetet i Agder og Norges idrettshøgskole



Lene Thorsen

Seniorforsker, Avdeling for kreftbehandling og Avdeling for klinisk service, Oslo Universitetssykehus

Gjennom de siste 20-30 årene har vi gjennomgått et paradigmeskifte når det gjelder aktivitetsanbefalinger for personer som har eller har hatt kreft.

Tidligere ble pasientene som regel oppfordret til å hvile og «spare energi» for å tåle og stå i den påkjenningen det kan være å gjennomgå behandling for kreft. Takket være forskning og erfaringsbasert kunnskap vet vi i dag at en balanse mellom hvile og fysisk aktivitet er bedre enn hvile alene. En viktig pådriver i denne endringen har vært tilveksten av forskningsstudier som har avdekket gevinstene av å holde seg aktiv under og etter kreftbehandling. Et veldig åpent søk på «Exercise AND Cancer» i Pubmed, avdekker nærmere 40.000 forskningsartikler. En omfattende oversiktsartikkel fra 2018 identifiserte nærmere 700 randomiserte kontrollerte studier som har undersøkt

effekt av trening i ulike deler av kreftforløpet^[1]. Siden den tid har kunnskapsgrunnlaget økt ytterligere, og kunnskapen er nå tilstrekkelig for at vi kan anbefale trening både før (prehabilitering), under og etter kreftbehandling. Siden dette er en fagartikkel for kreftsykepleiere, er det verdt å nevne at det hele startet med kreftsykepleiere. Sent på 1980-tallet publiserte Maryl Winningham og kolleger den første randomiserte kontrollerte studien hvor pasienter trente under behandling for brystkreft^[2,3]. Intervensjonen ble gjennomført etter alle kunstens regler, og pasientene som ble randomisert til treningsgruppen gjennomførte intervalltrening med en intensitet tilsvarende 60-85 % av maksimal hjerterefrekvens, 20-30 minutter tre ganger per uke i 10 uker. Resultatene fra dette pionerarbeidet viste at den fysiske formen, målt som maksimalt oksygenopptak, ble vedlikeholdt gjennom behandlingen, og i tillegg rapporterte pasientene i treningsgruppen mindre kvalme og lavere nivåer av fatigue.

Siden den gang har kunnskapsbasen vokst, og vi har nå internasjonale retningslinjer for trening ved kreft. De første retningslinjene kom i 2010 og disse omhandlet trening etter avsluttet behandling^[4]. Anbefalingene for trening etter behandling ble revidert i 2019 og disse gjelder fortsatt^[5]. Først i 2022 fikk vi internasjonale retningslinjer for trening under behandling^[6]. Det er verdt å merke seg at dette er retningslinjer utgitt av American Society of Clinical Oncology (ASCO), en tungtveiende organisasjon innen onkologien. I det videre skal vi komme inn på hvilke anbefalinger som gjelder under og etter kreftbehandling, men det kan være nyttig å være oppmerksom på at disse anbefalingene ble utgitt før CHALLENGE-studien^[7] ble publisert i 2025.

CHALLENGE-studien blir av mange omtalt som en gamechanger, siden dette er den første randomiserte kontrollerte studien som har vist effekt av trening på overlevelse etter kreftbehandling. Vi vil derfor komme tilbake til denne studien i mer detalj mot slutten av artikkelen.

Anbefalinger og effekt av trening under behandling

Anbefalingene for trening under behandling bygger på en systematisk gjennomgang av litteraturen som inkluderte metaanalyser, systematiske oversiktsartikler og randomiserte kontrollerte studier som evaluerte effekten av utholdenhetstrening og styrketrening mens pasientene ble behandlet med cellegift og/eller stråling [6].

Etter litteraturgjennomgangen kommer forfatterne med en sterk anbefaling om at alle som jobber med kreftpasienter bør anbefale utholdenhetstrening og styrketrening for voksne pasienter som behandles med kurativ intensjon. Forfatterne finner imidlertid ikke grunnlag for spesifikke retningslinjer knyttet til dosering av trening. Man kunne for eksempel tenke seg at en retningslinje kunne inneholde en viss mengde utholdenhetstrening ved en viss intensitet, eller en viss mengde styrketrening med en viss belastning. Dette finner altså ikke forfatterne et tilstrekkelig evidensgrunnlag for. De skriver imidlertid at det er viktig at treningen tilpasses den enkelte pasient. Dette kan tolkes som at det ikke er avgjørende viktig hvilken type trening pasienter gjør under behandling. Den viktigste treningen er tross alt treningen som blir gjennomført!

Den sterke anbefalingen om at alle som jobber med kreftpasienter bør anbefale trening kommer av nytteverdien av trening under behandling. Forfatterne finner sterk evidens for at trening kan motvirke bivirkninger som fatigue, tap av fysisk form, redusere symptomer på angst og depresjon, samt forbedre livskvaliteten [6]. At trening kan vedlikeholde den fysiske formen er viktig. I en litteraturgjennomgang av studier hvor man har målt kardiorespiratorisk form (maksimalt oksygenopptak) før og etter systemisk kreftbehandling (for eksempel cellegiftbehandling), fant vi at kardiorespiratorisk form ble redusert med omtrent 10% [8]. Dette kan kanskje fremstå som marginalt, men til sammenligning tilsvarer 10% redusert kardiorespiratorisk form 10 år med normal aldring. I tillegg til å være gullstandard for måling av fysisk form, er kardiorespiratorisk form en sterk prediktiv variabel for god helse og overlevelse [9]. Så det å forebygge tap av kardiorespiratorisk form under behandling er essensielt.



Foto: Unsplash.com

I tillegg peker forfatterne av retningslinjene [6] på at det er rapportert om svært få alvorlige uønskede hendelser i studiene som har undersøkt effekt av trening under behandling [6], og at risikoen ved trening dermed ansees som lav. Her kan det imidlertid være verdt å merke seg den norske TAST-studien som ble stanset på grunn av nettopp uønskede hendelser [10]. I TAST-studien skulle menn med testikkelkreft trene intervalltrening med høy intensitet under cellegiftbehandling. Studien måtte imidlertid stoppes etter inklusjon av bare 19 av de planlagte 94 deltakerne. Årsaken var høyere enn forventet forekomst av tromboemboliske hendelser hos deltakerne i treningsgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen. På bakgrunn av TAST-studien anbefaler derfor Swedish and Norwegian Testicular Cancer Group (SWENOTECA) at testikkelkreftpasienter skal være fysisk aktive, men fraråder trening med høy intensitet.

Forfatterne av retningslinjene for trening under behandling [6] undersøkte også evidensgrunnlaget for

«Forfatterne finner sterk evidens for at trening kan motvirke bivirkninger som fatigue, tap av fysisk form, redusere symptomer på angst og depresjon, samt forbedre livskvaliteten.»

andre relevante variabler. De fant imidlertid ikke evidens i den eksisterende litteraturen på publikasjonstidspunktet for at trening kunne bidra til å forbedre relativ doseintensitet ved cellegiftbehandling, eller andre mål på om trening påvirket selve behandlingen. Forfatterne fant heller ikke evidens for at trening kunne påvirke risiko for tilbakefall eller overlevelse. Årsaken til dette var at det på publikasjonstidspunktet kun var prospektive kohortstudier som hadde undersøkt sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå og overlevelse. Vi kommer tilbake til dette lengre ned i teksten. Likevel kommer forfatterne med en sterk oppfordring til at

trening bør integreres som en naturlig del av kreftbehandlingen, på bakgrunn av nytteverdien trening kan ha for mange pasienter [11].

Anbefalinger og effekt av trening etter behandling

Anbefalinger for trening under og etter behandling er også utgitt av American College of Sport Medicine (ACSM), først i 2010 [4] og så revidert i 2019 [5]. Selv om disse anbefalingene også nevner tiden under behandling, velger vi i denne artikkelen å bruke anbefalingene fra ASCO under behandling og anbefalingene



Foto: Unsplash.com

«Anbefalingene sier at man bør trene utholdenhets-
trening med moderat intensitet (slik at man blir
lett andpusten) 3x30 minutter per uke, og at
man bør inkludere styrketrening for de store
muskelgruppene to ganger per uke.»

fra ACSM for tiden etter behandling. ACSM samlet flere ledende forskere innen trening og kreft, og baserte anbefalingene på omfattende litteraturgjennomganger. Under arbeidet med de reviderte anbefalingene utarbeidet forfatterne en liste med 16 vanlige bivirkninger og seneffekter etter kreftbehandling og undersøkte evidensgrunnlaget for hvorvidt trening kunne påvirke disse (se tabell 1). Senere sammenfattet forfatterne treningsprogrammene som hadde hatt effekt, og dette ble stående som en anbefaling. Således er anbefalingene for trening etter behandling mer konkrete enn anbefalingene for trening under behandling. Anbefalingene sier at man bør trene utholdenhets trening med moderat intensitet (slik at man blir lett andpusten) 3x30 minutter per uke, og at man bør inkludere styrketrening for de store muskelgruppene to ganger per uke ^[5]. Dette kan fremstå som ganske mye trening, og for mange vil det være det. Forfatterne understreker imidlertid at det aller viktigste er at man unngår inaktivitet, og sånn sett kan anbefalingene være noe å strekke seg etter på sikt.

Som det fremkommer av tabell 1 kan trening hjelpe mot en rekke bivirkninger etter kreftbehandling ^[5]. Det kan være verdt å merke seg at man etter kreftbehandling ofte ser en reell forbedring av fysisk form, og ikke bare om å motvirke tap av fysisk form som under behandling. Vi sammenlignet imidlertid treningseffekten av det samme utholdenhets treningsprogrammet mellom kvinner som hadde blitt behandlet med cellegift for

brystkreft for mer enn 10 år siden og kvinner i samme aldersgruppe som ikke hadde hatt noen kreftsykdom tidligere ^[12]. Resultatene fra denne studien viste at selv om gruppene gjennomførte like mye av den planlagte treningen, oppnådde brystkreftoverleverne kun rundt halvparten av økningen i kardiorespiratorisk form sammenlignet med kvinnene som ikke hadde hatt kreftsykdom ^[12]. Vi har tidligere vist tilsvarende hemmet treningseffekt av styrketrening hos menn som ble behandlet med hormonbehandling for prostatakreft. I en meta-analyse samlet vi alle randomiserte kontrollerte studier der man hadde undersøkt effekten av styrketrening hos menn som ble behandlet med hormonbehandling for prostatakreft og sammenlignet effekten i disse studiene med effekten som ble rapportert av styrketrening hos friske eldre menn ^[13]. Resultatene viste at hormonbehandlingen hemmet effekten av styrketreningen, og de friste eldre mennene økte mer i muskelmasse. Resultatene viste imidlertid at prostatakreftpasientene i kontrollgruppene mistet muskelmasse, noe som var forskjellig fra kontrollgruppene blant friske eldre menn. Styrketrening er derfor viktig for menn som behandles med hormonbehandling for prostatakreft. På bakgrunn av de to studiene, kan vi derfor bekrefte at det kan ta lenger tid å oppnå samme resultat av trening sammenlignet med personer som ikke har hatt kreft. Dette kan være frustrerende for dem det gjelder, men det er likevel viktig å motivere til videre trening.

Det er også verdt å merke seg at forfatterne av retningslinjene for trening etter kreft vurderer at det er sterk evidens for at trening kan påvirke lymfødem ^[5]. Dette bør utdypes noe. Man skal ikke så langt tilbake i tid for at man var veldig bekymret for om det var trygt å bruke kroppsdelen der man hadde fjernet lymfeknuter fra. Dette la store begrensninger på livene til de som var affisert. Man var også bekymret for om tilstanden kunne forverres av aktivitet dersom man hadde utviklet et lymfødem. I 2010 kom imidlertid den første studien som viste at et treningsprogram med styrketreningsøvelser, der treningsmotstanden økte veldig langsomt, ikke økte risikoen for å utvikle lymfødem hos kvinner som hadde fjernet lymfeknuter etter brystkreftoperasjon ^[14]. Året før hadde samme forfattergruppe vist at treningsprogrammet var trygt også for kvinner som hadde utviklet lymfødem etter brystkreftoperasjon ^[15]. Begge artiklene ble publisert i høyt rangerte tidsskrift, som indikerer hvor «revolusjonerende» disse oppdagelsene var for 15 år siden. Siden den tid har flere artikler blitt publisert og ble sammenfattet i en meta-analyse i 2022 ^[16]. Resultatene fra meta-analysen viser at treningsprogrammene som har inngått i de ulike studiene ikke nødvendigvis har effekt på selve lymfødemet i form av redusert volum, men det er likevel verdt å merke seg at tendensen går i favør av trening ^[16]. I tillegg viser meta-analysen at trening har positiv effekt på en rekke symptomer som blant annet smerter og sprenghetsfølelse

og på livskvalitet hos personer som har lymfødem. Vi må imidlertid legge til at dataene i all hovedsak baserer seg på kvinner som har lymfødem i skulder og arm etter brystkreftoperasjon. Det er nesten ikke gjort noe forskning på effekt av trening på lymfødem og relaterte symptomer etter andre diagnoser.

Effekt av trening på overlevelse

Før CHALLENGE-studien hadde vi evidens fra prospektive studier, som har vist at fysisk aktivitetsnivået til pasienter er assosiert med overlevelse og redusert risiko for alvorlig sykdom når man har sammenlignet de mest og minst aktive i en kohort. En meta-analyse fra 2020 identifiserte 136 prospektive studier, og fant at høyere aktivitetsnivå både før og etter en kreftdiagnose var assosiert med bedre overlevelse ved hele 11 kreftdiagnoser ^[17]. Utfordringene med slike studier er imidlertid at det ikke er noen garanti for at man opprettholder aktivitetsnivået man rapporterer og heller ikke at man oppgir korrekt aktivitetsnivå når man blir spurt. I tillegg vet vi at aktivitetsnivået ofte henger sammen med variabler som sosioøkonomisk status og kosthold, som vi vet påvirker overlevelse. Det er derfor vanskelig å konkludere med effekt av trening (og fysisk aktivitet) fra slike studier, og man trenger randomiserte kontrollerte studier, hvor man tar høyde for en rekke konfunderende faktorer for å evaluere effekt av ulike tiltak.



Foto: Unsplash.com

CHALLENGE-studien var den første randomiserte kontrollerte studien hvor man evaluerte effekt av trening på overlevelse [7]. Studien inkluderte 889 pasienter som hadde mottatt cellegiftbehandling for kreft i tykktarmen. Deltakerne ble randomisert til én av to grupper: Den ene gruppen, kontrollgruppen, fikk informasjon om trening og sammenheng mellom fysisk aktivitet og helse, den andre gruppen, intervensjonsgruppen, fikk oppfølging på trening i tre år. Oppfølgingen var basert på kjente teknikker innen adferdsendring, som målsetninger og motiverende intervju, og hadde som mål å øke fysisk aktivitetsnivået til deltakerne med 10 MET-timer (metabolic equivalent of task). MET-timer er en metode for å angi en mengde fysisk aktivitet, der man multipliserer estimert energikostnad, som en funksjon av hvilestoffskiftet, ved aktiviteten med varigheten av aktiviteten [18]. Litt forenklet kan vi si at 10 MET-timer er litt mer enn de generelle anbefalingene for fysisk aktivitet, som angir at vi skal være i moderat fysisk aktivitet i 150 minutter per uke, eller 75 minutter med moderat til hard aktivitet, som ofte er estimert til 9 MET-timer. CHALLENGE-deltakerne i intervensjonsgruppen skulle altså øke aktivitetsnivået de allerede hadde med aktivitet som tilsvarer 150 minutter med moderat fysisk aktivitet. Det er også verdt å merke seg at i motsetning til de fleste andre intervensjonsstudier innen trening og kreft, var det ikke et spesielt trenings-

program deltakerne skulle følge. Deltakerne kunne velge aktivitetsformer de trivdes med og som var tilgjengelige for dem. Dette var viktig siden deltakerne skulle opprettholde det nye aktivitetsnivået i tre år. Deltakerne fikk oppfølging annenhver uke de første seks månedene, før deltakerne måtte klare seg mer og mer på egenhånd. De to siste årene fikk deltakerne oppfølging av en instruktør i form av en telefonsamtale, et digitalt møte eller et fysisk møte dersom deltakerne ikke hadde for lang reisevei en gang per måned. Fysisk oppmøte var imidlertid kun obligatorisk de første seks månedene.

Resultatene fra CHALLENGE-studien viste at intervensjonen fikk deltakerne til å øke aktivitetsnivået med 10 MET-timer mer enn gruppen som fikk informasjon, og aktivitetsnivået ble forhøyet gjennom hele treårsperioden. Som en konsekvens av det høyere aktivitetsnivået fant forskerne videre en positiv effekt i intervensjonsgruppen i form av 28% redusert risiko for tilbakefall og 37% redusert risiko for død i oppfølgingsperioden. Studien fant en forskjell i overlevelse mellom gruppene på 7,1 prosentpoeng. Til sammenligning er denne forskjellen noe større enn overlevelsesegevinsten man fant etter MOSAIC-studien, hvor man undersøkte effekt av å legge til cellegiften oksaliplatin til daværende standard behandling for tarmkreft [19]. Resultatene

Tabell 1

Bivirkning	Evidens for effekt av trening
Angst	+++
Redusert beinohelse	+
Kardiotoksitet	-
Kjemoterapiindusert perifer nevropati	-
Kognitiv funksjon	-
Depressive symptom	+++
Fall	-
Fatigue	+++
Helse-relatert livskvalitet	+++
Lymfødem	++
Kvalme	-
Smerter	-
Fysisk funksjon	+++
Seksuell funksjon	-
Søvn	+
Behandlingstoleranse	-

+++ Sterk evidens;
++ Sterk evidens, få kreftgrupper studert
+ Moderat evidens;
- Utilstrekkelig evidens

fra MOSAIC-studien viste en forskjell i overlevelse mellom gammel og ny behandling på 5,3 prosentpoeng, og oksaliplatin ble inkludert som standardbehandling ved tarmkreft og ble til FOLFOX-kuren som tilbys pasienter med tarmkreft i dag [19]. Effekten av trening i CHALLENGE-studien er dermed tilsvarende det som tidligere har endret standardbehandlingen av tarmkreft. Om CHALLENGE-studien får tilsvarende konsekvenser i helsevesenet i Norge, gjenstår å se.

Sykepleiernes rolle

Nå som vi har dokumentert kunnskap om de positive effektene av trening, bør vi jobbe for at flest mulig får muligheten til å holde seg aktive, så lenge pasientens tilstand tillater dette. Vi tenker at sykepleierne er viktige i dette arbeidet og kan for eksempel spørre om fysisk aktivitet under og etter behandling i konsultasjonene. Sykepleierne bør kjenne til de generelle anbefalingene for fysisk aktivitet og hvilke fordeler man kan ha av å holde seg fysisk aktiv. Pasienter som ikke er aktive eller som har mer inngående spørsmål om trening bør henvises til tilbud der man kan få hjelp til fysisk aktivitet og trening. Det kan for eksempel være Pusterom, Frisklivssentral, rehabiliteringsopphold eller andre egnede tilbud avhengig av hvor i forløpet pasienten er og hvilke behov hen måtte ha. ●

Referanser

1. Christensen, J.F., C. Simonsen, and P. Hojman, *Exercise Training in Cancer Control and Treatment*. Compr Physiol, 2018. **9**(1): p. 165–205.

2. MacVicar, M.G., M.L. Winningham, and J.L. Nickel, *Effects of aerobic interval training on cancer patients' functional capacity*. Nurs Res, 1989. **38**(6): p. 348–51.

3. Winningham, M.L., et al., *Effect of aerobic exercise on body weight and composition in patients with breast cancer on adjuvant chemotherapy*. Oncol Nurs Forum, 1989. **16**(5): p. 683–9.

4. Schmitz, K.H., et al., *American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors*. Med Sci Sports Exerc, 2010. **42**(7): p. 1409–26.

5. Campbell, K.L., et al., *Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable*. Med Sci Sports Exerc, 2019. **51**(11): p. 2375–2390.

6. Ligibel, J.A., et al., *Exercise, Diet, and Weight Management During Cancer Treatment: ASCO Guideline*. J Clin Oncol, 2022. **40**(22): p. 2491–2507.

7. Courneya, K.S., et al., *Structured Exercise after Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer*. N Engl J Med, 2025. **393**(1): p. 13–25.

8. Johansen, S.H., et al., *Effects of Systemic Anticancer Treatment on Cardiorespiratory Fitness: A Systematic Review and Meta-Analysis*. JACC CardioOncol, 2025. **7**(2): p. 96–106.

9. Ross, R., et al., *Importance of Assessing Cardiorespiratory Fitness in Clinical Practice: A Case for Fitness as a Clinical Vital Sign: A Scientific Statement from the American Heart Association*. Circulation, 2016. **134**(24): p. e653–e699.

10. Thorsen, L., et al., *Thromboembolic events after high-intensity training during cisplatin-based chemotherapy for testicular cancer: Case reports and review of the literature*. Int J Cancer, 2020. **147**(11): p. 3189–3198.

11. Ligibel, J.A., K. Bohlke, and C.M. Alfano, *Exercise, Diet, and Weight Management During Cancer Treatment: ASCO Guideline Summary and Q&A*. JCO Oncol Pract, 2022. **18**(10): p. 695–697.

12. Johansen, S.H., et al., *Effects of Aerobic Exercise on Cardiorespiratory Fitness and Cardiovascular Risk Factors in Long-Term Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial*. JACC CardioOncol, 2025. **7**(4): p. 414–426.

13. Nilsen, T.S., et al., *Does Androgen Deprivation for Prostate Cancer Affect Normal Adaptation to Resistance Exercise?* Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(7).

14. Schmitz, K.H., et al., *Weight lifting for women at risk for breast cancer-related lymphedema: a randomized trial*. JAMA, 2010. **304**(24): p. 2699–705.

15. Schmitz, K.H., et al., *Weight lifting in women with breast-cancer-related lymphedema*. N Engl J Med, 2009. **361**(7): p. 664–73.

16. Hayes, S.C., et al., *The Effect of Exercise for the Prevention and Treatment of Cancer-Related Lymphedema: A Systematic Review with Meta-analysis*. Med Sci Sports Exerc, 2022. **54**(8): p. 1389–1399.

17. Friedenreich, C.M., et al., *Physical Activity and Mortality in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis*. JNCI Cancer Spectr, 2020. **4**(1): p. pkz080.

18. Ainsworth, B.E., et al., *Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities*. Med Sci Sports Exerc, 2000. **32**(9 Suppl): p. S498–504.

19. Andre, T., et al., *Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer*. N Engl J Med, 2004. **350**(23): p. 2343–51.

HER2+ mBC



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 % CI 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

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

HR+/HER2-Lav metastatisk brystkreft

HER2-LAV mBC



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)^{1,3}

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)^{1,3}

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 sykdoms-tilbakefall under eller innen 6 måneder etter fullført adjuvant kjemoterapi.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.

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

Nedsatt nyrefunksjon: En høyere incidens av ILD/pneumonitt grad 1 og 2 (som medførte økt forekomst av seponering), og en høyere incidens 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 ventrikkel-dysfunksjon: Standard hjerterfunksjonsundersøkelse (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, fagigue 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.⁴

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 epirubicin (51,1%), capecitabin (20,1%), nab-paklitaksel (10,3%), gemcitabin (10,3%), paklitaksel (8,2%) i henhold til legens valg.

ENHERTU
trastuzumabderukstekan

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

Daiichi-Sankyo

AstraZeneca

Daiichi-Sankyo Nordics ApS, Amagerfælledvej 106, 2300 København S • T: +45 88 44 45 45 • www.nordics.daiichi-sankyo.eu
AstraZeneca AS, Karvesvingen 7, 0759 Oslo • T: +47 21 00 64 00 • www.astrazeneca.no

Hjernesvulstforeningens tilbud til familier

Hjernesvulstforeningen er en pasientforening for de som er rammet av, og pårørende til noen med, hjernesvulst. Siden foreningen ble stiftet 22. mars 2009 har hovedfokuset i stor grad vært rettet mot voksne i gruppen og deres behov som rammede, pårørende og etterlevende.



Elizabeth Ledal
Organisasjonssekretær,
Hjernesvulstforeningen

Det har lenge vært et ønske om at Hjernesvulstforeningen skulle ha aktiviteter for en større pasient- og pårørendegruppe, spesielt siden én tredjedel av all kreft hos barn er hjernekreft. Siden 2022 har vi derfor arrangert en årlig aktivitetshelg for barn og unge.

Aktivitetshelg for barn og unge

Aktivitetshelgen for barn og unge er en arena hvor familier som er rammet av hjernesvulst kan delta på en helg med morsomme og utfordrende aktiviteter. Mange opplever usikkerhet og mangler arenaer for sosial støtte med likesinnede. Gjennom aktivitetshelger tilbyr vi en helg med tilrettelagte aktiviteter med samvær og mulighet til å oppleve mestring, fellesskap og knytte relasjoner til andre med liknende opplevelser som en selv. Arrangementet er tilrettelagt for at hele familier skal kunne delta, og det spiller ingen rolle om det er en forelder, et barn eller andre familiemedlemmer som er

rammet, eventuelt om man har mistet noen til hjernevulst, så lenge man har kjennskap til det å leve med en hjernesvulstdiagnose.

Arrangementet har en deltakergrense på 40 personer, og det har så langt ikke vært en egenandel for deltakelse. I tillegg tilbyr vi reisestøtte til de som har behov for det, da vi vet at økonomien kan være trang når man lever med en alvorlig sykdom i familien, og man ofte går på arbeidsavklaringspenger, pleiepenger eller er uføretrygdet. For enkelte er dette den eneste «ferien» de får i løpet av året hvor de kan reise bort og bo på hotell en helg. Det er viktig for oss at vi kan tilby en helg med varierte og spennende aktiviteter hvor deltakerne får muligheten til å utfordre seg selv, og bli kjent med andre som vet hvordan livet med hjernesvulst er.

Grunnen til at vi har satt en deltakergrense på 40 personer, er at vi av erfaring ser at det i større deltakergrupper



Boblefotball. (Foto: Hjernesvulstforeningen)

er vanskeligere å få like god kontakt og tilrettelegge godt nok for de som deltar. Vi legger også stor vekt på at vi har rundt 10 «hjelpere» fra Hjernesvulstforeningen som fasiliteter under helgen, slik at vi oppnår god kontakt med alle deltakerne og kan tilby støtte dersom en forelder med hjernesvulst for eksempel trenger en hvilepause.

Så langt har aktivitetshelgene blitt arrangert i Ullensaker, Stavanger og Oppdal, og noen av aktivitetene vi har gjort er skyting for mestring, førstehjelpskurs, boblefotball, villmarksleir, familierafting, flyving med vindmaskin, bowling, surfing og curling. I tillegg har vi hatt eget opplegg på hotellet på kveldstid etter middag, hvor det har vært fokus på at man skal tilbringe tid sammen hvor man spiller spill, perler armbånd, tegner og koser seg med snacks.

Mestringskurs og pårørendesamling

Målet vårt er at vi skal få til en aktivitetshelg hvert år, men på grunn av økonomi har vi dessverre ikke mulighet til å gjennomføre en aktivitetshelg for barn og unge i 2026. Vi vil derimot arrangere mestringskurs og pårørendesamling til høsten hvor unge voksne er spesielt oppfordret til å delta. Det er viktig for oss at deltakerne på mestringskurs og pårørendesamling er

i ulike aldersgrupper og livssituasjoner. Kursene vil gå parallelt, og mestringskurs er et tilbud for de som er rammet av hjernesvulst, mens pårørendesamling er for de som er pårørende eller etterlevende til noen med hjernesvulst. Dette er en gylden mulighet for rammede og pårørende i en familiesituasjon til å delta på hvert sitt kurs, og samtidig tilbringe tid sammen til middag og bli kjent med andre i samme situasjon. Det er stort sett alltid likepersoner til stede på disse kursene, så det vil også være mulig å prate med en av våre kursede likepersoner og få hjelp til å prosessere tankene sine.

Hjernesvulstforeningen Ung

HSF Ung er Hjernesvulstforeningens ungdomsråd og består i dag av 6 ungdommer fra ulike deler av landet, samt undertegnede som innehar sekretærfunksjon for gruppen. Målet med gruppen er at de skal bidra til at region- og fylkeslag har lokale aktiviteter spesielt for hjernesvulstrammede familier med barn og unge, og gi innspill til hvordan foreningens arbeid for barn og unge kan bli enda bedre. HSF Ung har vært med på å arrangere aktivitetshelgene for barn og unge to år på rad, og har bidratt i både planleggingsprosessen og gjennomføringen av helgene med kveldsaktiviteter. Dette har



Skyting for mestring. (Foto: Hjernescvulstforeningen)

gitt HSF Ung gode erfaringer og vist viktigheten av at Hjernescvulstforeningen også har aktiviteter for barn og unge, spesielt på lokalt nivå slik at medlemmene våre kan få et lite avbrekk fra hverdagen og gjøre noe hyggelig.

Et samlingssted for alle aldersgrupper

Det er viktig for oss i Hjernescvulstforeningen at medlemmer av Barnekreftforeningen og Ung Kreft skal føle tilhørighet og at de blir inkludert i foreningen. Av erfaring vet vi at både barn, unge og foreldre opplever at personer med andre diagnoser i Barnekreftforeningen og Ung Kreft kanskje ikke forstår kompleksiteten ved det å leve med en hjernescvulst og senvirkningene som for mange varer livet ut. Mens mange kan bli friske fra sine kreftdiagnoser, opplever vi dessverre at hjernescvulster kan skape livslange plager og følger gjennom livet som få kan forstå og relatere seg til.

Siden vi lever i en tid hvor man har redder flere liv enn det man gjorde før i tiden, er det mange som må leve lenge med alvorlige senvirkninger. I de fleste tilfeller er det kun andre i like situasjoner eller som har levd tett på lignende situasjoner, som kan relatere seg til og forstå hvordan man har det. Det er derfor vi er så opptatt av at alle aldersgrupper skal føle seg velkommen hos oss, og vi har et mål om at vi skal kunne være med å gjøre overgangene fra barn til ung voksen og voksen lettere

ved å være til stede hele veien. For å få til dette er vi helt avhengige av at vi har gode samarbeid med sykehusene, leger og sykepleiere som vil dele informasjon om Hjernescvulstforeningen til pasientene når de først får diagnosen. Tidlig tilgang til informasjon er noe av det viktigste vår pasient- og pårørende gruppe kan få, og det gjør at Hjernescvulstforeningen kan være der for dem når de trenger det som mest.

DEN INTERNASJONALE HJERNESVULSTDAGEN

8. juni regnes som den internasjonale Hjernescvulstdagen og er en dag hvor vi retter oppmerksomheten mot hjernescvulster og hjernekreft. Hjernescvulstdagen er et supplement til Hjernescvulstmai og Hjernescvulst-ukene (24. oktober-31. oktober 2026), og formålet med dagen er å hedre pasienter og pårørende, samt støtte forskning på hjernescvulster som ofte har stor dødelighet. På Hjernescvulstdagen oppfordrer vi til å bære den grå sløyfen og andre effekter man kan kjøpe på jeghjelperhjerne.no, dele informasjon og historier om hjernescvulster for å opplyse befolkning, og støtte forskning med donasjoner.

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

43%

Reduksjon i risiko for progresjon eller død med DVRd

vs. VRd (HR: 0.57; 95% CI: 0.41–0.79; p=0.0005)^{11,2}

7,5 år

mOS med DRd

vs. 5,3 år med Rd (HR: 0.67; 95% CI: 0.55–0.82; nominal p<0.0001)¹

3–5 minutters subkutan injeksjon og månedlig dosering etter 5,5 måneder¹

3–5 minutters subkutan injeksjon og månedlig dosering etter 5,5 måneder¹

Etablert sikkerhetsprofil etter median oppfølging på nesten 5 år^{*2}

Etablert sikkerhetsprofil etter median oppfølging på nesten 5 år^{*2}
Sikkerhetsprofilen til DVRd er konsistent med de etablerte sikkerhetsprofilene til hvert legemiddel.

*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 måneder¹. Median PFS var ikke nådd med DVRd vs 52,6 måneder med VRd ved 58,7 måneder median oppfølging.²
OS, overall survival, DVRd, DARZALEX® + bortezomib + lenalidomide + dexametason; HMAS, høydosebehandling med autolog stamcelletransplantasjon; NDMM, newly diagnosed multiple myeloma; VRd, bortezomib + lenalidomide + dexametason; DRd, DARZALEX® + lenalidomide + dexametason; Rd, lenalidomide + dexametason.

UTVALGT PRODUKT OG SIKKERHETSINFORMASJON FOR DARZALEX® INTRAVENØS (IV) OG SUBKUTAN (SC)¹

INDIKASJONER Myelomatose

- I kombinasjon med bortezomib, lenalidomide og dexametason til behandling av voksne med nydiagnostisert myelomatose.
- I kombinasjon med lenalidomide og dexametason eller med bortezomib, melphalan og prednison til behandling av voksne med nydiagnostisert myelomatose, hvor autolog stamcelletransplantasjon ikke er aktuelt.

DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE: Gitt som intravenøs infusjon eller subkutan injeksjon og skal administreres av helsepersonell med tilgjengelige ressurser for resuscitering. Subkutan formulering er ikke beregnet til intravenøs administrering, og skal kun gis ved subkutan injeksjon med angitt dosering. Det skal gis pre- og post-infusjonsbehandling/injeksjonsbehandling for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR).

Myelomatose: Anbefalt dose er 16 mg/kg kroppsvikt gitt som IV, infusjon eller 1800 mg oppløsning til s.c. injeksjon gitt over ca. 3–5 minutter.

ADVARSLER OG FORSIKTIGHETSREGLER¹

Infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR)	DARZALEX® kan forårsake kraftige og/eller alvorlige IRR. Det skal gis pre- og post-infusjonsbehandling/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 antiglobulintest (indirekte Coombs test)	DARZALEX® kan medføre positiv indirekte Coombs test. Pasienter skal typebestemmes og screenes for oppstart. Ved planlagt transfusjon skal blodtransfusjonssenteret gjøres oppmerksom på denne interferensen med indirekte antiglobulintester. Ved akutt transfusjon kan det gis ikke-kryssmatchede ABO/RhD-kompatible erytrocytter i henhold til lokal blodbankpraksis.
Reaktivert B-virus (HBV)	Hepatitt B-virusreakivering 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, nøytropeni, trombocytopeni, anemi, perifer ødem, perifer nevropati, øvre luftveisinfeksjon, smerter i muskler og skjelett og covid-19. Alvorlige bivirkninger var pneumoni, bronkitt, øvre luftveisinfeksjon, sepsis, lungeødem, influensa, feber, dehydrering, diaré, atrieflimmer og synkope. Sikkerhetsprofilen til DARZALEX® subkutan formulering var tilsvarende den til intravenøs formulering med unntak av en lavere IRR-rate. Nøytropeni 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 %).

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for virkestoffet eller noen av hjelpestoffene.

PAKNINGER OG PRISER: Injeksjonsvæske: 15 ml (hettegl.) 68497,70 kr. Konsentrat til infusjonsvæske: 5 ml (hettegl.) 5772,00 kr. 20 ml (hettegl.) 22755,10 kr.

Refusjon: Reseptgruppe C. DARZALEX® i kombinasjon med lenalidomide og dexametason (DRd) godkjent av Beslutningsforum 26.08.2024. H-resept: L01F C01_2 Daratumumab. Finansiering over helseforetakene. Der det er utført et nasjonalt handlingsprogram/nasjonalt faglig retningslinje og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse.

Vilkår: 210 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.

Basert på SPC 09/2025. Les fullstendig preparatomtale for foreskriving av DARZALEX®.

REFERANSER: 1. DARZALEX® SC/PC, 09/2025 avsnitt 4.1, 5.1, 5.2. Usmani SZ, Facon T, Verma Hungria V et al. Daratumumab plus bortezomib lenalidomide and dexamethasone for transplant-ineligible or transplant-deferred newly diagnosed multiple myeloma: the randomized phase 3 CEPHEUS study. Nat Med. 2025.

Når helhet betyr alt

– en hverdag som kreftkoordinator i kommunen

Kreftomsorg og palliasjon i kommunene har stadig blitt mer kompleks. Flere lever lenger med sykdom, behandlingene er mer avanserte, og mer ansvar er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.



Marte-Lill Lindli Kristensen

Kreftkoordinator Hamar kommune

(Foto: Vigdis Nordtømme)

I dette landskapet har rollen som kreftkoordinator blitt en viktig funksjon. Min rolle som kreftkoordinator handler om å gjøre faglige og etiske vurderinger i et komplekst system. Det betyr å se og beskytte det enkelte menneske, og å ta vare på sårbare familier i eksistensielle kriser.

Som kreftkoordinator er arbeidshverdagen min svært variert. Jeg har et særlig ansvar for inntak til palliative plasser ved Lindrende enhet i kommunen, og deltar ofte i morgenrapporten der. Sammen med sykepleiere, lege og øvrige ansatte drøfter vi symptomlindring, behandlingsavklaringer og videre plan for oppholdet. Vi vurderer kontinuerlig hva som er forsvarlig omsorg og behandling, til pasientenes beste.

Ofta handler møtene om tilrettelegging for hjemmetid

eller hjemmedød. Kan pasienten reise hjem? Har familien tilstrekkelig støtte? Er hjemmetjenesten godt nok forberedt? Trengs det mer veiledning eller flere tiltak før en hjemreise kan være trygg?

Andre ganger erkjenner vi at pasienten ikke skal hjem igjen. Da skifter perspektivet – fra planlegging av videre oppfølging til ivaretagelse i livets siste fase. I disse situasjonene er det avgjørende at både pasient og deres pårørende opplever trygghet, forutsigbarhet og verdighet.

Som kreftkoordinator fungerer jeg ofte som en fagressurs og brobygger mellom Lindrende enhet, fastleger, hjemmetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Overganger mellom tjenestenivåer er sårbare, og jeg ser hvor viktig det er med tydelig kommunikasjon og avklarte forventninger. Når informasjonsflyten svikter, kan det skape utrygghet både for pasienter og ansatte. At jeg som kreftkoordinator er tilgjengelig og bidrar til god flyt og samordning, er derfor avgjørende. Jeg er så heldig å ha en kreftsykepleier i 60 % stilling som jobber sammen med meg i team. Hun gjør også hjemmebesøk, og jeg kan delegere oppfølging av pasienter til henne. Dette er helt avgjørende, da etterspørselen etter oppfølging er stor i Hamar Kommune.

«I møtene med nye fagfolk ble jeg alltid redd for å glemme viktig informasjon. Men hun ringte meg etter hver eneste kontroll og gikk gjennom alt sammen med meg. Det var en befrielse, og så mye lettere å forstå sammenhengene i informasjonen».

En betydelig del av arbeidstiden min tilbringes i pasientenes hjem. Jeg har ofte to til tre hjemmebesøk daglig. I hjemmet får jeg et annet innblikk enn det jeg får på institusjon. Jeg ser hverdagen slik den faktisk leves – med familiebilder på veggen, medisiner på kjøkkenbenken og kanskje en ektefelle som prøver å holde oversikt over alt som skjer.

«Jeg satt i stua og prøvde å holde orden på medisinene mine, avtaler og symptomer, men alt fløt over. Da hun kom, lente hun seg over bordet og sa rolig: «Vi rydder i dette sammen, vi to».

Under hjemmebesøkene kartlegger jeg symptomer, vurderer behov for hjelpemidler og koordinerer tjenester. Jeg snakker med pasientene om smerter, kvalme og utmattelse, men også om frykt, håp og framtid. Noen er i en rehabiliteringsfase etter behandling og trenger støtte til å finne tilbake til en ny hverdag. Andre lever med livsbegrensende sykdom og vet at tiden er kortere enn de ønsker. Felles for mange er behovet for en tilgjengelig fagperson som kan skape oversikt og bidra til trygghet. Jeg opplever ofte at min viktigste oppgave ikke nødvendigvis er å iverksette tiltak, men å være til stede. Å lytte. Å tåle stillhet. Å gi ærlig informasjon når spørsmålene er vanskelige. Mange samtaler dreier seg om avklaringer rundt framtidig omsorg og behandling. Jeg erfarer at når vi våger å snakke om det som kan komme, skaper det ofte mer ro – ikke mer uro. Pasienter og pårørende uttrykker at det gir trygghet å vite at deres ønsker er kjent. Forhåndssamtaler skaper trygghet for alle involverte.



Marte-Lill og Jonea. (Foto: Vigdis Nordtømme)

Marte-Lill.
(Foto: Vigdis Nordtømme)

«Tilgjengelighet er en grunnpilar i min måte å utøve rollen på. Jeg ønsker at terskelen for å ta kontakt skal være lav – enten det gjelder pasienter, pårørende eller ansatte.»

Undervisning og veiledning er en annen sentral del av rollen min. Kreftpasienter mottar tjenester fra mange ulike enheter i kommunen, og jeg ser hvor avgjørende det er at kompetansen bygges bredt. Jeg underviser ansatte i hjemmetjenesten, på institusjon og i andre relevante tjenester om symptomlindring, bivirkninger, kommunikasjon, etiske dilemmaer og omsorg i livets siste dager. I tillegg gir jeg individuell veiledning når ansatte står i krevende situasjoner. Målet mitt er å styrke deres trygghet, slik at de igjen kan skape trygghet for pasientene.

Parallelt arbeider jeg med utviklingsprosjekter og kvalitetsforbedring. Det kan handle om å forbedre rutiner for pasientforløp, styrke samhandlingen mellom nivåene eller implementere nasjonale anbefalinger i praksis. Jeg opplever at systemarbeidet er like viktig som det pasientnære arbeidet. Gode strukturer forebygger uheldige hendelser og bidrar til mer forutsigbare tjenester. Tilgjengelighet er en grunnpilar i min måte å utøve rollen på. Jeg ønsker at terskelen for å ta kontakt skal være lav – enten det gjelder pasienter, pårørende eller ansatte. Telefonene jeg mottar kan handle om alt fra praktiske spørsmål til eksistensielle kriser. Jeg har erfart at tidlig dialog ofte kan forebygge større utfordringer senere.

For å kunne utøve rollen som kreftkoordinator på en faglig forsvarlig måte, er kreftsykepleiekompetanse avgjørende. Kreftpasienter og deres familier lever ofte med komplekse symptombilder, raske endringer og stor usikkerhet. Kunnskap om kreftsykdommer, onkologisk behandling, bivirkninger og palliasjon gjør det mulig å gjøre tidlige og presise vurderinger, gi målrettet rådgivning og sikre god symptomlindring. Samtidig handler kompetansen om mer enn det medisinske. Kreftsykepleie gir et særlig fundament for å kunne møte pasienter og pårørende i eksistensielle kriser, der spørsmål om håp, mening, tap og livets slutt er tett vevd sammen med kroppen og sykdommen. Denne helhetlige forståelsen er essensiell i møtene jeg står i – enten det handler om å støtte rehabilitering etter behandling, eller å bidra til trygghet og verdighet i livets siste fase. En viktig del av arbeidet handler også om tiden etter

behandling. Stadig flere lever lenge etter en kreftdiagnose, men mange lever samtidig med senskader som påvirker hverdagen i stor grad. Fatigue, smerter, kognitive utfordringer, lymfødem, søvnproblemer og psykiske belastninger kan gi betydelige begrensninger i arbeid, familieliv og sosial deltakelse.

Jeg møter mange som opplever at omgivelsene forventer at livet skal være «tilbake til normalt» når behandlingen er avsluttet. For pasienten kan det oppleves helt annerledes. Overgangen fra aktiv behandling til livet videre kan være krevende, og behovet for støtte og oppfølging er ofte stort.

Derfor er rehabilitering og mestring et viktig fokusområde i rollen som kreftkoordinator. I kommunen tilbyr vi mestringskurs for kreftrammede og yogakurs for både pasienter og pårørende. Disse tilbudene gir deltakerne kunnskap, verktøy og fellesskap med andre i lignende situasjoner. Mange beskriver hvor verdifullt det er å møte andre som forstår, og å få hjelp til å finne nye måter å leve hverdagen på.

Arbeidet med rehabilitering handler både om å identifisere senskader tidlig, bidra til riktig oppfølging og koordinere aktuelle tjenester og tiltak. God kompetanse på senskader og rehabilitering er avgjørende for å kunne gi helhetlig oppfølging gjennom hele sykdomsforløpet – også etter at behandlingen er avsluttet.

Å arbeide som kreftkoordinator innebærer å bevege seg mellom liv og død, håp og sorg. Jeg møter mennesker i noen av deres mest sårbare øyeblikk. Det krever faglig trygghet, men også menneskelig tilstedeværelse. Rollen gir meg et stort ansvar, men også en dyp opplevelse av mening. Jeg får lov til å gjøre en forskjell når behovet er som størst.

For meg handler kreftkoordinatorrollen om mer enn koordinering. Den handler om helhet. Om å se mennesket bak diagnosen. Om å sikre at ingen står alene i møte med alvorlig sykdom. Det er en krevende jobb – men det er også den mest meningsfylte jobben jeg kan forestille meg.

«I møte med en sykdom som aldri tar pause, er det utrolig verdifullt å ha en person som både lytter,



Jonea og Marte-Lill. (Foto: Vigdis Nordtømme)

veileder og tar ting videre for meg. Det gir meg mulighet til å bruke kreftene mine på å leve – ikke bare på å være pasient.»

Til sammen tegner arbeidshverdagen et bilde av en rolle som rommer både kliniske vurderinger, koordinering, systemarbeid og menneskelige møter. Det er i spenningsfeltet mellom fag, etikk og relasjon at kreftkoordinatorrollen får sitt innhold. Hver pasient og hver familie er unik, men behovet for helhetlig oppfølging, kontinuitet og trygghet er felles. Kreftkoordinatoren har en sentral plass i å binde disse elementene sammen og bidra til at alvorlig sykdom håndteres med både faglig kvalitet og menneskelig verdighet.

Jonea, 73 år, krefttrammet flere ganger, sier:

«Jeg har hatt kreft tidligere i livet, og da var tilrette-

legging fraværende fra sykehus og kommune. Jeg måtte finne ut av ting på egenhånd. Når du da står helt alene, uten familie, da føler du deg liten og forlatt. Så da jeg ble rammet av kreft var gleden stor nå jeg fikk tildelt en kreftkoordinator. Mye av byrden med å tilrettelegge for en enklere og bedre hverdag falt ikke bare på meg. Nå fikk jeg en person som visste hva og hvor jeg kunne få hjelp til dette.

Det er en berikelse i et kaos av tanker og følelser, et menneske som du kan stole på og som hjelper deg til et bedre liv etter kreft. For meg, helt uvurderlig, en gave som jeg setter stor pris på og som gjør hverdagen min enklere. Det burde være en selvfølge i alle kommuner, men dessverre er det ikke slik.» ●



Nye metoder: Jemperli er innført

Jemperli har finansiering for både dMMR + pMMR endometriekreft 1L^{1,2}

- Ved 16 måneders oppfølging viste JEMPERLI + karboplatin en forbedring i median overall survival sammenlignet med kjemoterapi alene, tilsvarende en statistisk signifikant 31 % reduksjon i risiko for død (HR 0,69; 95 % KI 0,54–0,89, $P = 0,0020$)³
- Anbefalt dose er 500 mg dostarlimab i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel hver 3. uke i 6 sykluser, etterfulgt av 1000 mg dostarlimab som monoterapi hver 6. uke for alle påfølgende sykluser⁴
- Sikkerhetsprofil ved kombinasjonsbehandling. 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. Bivirkningene var alvorlige hos 11,2 % av pasientene; de alvorligste bivirkningene var immunrelaterte bivirkninger.⁴

1. Dostarlimab (Jemperli) - Indikasjon II - Nye metoder. 2. Dostarlimab (Jemperli) - Indikasjon II - Nye metoder. 3. Powell MA, et al. Ann Oncol. 2024;35(8):728-738

4. JEMPERLI (dostarlimab) Summary of Product Characteristics.

JEMPERLI er indisert

- i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for førstelinjebehandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller endometriekreft (EC) og som er kandidater for systemisk behandling,
- som monoterapi for behandling av voksne pasienter med tilbakevendende eller fremskreden dMMR (mismatch repair deficient) / MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) som har utviklet seg under eller etter tidligere behandling med et platinaholdig regime.

Forsiktighet utvises ved immunrelaterte bivirkninger:

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.

Pasientkort: 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.

Pakninger, priser, refusjon og Nye Metoder
Obligatorisk informasjon basert på SPC januar 2025 PI-8946
Reseptgruppe C. Pakning og maksimalpris: Hettegl 500 mg 92 318,20 kr



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

GlaxoSmithKline AS, Drammensveien 288, 0283 Oslo, TIL 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-ADVR-250002 Januar 2026



INVOLVERING I FELLES BESLUTNINGSTAKING (SAMVALG) I PALLIATIV KREFTOMSORG;

Pasienters, pårørendes og sykepleieres erfaringer og oppfatninger



Jannicke Rabben

Førsteamanuensis,
Institutt for helse- og sykepleievitenskap,
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap,
Universitetet i Agder

Introduksjon og bakgrunn

Personer med uhelbredelig kreft står, sammen med sine pårørende og helsepersonell, overfor komplekse og emosjonelt krevende beslutninger knyttet til kreftbehandling og lindrende omsorg, inkludert valg mellom ulike behandlingsalternativer, utsettelse eller avslutning av behandling, deltakelse i studier, eller hvor/hvordan lindrende omsorg skal gis (Bélanger et al., 2011; Dillon et al., 2021; Norton et al., 2019). I slike situasjoner kan pasienter og pårørende oppleve beslutningskonflikter og ha stort behov for beslutningsstøtte (Reyes et al., 2024).

Nasjonal kreftstrategi (2025–2035) vektlegger pasientmedvirkning og understreker at pasienter skal ha reelle muligheter til å medvirke i beslutninger om egen behandling. Dette gjelder særlig i situasjoner der forventet levetid er kort, og der pasientene bør få anledning til å reflektere over egne ønsker når behandlingen ikke lenger er kurativ (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025). Samtidig er det utfordrende å gjennomføre felles beslutningstaking (samvalg) i klinisk praksis, og personer med kreft kan oppleve manglende samsvar mellom ønsket og faktisk grad av involvering (Bravo et al., 2022; Noteboom et al., 2021).

Felles beslutningstaking (på engelsk shared decision-making) beskrives som en tilnærming der klinikere og pasienter tar beslutninger sammen basert på beste

tilgjengelig kunnskap (Elwyn et al., 2010). Dette samsvarer med begrepet «samvalg» brukt av norske helsemyndigheter (Helsedirektoratet, 2024). I denne artikkelen, som bygger på avhandlingen «Patient, family caregiver and nurse involvement in shared decision-making in palliative cancer care» (Rabben, 2025), benyttes «felles beslutningstaking» som norsk oversettelse av «shared decision-making».

Det finnes flere modeller og definisjoner av felles beslutningstaking. Gjennomgående kjerneelementer på tvers av ulike modeller er: å skape bevissthet om valg, beskrive alternativer, lære om pasienten, skreddersy informasjon, diskutere pasientens preferanser, overveie alternativer og komme frem til en beslutning (Bomhof-Roordink et al., 2019). Det pågår samtidig en faglig diskusjon om når felles beslutningstaking er hensiktsmessig, eksempelvis om likevekt (equipoise) er en forutsetning, – forstått som situasjoner med flere tilsynelatende likeverdige alternativer, eller der nytte/ulempen er usikre (Elwyn, 2021; Elwyn et al., 2000; Opel et al., 2025; van der Horst et al., 2023). Noen ser likeverdige alternativer som en forutsetning, andre avviser dette. Å involvere mennesker i avgjørelser om egen behandling og omsorg er sentralt i pasientsentrert kreftomsorg (Mitchell et al., 2020). Samtidig varierer ønsker om involvering, og alvorlig sykdom som avansert kreft kan redusere både kapasitet og ønske om deltakelse (Elwyn et al., 2023; Goswami et al., 2020; Noteboom et al., 2021). Komplekse beslutninger kan være belastende, og ved tilbakefall kan pasienter oppleve beslutnings-tretthet og økte behov for støtte (Kang et al., 2025).

Tidligere forskning viser at implementering av felles beslutningstaking hemmes og fremmes av flere forhold, inkludert kunnskap om hva tilnærmingen innebærer



◀ (Alsulamy et al., 2020; Waddell et al., 2021). Det er utviklet et bredt kunnskapsgrunnlag om hva som er sentralt for pasientmedvirkning i helsebeslutninger, men samtidig finnes kunnskapshull, særlig om rollen til pårørende og sykepleiere (Bélangier et al., 2011; Bennett et al., 2023).

Sykepleiere kan støtte pasienter og pårørendes medvirkning i behandlingsbeslutninger ved uhelbredelig kreft (Bos-van den Hoek et al., 2021), men opplever å bidra mindre enn de ønsker (Arends et al., 2022). Frem til 2022 hadde man begrenset kunnskap om felles beslutningstaking innenfor palliativ kreftomsorg, samt om sykepleiernes rolle, og derfor var formålet med avhandlingen min å få inngående kunnskap om og forståelse av felles beslutningstaking i palliativ kreftomsorg, og å utvide kunnskapen om sykepleieres roller og bidrag (Rabben, 2025).

Metoder

Gjennom tre studier utforsket jeg erfaringer og oppfatninger hos personer med uhelbredelig kreft, deres pårørende, sykepleiere og annet helsepersonell. Studie 1 var en systematisk kunnskapsoppsummering og metasyntese av funn fra kvalitative og mixed-methods studier. Studie 2 og 3 var intervjustudier med pasienter, deres pårørende og sykepleiere rekruttert fra to norske sykehus.

I analysene benyttet jeg henholdsvis tematisk syntese (Thomas & Harden, 2008) og refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2022). En brukergruppe med personer med uhelbredelig kreft, pårørende/etterlatte og sykepleiere bidro gjennom hele prosjektet, og i studie 2 deltok pasient- og pårørenderepresentantene aktivt i en analyse-workshop hvor foreløpige funn ble gjennomgått, diskutert og revidert.

Tabell 1. Prosjektets design og metoder (Rabben, 2025)

Studie / Artikkel	Design	Deltakere	Data	Analyse
I	Beskrivende og fortolkende	276 pasienter 195 Pårørende 305 Helsepersonell, herav 119 sykepleiere	Kvalitativ systematisk oppsummering og metasyntese	Tematisk analyse (induktiv)
II	Utforskende	15 Pasienter 9 Nærmeste pårørende	Individuelle, dybdeintervjuer	Refleksiv tematisk analyse (induktiv)
III	Utforskende	15 Sykepleiere	Individuelle, dybdeintervjuer	Refleksiv tematisk analyse (induktiv)

Studienes funn, kort oppsummert

Studie 1 (Rabben et al., 2024) inkluderte 23 studier (26 artikler) fra Europa, Nord-Amerika og Australasia, og de fleste studiene omhandlet behandlingsbeslutninger. Analysen ga fire tema: 1) Overveldende situasjon av «intet valg», 2) Prosessene varierer avhengig av tidspunkt og type beslutninger, 3) Pasient–lege-relasjonen er sentral, med støtte fra andre, og 4) Graden av involvering avhenger av samspillet mellom individer og systemer. Overordnet fant studien at felles beslutningstaking i palliativ kreftomsorg er en kompleks prosess med mange beslutninger i en utfordrende, sammensatt og dynamisk situasjon der likeverdige alternativer og valgmuligheter er begrenset.

Studie 2 (Rabben et al., 2025) omfattet intervjuer med 15 pasienter og 9 av deres pårørende. Fem tema kom frem: 1) Beslutninger handler til syvende og sist om å leve eller dø, 2) Ønsker og forventninger om involvering i beslutningstaking, 3) Usikkerhet om muligheter og forutsetninger for deltakelse, 4) Kvalitet på informasjon og kommunikasjon er nøkkelen til involvering, og 5) Sykepleieres bidrag er uklare.

Deltakerne vurderte behandlingsvalg som eksistensielle og krevende, særlig ved nylig diagnose. Mange var usikre på når og hvordan de kunne delta, og flere oppfattet involvering primært som tilgang til god, forståelig informasjon. Sykepleiernes rolle var mindre synlig ved beslutninger om kreftbehandling, men sykepleiere ble verdsatt som støtte og «oversettere» av informasjon, samt budbringere inn i beslutningsfora (Rabben et al., 2025).

Studie 3 (Rabben et al., 2026) omfattet 15 sykepleiere fra onkologiske eller lindrende sengeposter, poliklinikker og lindrende team. Analysen ga to hovedtema: 1) Personsentrering: Innhentning og deling av kunnskap, og 2) Å utøve sykepleierrollen i komplekse situasjoner, – med henholdsvis to og tre undertema.

Sykepleiere vektla å bli kjent med pasienter og pårørende, og å formidle denne kunnskapen videre. Sykepleierne opplevde å bruke erfaring til å integrere pasientkunnskap med egen og legers fagkunnskap. Slik kunne de tale pasientens sak om nødvendig, men også å støtte informasjonsforståelse, emosjonelle behov og praktiske utfordringer. Samtidig var beslutninger i palliativ kreftomsorg spesielt kompliserte, grunnet håp knyttet til behandling og klarhet rundt reelle valg.

Kultur for samarbeid, hierarkier og organisatoriske rammer påvirket hvor aktivt sykepleiere kunne bidra, og særlig var relasjonen til legene av stor betydning. De kunne eksempelvis oppleve å fange opp at pasienten ikke hadde fått eller oppfattet balansert informasjon om både fordeler og ulemper ved kreftbehandlingen, men var usikre hvilket mandat de hadde til å utdype dette. En vedvarende utfordring var balansen mellom pasientautonomi og omsorg, og grensegangen mellom å informere og å overtale var til tider uklar (Rabben et al., 2026).

Hvordan bidro de tre studiene til avhandlingens overordnede formål?

Metasyntesen ga dypere forståelse av kompleksiteten ved felles beslutningstaking i palliativ kreftomsorg, og



tydeliggjorde at dette er en kontinuerlig prosess utover enkeltkonsultasjonen mellom pasient og lege, – med pårørende og sykepleiere som viktige aktører. Studie 2 utdypet pasienters og pårørendes erfaringer i Norge, og fremhevet beslutningenes eksistensielle karakter. Den synliggjorde varierende forventninger og forutsetninger for deltakelse, samt uklarhet om egen og sykepleieres rolle. Studie 3 utviklet forståelsen av sykepleierens rolle og bidrag, og belyste profesjonelle og etiske dilemmaer, samt system og samarbeidsfaktorer som påvirker involvering. Videre diskuteres funnene under tre overordnede emner; 1) Eksistensielle dimensjoner og utfordringer ved beslutninger i palliasjon, 2) Kompleksiteten i å forstå felles beslutningstaking og grad av medbestemmelse, og 3) Profesjonelle systemer og verdier som påvirker involvering i felles beslutningstaking. Tabell 2 (under) viser hvordan funn fra de tre studiene er innlemmet disse tre, overordnede emnene.

Tabell 2. Funn fra de tre studiene innlemmet i overordnede emner (Rabben, 2025)

Emne	Eksistensielle dimensjoner og utfordringer ved beslutninger i palliasjon	Kompleksiteten i å forstå felles beslutningstaking og grad av wmedbestemmelse	Profesjonelle rammefaktorer og verdier som påvirker involvering i felles beslutningstaking
Studie 1	Prosessene varierer avhengig av tidspunkt og type beslutninger		Graden av involvering avhenger av samspillet mellom individer og systemer
	Overveldende situasjon av «intet valg»	Pasient–lege-relasjonen er sentral i beslutnings-taking, med støtte fra andre	
Studie 2	Beslutninger handler til syvende og sist om å leve eller dø	Usikkerhet om muligheter og forutsetninger for deltakelse	Sykepleiernes bidrag er uklare
	Ønsker og forventninger om involvering i beslutningstaking		
	Kvalitet på informasjon og kommunikasjon er nøkkelen til involvering		
Studie 3*	Beslutnings-taking om palliativ kreft-behandling er særlig kompleks	Å tilby informativ, emosjonell og praktisk tilrettelegging og støtte	Systemer og kulturer former sykepleiernes roller og bidrag
		Å kjenne og tale for personen med kreft	
	Å balansere velgjørenhet og pasientautonomi		

*Studie 3: I denne tabellen er studiens fem undertema benyttet.

Eksistensielle dimensjoner og utfordringer ved beslutninger i palliasjon

Tidligere forskning viser at klinisk kontekst, type sykdom og alvorlighetsgrad påvirker både ønsket om, og muligheten for involvering (Bårdsgjerde, 2022; Goswami et al., 2020; Noteboom et al., 2021; Thompson, 2007), og funnene i studie 1 viste at pasienter, pårørende og helsepersonell kunne oppleve en overveldende situasjon uten reelle valg, og at beslutningsprosesser varierte med type beslutning. De påfølgende intervjustudiene utvidet denne forståelsen, og understreket hvordan beslutningenes eksistensielle dimensjon gjorde felles beslutningstaking særlig krevende.

Funnene indikerer at konteksten begrenser både ønsket og mulighet for deltakelse for personer med avansert, uhelbredelig kreft. Beslutninger om videre tumorrettet behandling oppfattes som eneste alternativ. Alternativet om «ingen behandling» introduseres sent, – når avslutningen er uunngåelig og beslutningen må tas av behandlende lege. Sykepleiere opplevde timingen av disse samtalene som utfordrende, og noen ganger for sen. Dette samsvarer med studier som viser at prioritering

av livsforlengende behandling begrenser potensialet for medvirkning, og beslutninger om å avbryte onkologisk behandling ofte styres av kliniske og biologiske indikatorer på at pasienten nærmer seg livets slutt, heller enn av felles beslutningstaking (Plançon et al., 2024). Studie 2 viser også hvordan forståelse av prognose påvirker felles beslutningstaking. Deltakerne hadde ulike holdninger til informasjon om prognose, og de kunne variere mellom pasient og pårørende. Dette er viktig, særlig fordi forskning viser at mange pasienter med avansert kreft ikke er klar over at kreften deres er uhelbredelig, selv om behandlingen gis med palliativ hensikt (Becker et al., 2025). Samtidig vet vi at kommunikasjon om prognose er nært knyttet til samtaler om behandlingspreferanser (van der Velden et al., 2020), som igjen er med på å muliggjøre felles beslutningstaking. Men, individuelle behov varierer, og informasjon må derfor tilpasses den enkelte (Noteboom et al., 2021; van der Velden et al., 2020). Helsepersonell balanserer dermed behovet for å skape bevissthet om valg (og diskutere prognose), mot det å tilpasse informasjon til pasientens preferanser og tidspunkt. Dette understreker behovet for fleksible, personsentrerte strategier for kommunikasjon om prognose og behandlingsalternativer, inkludert alternativet om behandlingsavslutning. Sykepleierne i studie 3 beskrev tilpasning til pasienters og pårørendes ulike behov og preferanser, og vektla betydningen av å bli kjent med hver enkelt person. De var med andre ord opptatt av å ha en personsentrert tilnærming, i tråd med verdiene i personsentrert omsorg som står sentralt i både palliasjon og sykepleie (International Council of Nurses, 2021; Österlind & Henoch, 2021). Samtidig illustrerer funnene etiske dilemmaer relatert til balansen mellom pasientautonomi og ønsket om å gi best mulig hjelp. Sykepleierne beskrev en uklar grense mellom informasjon og overtalelse, noe som illustrerer deres bevissthet om forskjellen mellom å støtte felles beslutningstaking og å overtale pasienter til å samtykke. Dette illustrerer at enkelte av utfordringene ved felles beslutningstaking i palliativ kreftomsorg er etiske dilemmaer, og etisk refleksjon i klinisk praksis kan støtte helsepersonell i å håndtere krevende beslutninger og styrke tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeid med pasienter og familier (Lillemoen & Pedersen, 2015; Wälivaara et al., 2023).

Kompleksiteten i å forstå felles beslutningstaking og grad av medbestemmelse

Konseptet «felles beslutningstaking» forstås forskjellig i teori og praksis, og opplevelsen av involvering formes av forståelsen av hva felles beslutningstaking innebærer, når det

er relevant og hvilket nivå av involvering som foretrekkes. Et sentralt funn er at pasienter, pårørende og helsepersonell kan være usikre på hva felles beslutningstaking er, og når og hvordan det skal gjennomføres. Dette påvirker igjen forståelsen av rollene og bidragene til alle involverte. Medvirkning kan variere fra ren informasjon til full selvbestemmelse (Bårdsgjerde, 2022; Thompson, 2007). Selv om deltakerne var usikre på sin egen involvering i felles beslutningstaking, vektla de god informasjon og relasjon med helsepersonell og knyttet ofte «involvering» til «god informasjon». Disse oppfatningene tilsvarer informasjonsdeling/dialog, en medvirkningsgrad hvor pasienten ikke deltar i felles beslutningstaking, men deres behov for å bli hørt møtes av helsepersonellet (Thompson, 2007). Det viser at god informasjon er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for felles beslutningstaking. Dette er også påpekt av Siebinga et al. (2022) som viste at pasientsentrert kommunikasjon og felles beslutningstaking ikke nødvendigvis opptrer samtidig.

Konklusjonen er at helsepersonell må tilpasse seg pasienters varierende preferanser for involvering. Noen ganger betyr dette å respektere at pasienter ønsker å delegere beslutninger til helsepersonell, et poeng også fremhevet av Svendsen et al. (2024). Det er imidlertid viktig at helsepersonell ikke antar at pasienter ønsker å delegere. Funnene peker på sykepleierens viktige rolle i å styrke pasienters forutsetninger for involvering, for eksempel ved å gi tilpasset informasjon og synliggjøre alternativer. Et hovedpoeng er at helsepersonell selv er det viktigste «verktøyet» for å fremme felles beslutningstaking, hvor individuelle kommunikasjonsferdigheter og evne til å etablere tillit er sentralt. Å håndtere usikkerhet og kommunisere om verdier og preferanser krever pasientsentrert kommunikasjon og partnerskap mellom helsepersonell, pasienter og familier (Politi & Street, 2011). Dette krever igjen systemer og rammer som støtter etablering av slike relasjoner. Funnene viser at pasienter, pårørende og sykepleiere selv opplever at sykepleierens bidrag først og fremst gjelder forberedelser til beslutninger og oppfølging etterpå, og en tydeligere og bredere forståelse av felles beslutningstaking, som en prosess før, under og etter beslutningen, synliggjør sykepleierens rolle. «Scenen» for felles beslutningstaking settes ofte utenfor konsultasjonen, noe som kan forklare at intervensjoner som kun fokuserer på selve konsultasjonen har begrenset effekt (Griffioen et al., 2021). For å forbedre intervensjoner må felles beslutningstaking forstås som en langsgående prosess, og sykepleierens rolle må tydeliggjøres i ulike faser av beslutningsprosessen.

Profesjonelle ramme faktorer og verdier som påvirker involvering i felles beslutningstaking

Funnene belyser hvordan profesjonelle rammer kan muliggjøre eller begrense felles beslutningstaking. Pasienter kan oppleve en følelse av hastverk, der kritiske behandlingsbeslutninger tas kort tid etter alvorlig diagnose, – et tidspunkt hvor de er emosjonelt overveldet. Noen deltakere opplevde at deres involvering var begrenset av kliniske retningslinjer og organiseringen av tjenestene. Disse funnene samsvarer med tidligere studier som har vist at pasienter kan føle at beslutninger tas uten tilstrekkelig hensyn til deres preferanser, og at standardiserte pasientforløp kan begrense mulighetene for felles beslutningstaking selv ved preferansesensitive alternativer (Andersen-Hollekim et al., 2021; Netsey-Afedo et al., 2020).

Organiseringen av tjenestene påvirket tiden til refleksjon, tidspunkt for samtaler og muligheten for å etablere tillitsfulle relasjoner, – faktorer som pasienter, pårørende og sykepleiere identifiserte som nødvendige for felles beslutningstaking. Dette samsvarer med Bårdsgjerde (2022) som også konkluderte at strukturelle betingelser, som kliniske retningslinjer, ressurser og organisatoriske strukturer, har stor innflytelse på pasientmedvirkning. Studie 2 viste at noen pasienter har forventninger om selvbestemmelse som overstiger det som er mulig innenfor det norske helsevesenet, og i studie 3 reflekterte sykepleierne over hvordan uklarhet rundt pasienters faktiske valg og beslutningsmyndighet påvirket deres muligheter til å involvere pasienter og pårørende på en meningsfull måte. Dette betyr at grensene for felles beslutningstaking og pasientautonomi i helsevesenet være tydelige for pasienter og pårørende, slik at urealistiske forventninger om selvbestemmelse og valg unngås.

Sosiokulturelle forhold, som kultur for tverrprofesjonelt samarbeid og felles beslutningstaking, påvirker også sykepleieres bidrag betydelig. Studiene identifiserte mulige bidrag fra sykepleiere, men både pasienter og sykepleiere var usikre på sykepleiernes rolle i beslutninger om avansert kreftbehandling, i tråd med tidligere funn om at sykepleiere ofte har en perifer rolle og bidrar mindre enn de ønsker (Arends et al., 2022; Sena & De Luca, 2021). Kontrasten mellom mulig og faktisk rolle samsvarer med tidligere beskrivelser av sykepleiernes rolle som «usynlig» (Olling et al., 2021). Selv om sykepleieres profesjonsetiske retningslinjer understreker ansvar for tilpasset informasjon og pasientmedvirkning (International Council of Nurses, 2021; Norsk Sykepleierforbund, 2025), viser avhandlingen at det være krevende å innfri disse forventningene fullt ut i praksis.

Både pasienter og sykepleiere uttrykte usikkerhet om syke-

pleiernes kompetansegrunnlag for å diskutere behandlingsvalg. Tema som prognose, risiko og fordeler krever høy ekspertise og evne til å formidle kompleks informasjon på en forståelig og nøytral måte (Al-Issa & Helft, 2021; Laight, 2022). Felles beslutningstaking om palliativ kreftbehandling forutsetter derfor samarbeid i tverrprofesjonelle team, der medlemmene utfyller hverandres roller og ekspertise. I tillegg til funn i avhandlingen, viser også studier fra andre kliniske kontekster at det et behov for tydeligere rolleavklaring i flerfaglige team (Abu Hatoum & Sperling, 2024; van Dieën et al., 2024).

Til slutt, nyere forskning retter stadig større oppmerksomhet mot implementeringen av felles beslutningstaking, inkludert utvikling og testing av intervensjoner på systemnivå (Lund et al., 2024; Marla et al., 2024; Steffensen et al., 2023). Avhandlingen viser at individuelle ferdigheter ikke er ikke nok, og det er behov for slike intervensjoner på systemnivå også i palliativ kreftomsorg.

Konklusjon og implikasjoner for praksis

Anhandlingen gir ny og dyptgående innsikt i kompleksiteten ved felles beslutningstaking i palliativ kreftomsorg, belyst fra perspektivene til personer med avansert, uhelbredelig kreft, deres nærmeste pårørende og sykepleiere. Funnene viser at felles beslutningstaking i palliativ kreftomsorg er en sammensatt og krevende prosess, preget av beslutningenes eksistensielle karakter og tilhørende etiske dilemmaer. Pasienter og pårørende kan være usikre på hvordan de kan medvirke, og sykepleiernes roller og bidrag er uklare, sett både fra pasient/pårørende og sykepleiernes eget perspektiv. Videre fremheves hvordan profesjonelle, sosiokulturelle/strukturelle rammer, i samspill med individuelle ferdigheter, kan muliggjøre eller begrense meningsfull deltakelse i felles beslutningstaking.

Avhandlingen fremhever behovet for større begrepsmessig klarhet rundt felles beslutningstaking i palliativ kreftomsorg, inkludert en bredere forståelse som også omfatter det som skjer før og etter en beslutning tas. Personer med avansert, uhelbredelig kreft og deres pårørende trenger mer veiledning om hva felles beslutningstaking faktisk innebærer, herunder også hvilke begrensninger det er for med- og selvbestemmelse.

Pasienter og pårørende kan trenge mer støtte for å delta i felles beslutningstaking enn det de mottar i dag, og denne støtten kan potensielt styrkes gjennom en tverrprofesjonell tilnærming der sykepleiere involveres mer aktivt i beslutningsprosesser. Å styrke felles beslutningstaking krever ikke bare opplæring av helsepersonell, men også strukturelle endringer som legger til rette for kontinuitet, tid til dialog

og samarbeidskultur. Og til slutt, på grunn av de etiske dilemmaene som ligger i felles beslutningstaking, bør vi støtte etisk refleksjon. Etisk refleksjon kan støtte helsepersonell i disse situasjonene som er preget av stor usikkerhet. Å møte utfordringene som ligger i å gjennomføre felles beslutningstaking i palliativ kreftomsorg er avgjørende for å sikre at pasienter med avansert kreft ikke bare blir godt informert, men også virkelig blir sett, hørt og møtt med medfølelse i beslutninger som har stor betydning for deres liv. ●

Referanser

- Abu Hatoum, W. B., & Sperling, D. (2024). Views, attitudes, and reported practices of nephrology nurses regarding shared decision-making in end-of-life care. *Nursing Ethics*, 31(5), 739-758. <https://doi.org/10.1177/09697330231200565>
- Al-Issa, K., & Helft, P. R. (2021). Narrative review of prognosis related communication in advanced cancer patients. *Annals of Palliative Medicine*, 10(8), 9229-9240. <https://doi.org/10.21037/apm-21-142>
- Alsulamy, N., Lee, A., Thokala, P., & Alessa, T. (2020). What Influences the Implementation of Shared Decision Making: An Umbrella Review. *Patient Education and Counseling*, 103(12), 2400-2407. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.009>
- Andersen-Hollekim, T., Melby, L., Sand, K., Gilstad, H., Das, A., & Solbjør, M. (2021). Shared decision-making in standardized cancer patient pathways in Norway—Narratives of patient experiences. *Health Expectations*, 24(5), 1780-1789. <https://doi.org/10.1111/hex.13317>
- Arends, S. A. M., Thodé, M., De Veer, A. J. E., Pasman, H. R. W., Francke, A. L., & Jongerden, I. P. (2022). Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: A quantitative survey study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2884-2893. <https://doi.org/10.1111/jan.15223>
- Bélanger, E., Rodríguez, C., & Groleau, D. (2011). Shared decision-making in palliative care: A systematic mixed studies review using narrative synthesis. *Palliative Medicine*, 25(3), 242-261. <https://doi.org/10.1177/0269216310389348>
- Bennett, R., DeGuzman, P. B., LeBaron, V., Wilson, D., & Jones, R. A. (2023). Exploration of shared decision making in oncology within the United States: a scoping review. *Supportive Care in Cancer*, 31(1), Article 94. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07556-8>
- Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open*, 9(12), e031763. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>
- Bos-van den Hoek, D. W., Thodé, M., Jongerden, I. P., Van Laarhoven, H. W. M., Smets, E. M. A., Tange, D., Henselmans, I., & Pasman, H. R. (2021). The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 296-307. <https://doi.org/10.1111/jan.14549>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE.
- Bravo, P., Härter, M., McCaffery, K., Giguère, A., Hahlweg, P., & Elwyn, G. (2022). Editorial: 20 years after the start of international Shared Decision-Making activities: Is it time to celebrate? Probably... *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 171, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.05.009>
- Bårdsgjerde, E. K. (2022). *Perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway among patients and healthcare professionals* [Doctoral thesis NTNU]. NTNU Open. <https://hdl.handle.net/11250/2982645>
- Dillon, E. C., Meehan, A., Nasrallah, C., Lai, S., Colocci, N., & Luft, H. (2021). Evolving Goals of Care Discussions as Described in Interviews With Individuals With Advanced Cancer and Oncology and Palliative Care Teams. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(7), 785-793. <https://doi.org/10.1177/0898010121101111>

ANBEFALINGER FOR PRAKSIS:

1. Avklar hva felles beslutningstaking innebærer.

Det bør arbeides aktivt med å tydeliggjøre hva felles beslutningstaking er, og når tilnærmingen er relevant. Det innebærer også å skille mellom informert samtykke, felles beslutningstaking og selvbestemmelse, og være tydelig om begrensninger for felles beslutningstaking og selvbestemmelse.

2. Styrk tverrprofesjonelt samarbeid – med tydelige, utfyllende roller.

Felles beslutningstaking bør gjennomføres som et samarbeid mellom leger, sykepleiere, andre faggrupper, pasient og pårørende. Opplæring bør være tverrprofesjonell og rolleavklarende, særlig rundt sykepleiernes mulige bidrag i beslutninger om avansert kreftbehandling. Sykepleiere kan fungere som en veileder i disse beslutningene, men det forutsetter høy kompetanse og tett samarbeid med lege.

3. Forbedre strukturelle ramme faktorer.

Felles beslutningstaking kan ikke hvile på enkeltpersoners ferdigheter alene. Ramme faktorene på systemnivå må legge til rette for det, for eksempel ved å sikre kontinuitet i oppfølging og styrke mulighet for tverrprofesjonelt samarbeid.

4. Støtt etisk refleksjon.

De iboende etiske dilemmaene ved beslutninger i palliativ kreftomsorg krever arenaer for regelmessig etisk refleksjon. Dette kan hjelpe helsepersonell å ta avgjørelser under stor usikkerhet, sammen med pasienten. Slike avgjørelser forutsetter kontinuitet, tillitsfulle relasjoner, høy etisk bevissthet og kommunikasjonskompetanse, og etisk refleksjon kan bidra til eksistensielle spørsmål kan drøftes åpent og trygt.

JANNICKE RABBen

disputerte med avhandlingen «Patient, family caregiver and nurse involvement in shared decision-making in palliative cancer care» den 17. desember 2025. Doktorgraden ble avlagt ved Universitetet i Agder, og er tilgjengelig i sin helhet på Nasjonalt Vitenarkiv.

doi.org/10.1177/1049909120969202

Elwyn, G. (2021). Shared decision making: What is the work? *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1591-1595. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.032>

Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50(460), 892-899. <https://bjgp.org/content/bjgp/50/460/892.full.pdf>

Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341, c5146. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>

Elwyn, G., Price, A., Franco, J. V. A., & Gulbrandsen, P. (2023). The limits of shared decision making. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28, 218-221. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112089>

Goswami, R., Moore, J., Bruera, E., & Hui, D. (2020). Assessment of the Decision-Making Capacity for Clinical Research Participation in Patients With Advanced Cancer in the Last Weeks of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 400-406. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.014>

Griffioen, I. P. M., Rietjens, J. A. C., Melles, M., Snelders, D., Homs, M. Y. V., van Eijck, C. H., & Stiggelbout, A. M. (2021). The bigger picture of shared decision making: A service design perspective using the care path of locally advanced pancreatic cancer as a case. *Cancer Medicine*, 10(17), 5907-5916. <https://doi.org/10.1002/cam4.4145>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Felles innsats mot kreft. Nasjonal kreftstrategi (2025-2035)*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/felles-innsats-mot-kreft-nasjonal-kreftstrategi-20252035/id3087629/?ch=1>

Helsedirektoratet. (2024, 21. september 2022). *Hva er samvalg*. Helsenorge. Retrieved 29. august 2024 from <https://www.helsenorge.no/samvalg/hva-er-samvalg/>

International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*

Kang, S. J., Kim, B. Y., & An, H. J. (2025). Decision fatigue among cancer patients with recurrence: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 74, Article 102778. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102778>

Laight, D. (2022). Risk communication: a pillar of shared decision making. *Prescriber*, 33(6), 24-28. <https://doi.org/10.1002/psb.1993>

Lund, L., Hansen, D. G., Korsbek, L., Christiansen, M., Steffensen, K. D., & Olling, K. (2024). "Developing the tool SDM:KOMPASS. Supporting shared decision making implementation processes". *PloS One*, 19(11), e0312990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312990>

Marla, L. C., Fülöp, S., Jens Ulrich, R., Kai, W., & Friedemann, G. (2024). The Six Steps of SDM: linking theory to practice, measurement and implementation. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 29(2), 75-78. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112289>

Mitchell, K.-A. R., Brassil, K. J., Rodriguez, S. A., Tsai, E., Fujimoto, K., Krause, K. J., Shay, L. A., & Springer, A. E. (2020). Operationalizing patient-centered cancer care: A systematic review and synthesis of the qualitative literature on cancer patients' needs, values, and preferences. *Psycho-Oncology*, 29(11), 1723-1733. <https://doi.org/10.1002/pon.5500>

Netsey-Afedo, M. M. L., Ammentorp, J., Othter, P. J. S., & Birkelund, R. (2020). No time for reflection: Patient experiences with treatment-related decision-making in advanced prostate cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 880-888. <https://doi.org/10.1111/scs.12794>

Norsk Sykepleierforbund. (2025). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Norton, S. A., Wittink, M. N., Duberstein, P. R., Prigerson, H. G., Stanek, S., & Epstein, R. M. (2019). Family caregiver descriptions of stopping chemotherapy and end-of-life transitions. *Supportive Care in Cancer*, 27(2), 669-675. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4365-0>

Noteboom, E. A., May, A. M., van der Wall, E., de Wit, N. J., & Helsper, C. W. (2021). Patients' preferred and perceived level of involvement in decision making for cancer treatment: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 30(10), 1663-1679. <https://doi.org/10.1002/pon.5750>

Olling, K., Steffensen, K. D., Berry, L., & Stacey, D. (2021). The Invisible Roles of Oncology Nurses in Shared Decision Making. *Cancer Care Research Online*, 1(2). <https://doi.org/10.1097/CR9.000000000000007>

Opel, D. J., Gerstein, M. T., Carle, A. C., Fournier, A. K., Hargraves, I., Lafata, J. E., Lipstein, E. A., Mallinson, T., Moise, N., Neuman, H. B., Nix, M., Papadimitriou, C., Scherer, L., Sepucha, K., Simpson, M., Schwartz, A., Stevens-Lapsley, J. E., & Dickert, N. W. (2025). Saving Shared Decision-Making. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09410-z>

Politi, M. C., & Street, R. L. (2011). The importance of communication in collaborative decision making: facilitating shared mind and the management of uncertainty. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 579-584. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01549.x>

Rabben, J. (2025). *Patient, family caregiver and nurse involvement in shared decision-making in palliative cancer care*. [Doctoral thesis, University of Agder, University of Agder].

Rabben, J., Fossum, M., Vivat, B., & Rohde, G. E. (2026). Nurses' Perceptions of Their Involvement in Shared Decision-Making for Advanced Cancer Treatment and Palliative Care; a Qualitative Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 82(1), 719-731. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.16994>

Rabben, J., Rohde, G. E., Fossum, M., & Vivat, B. (2025). Experiences and Perceptions of People With Advanced Cancer and Their Family Caregivers of Shared Decision-Making in Palliative Cancer Care. *Journal of Advanced Nursing* (81), 4976-4988. <https://doi.org/10.1111/jan.16705>

Rabben, J., Vivat, B., Fossum, M., & Rohde, G. E. (2024). Shared decision-making in palliative cancer care: A systematic review and metasynthesis. *Palliative Medicine*, 38(4), 406-422. <https://doi.org/10.1177/02692163241238384>

Reyes, K. R., Wong, P., Petrofsky, M., Dai, A., Pelayo, A., Brondfield, S., & Kwon, D. H. (2024). Shared decision-making needs, barriers, and facilitators of patients with newly diagnosed advanced cancer in the hospital: a multi-level, mixed-methods study. *Supportive Care in Cancer*, 32(5), 315. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08515-1>

Sena, B., & De Luca, E. (2021). Searching for a professional identity: a qualitative study of the oncology nurses role in a multidisciplinary breast-unit team. *Acta Biomedica*, 92(S2), e2021506. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11643>

Siebinga, V. Y., Driever, E. M., Stiggelbout, A. M., & Brand, P. L. P. (2022). Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction – A cross-sectional analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2145-2150. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.012>

Steffensen, K. D., Hansen, D. G., Espersen, K., Lauth, S., Fosgrau, P., Pedersen, A. M., Groen, P. S., Sauvr, C., & Olling, K. (2023). "SDM:HOSP" – a generic model for hospital-based implementation of shared decision making. *PloS One*, 18(1), e0280547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280547>

Svendsen, S. J., Grov, E. K., & Staats, K. (2024). Patients' experiences with shared decision-making in home-based palliative care – navigation through major life decisions. *BMC Palliative Care*, 23(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01434-2>

Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>

Thompson, A. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science and Medicine*, 64(6), 1297-1310. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.002>

van der Horst, D. E. M., Garvelink, M. M., Bos, W. J. W., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2023). For which decisions is Shared Decision Making considered appropriate? – A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 106, 3-16. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.09.015>

van der Velden, N. C. A., Meijers, M. C., Han, P. K. J., van Laarhoven, H. W. M., Smets, E. M. A., & Henselmans, I. (2020). The Effect of Prognostic Communication on Patient Outcomes in Palliative Cancer Care: a Systematic Review. *Current Treatment Options in Oncology*, 21(5), 40. <https://doi.org/10.1007/s11864-020-00742-y>

van Dieën, M. S. H., Paans, W., Mariani, M. A., Dieperink, W., & Blokzijl, F. (2024). Roles and competencies of nurses and physicians in shared decision-making in cardiac surgery: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(1), 60-72. <https://doi.org/10.1111/jan.15811>

Waddell, A., Lennox, A., Spassova, G., & Bragge, P. (2021). Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: a systematic review. *Implementation Science*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01142-y>

– Jeg har møtt mange pårørende som er mer utslitt enn den kreftsyke.

Benedikte, kreftsykepleier på Kreftforeningens rådgivningstjeneste

Møter du pasienter og pårørende som har mye på hjertet?

Våre kreftsykepleiere og sosionomer har god tid til å lytte og gi råd til alle som har spørsmål eller tanker knyttet til kreft, behandling, rettigheter, tjenester og tilbud.

Flere av våre kreftsykepleiere er sertifiserte samvalgsveiledere og kan bistå både pasienter og pårørende.

Tjenesten er gratis og tilgjengelig for alle.

21 49 49 21

kreftforeningen.no/tilbud

radgivning@kreftforeningen.no

Les mer om Kreftforeningens tilbud her:



KREFTFORENINGEN
TIL FOR DEG

Implementering av elektroniske pasientrapporterte utfallsmål (ePROMs) i kreftomsorgen

Pasienters og helsepersonells perspektiv på muligheter og utfordringer ved innføring og tilhørende symptomhåndtering.



Terese Solvoll Skåre

Kreftsykepleier og førsteamanuensis
NTNU i Ålesund

Introduksjon

På verdensbasis er forekomsten av kreft forventet å øke til 35 millioner nye tilfeller innen 2050 ^[1], og i Europa er sykdommen nå den hyppigste årsaken til død for mennesker under 65 år ^[2, 3]. Bare i Norge ble det i 2024 registrert nærmere 39 000 nye tilfeller, en økning på 36 prosent fra 2010 ^[4]. Kreft representerer dermed en betydelig global folkehelseutfordring.

Flere faktorer, herunder forbedret diagnostikk og utvikling av flere og mer effektive behandlingsalternativer, har bidratt til at stadig flere overlever sykdommen, eller lever lengre i palliative forløp. Samtidig medfører kreftsykdom betydelige konsekvenser, ikke bare for det enkelte mennesket som rammes,

men også for helsetjenestene verden over. Et økende ressursbehov for å ivareta den stigende forekomsten, og ofte krevende og komplekse sykdomsforløp, utfordrer helsetjenestenes bærekraft og effektivitet ^[5, 6].

Kreft er en livstruende sykdom der behandlingen kan ha kurativ, livsforlengende eller palliativ hensikt ^[7]. Likevel er kreftbehandling i stor grad preget av et tumor-sentrert fokus, med hovedvekt på helbredelse eller livsforlengelse ^[5]. Dette fokuset, som delvis drives av politiske og økonomiske faktorer ^[8], kan føre til at pasientperspektivet, herunder symptomlindring og livskvalitet, får utilstrekkelig oppmerksomhet.

Bakgrunn

Konsekvenser av kreft og kreftbehandling

Både under aktiv behandling og i remisjon, kan pasienter med kreft oppleve akutte og kroniske symptomer som påvirker livskvalitet og funksjon ^[9-14]. Tidligere studier viser at symptomer som fatigue, søvnforstyrrelser, smerte, munntørrehet og appetittendringer er hyppige, ofte i moderat til alvorlig grad, også tidlig i sykdomsforløpet ^[9, 15]. Videre kan intensive kurative behandlinger



Foto: Magnific.com

føre til betydelig toksisitet og uttalte symptomer ^[16, 17], noe som understreker behovet for tidlig og systematisk symptomkartlegging og -lindring.

Selv om symptomer kan forekomme i alle stadier av sykdoms- og behandlingsforløpet, er symptombyrden særlig høy hos pasienter med avansert sykdom, ofte ledsaget av funksjonstap og økt psykisk belastning ^[11, 12, 18, 19]. I palliativ fase kan pasientene ha sammensatte og vedvarende behov som ikke fullt ut ivaretas. Studier viser at symptomer som fatigue, appetittmangel, smerte og dyspné er hyppige mot livets slutt, med økende alvorlighetsgrad over tid ^[20]. Det er imidlertid viktig å merke seg at symptomintensitet ikke alltid samsvarer med hvilke symptomer pasientene opplever som mest belastende ^[21].

Kreft og kreftbehandling kan ha langvarige konsekvenser også etter avsluttet behandling. Sammenlignet med normalbefolkningen rapporterer kreftoverlevende høyere forekomst av symptomer som påvirker livskvalitet, inkludert angst, depresjon og redusert funksjon i dagliglivet ^[22, 23]. Forskning viser at vedvarende symptomer som fatigue, søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker og frykt for tilbakefall er rapportert flere år etter diagnose ^[22, 24, 25].

Til tross for god kunnskap om symptombyrden ved kreftsykdom, blir symptomer ofte underrapportert eller undervurdert av helsepersonell, særlig subjek-

tive plager ^[26-32]. Tidligere forskning har vist at det kan være manglende samsvar mellom pasient- og helsepersonellrapportering ^[33, 34], noe som kan føre til økt lidelse, behandlingsforsinkelser og unødvendig bruk av helsetjenester ^[35, 36]. Systematisk innhenting av pasientrapporterte utfall, er derfor nødvendig for bedre symptomhåndtering, styrket kommunikasjon og en mer personsentrert kreftomsorg ^[37, 38].

Personsentrert omsorg

Kvalitet i helsetjenesten forutsetter at pasienters erfaringer, behov og verdier inngår som sentrale vurderingskriterier ^[39]. Pasientsentrert omsorg har derfor lenge vært ansett som et kjerneelement i kvalitet, ved å vektlegge pasienters preferanse i kliniske beslutninger. Personsentrert omsorg representerer en videreutvikling med et mer helhetlig fokus på personen bak sykdommen, og er dermed en grunnleggende forutsetning for å kunne vurdere og forbedre kvaliteten i helsetjenestene.

Pasientrapporterte data

Internasjonalt anerkjennes pasientrapporterte data som en sentral kvalitetsindikator i helsetjenesten, og en rekke studier fremhever deres robusthet som mål på graden av personsentrering i helsetjenester ^[40, 41]. Det finnes to ulike hovedkategorier av pasientrapporterte data: pasientrapporterte erfaringer (PREMs), som belyser pasienters opplevelse av helsetjenestene ^[40], og pasientrapporterte utfallsmål (PROMs), som måler

pasientrapporterte utfall (PROs). Fokuset i doktorgradsavhandlingen er PROMs. Systematisk vurdering og håndtering av symptomer er sentrale forutsetninger for personsentrert omsorg, og PROMs utgjør viktige verktøy for å sikre strukturert, effektiv og høy kvalitet i kreftomsorgen [5, 40].

Opprinnelig ble PROMs utelukkende brukt til forskning, uten direkte innvirkning på pasientomsorgen og behandlingen [42, 43]. De senere årene, særlig innen onkologi, har PROMs fått en utvidet rolle som pasientgenererte helsedata og bidrar til et mer helhetlig bilde av pasientens livssituasjon. Dette har gjort PROMs sentrale både i forskning, klinisk praksis og i utviklingen av helsepolitikk [44]: 11.

Omfattende forskning viser at bruken av PROMs, både papirbaserte og elektroniske, er gjennomførbar og hensiktsmessig i kreftomsorgen [45, 46]. Systematisk symptomkartlegging og symptomhåndtering har vist seg å forbedre pasienters livskvalitet, redusere symptombyrde og gi bedre kliniske utfall, samtidig som helsetjenestebruken blir mer effektiv [47]. Studier indikerer at rutinemessig bruk av PROMs kan bidra til bedre kvalitet i helsetjenesten [48], særlig når tilbakemeldinger gis til både pasienter og helsepersonell [49]. PROMs muliggjør tidlig identifisering av symptomer, støtter egenmestring og gir verdifull informasjon om behandlingsrelatert toksisitet, både i kurativ og palliativ behandling [48]. Videre har PROMs potensial til å understøtte verdibaserte helsetjenester og kvalitetsforbedring utover deres direkte kliniske anvendelse [47].

I de senere årene har elektroniske PROMs (ePROMs) fått økende betydning i kreftomsorgen. Det eksisterer et stort antall ulike slike verktøy, som kan variere fra statiske, digitale versjoner av papirskjema, til mer avanserte systemer som tilpasses individuelt og kan gi tilbakemelding eller forslag til videre tiltak [50]. Bruken av ePROMs legger til rette for økt pasientinvolvering, bedre kommunikasjon og mer personsentrert kreftomsorg. Samlet representerer ePROMs et kostnadseffektivt, ikke-invasivt og sentralt virkemiddel for å forbedre kvaliteten i kreftomsorgen på både individ- og systemnivå [50-54].

For å realisere potensialet i ePROMs er det imidlertid avgjørende med systematisk implementering i klinisk praksis, ettersom avstanden mellom forskningsbasert

kunnskap og rutinemessig bruk fortsatt er betydelig [55, 56]. For å redusere dette gapet er det avgjørende å implementere ePROMs på en måte som realiserer deres fulle potensial. Implementeringen påvirkes av en rekke faktorer, ofte omtalt som tilretteleggere og barrierer [57]. Disse faktorene kan variere mellom kontekster og ulike omsorgsnivå. Tidligere forskning viser at sentrale tilretteleggere inkluderer opplevd nytteverdi, tilpasningsdyktighet, brukervennlighet og mulighet for utprøving i liten skala. Komplexitet, økt arbeidsbelastning, manglende integrasjon med allerede eksisterende systemer og begrenset organisatorisk støtte utgjør vanlige barrierer [58-63]. En konteksttilpasset og systematisk tilnærming til implementering er derfor avgjørende for vellykket bruk av ePROMs i kreftomsorgen.

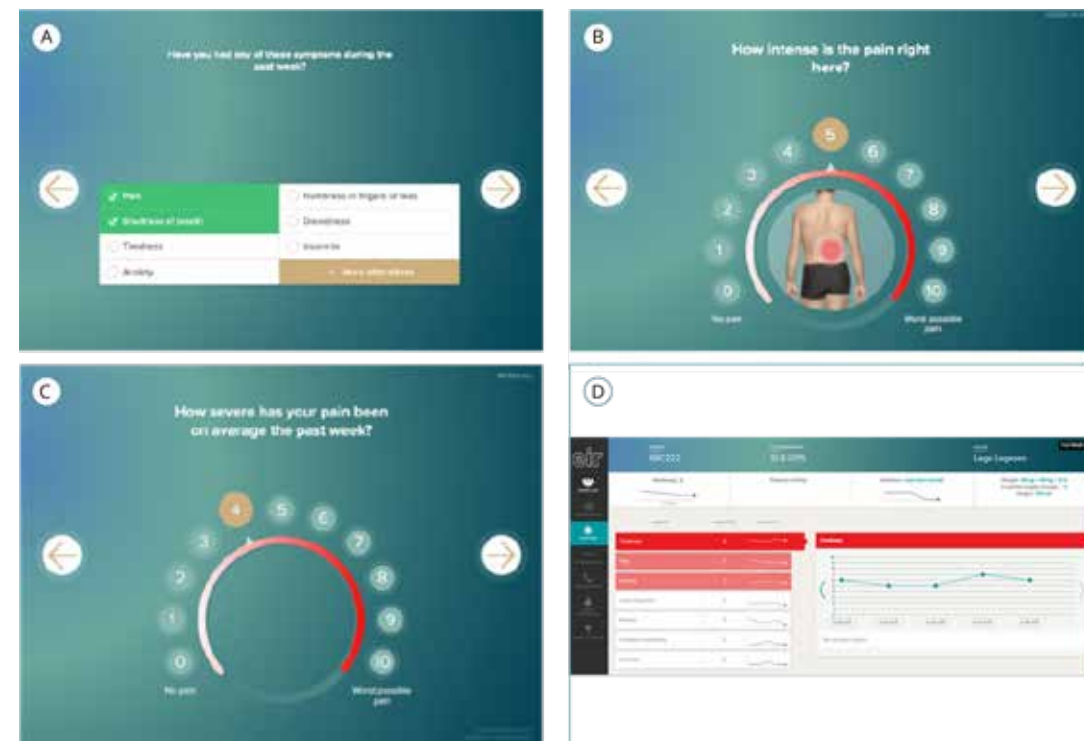
Implementeringsrammeverket Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

CFIR er et metateoretisk rammeverk som tilbyr en strukturert typologi av faktorer som påvirker implementering, uavhengig av kontekst [64, 65]. Rammeverket benyttes til å identifisere og forklare hva som fremmer eller hemmer implementeringsutfall, blant annet gjennom sammenligning av determinanter på tvers av settinger. CFIR består av fem hoveddomener: intervensjonen, ytre rammebetingelser, indre organisatorisk kontekst, involverte individer og implementeringsprosessen. Samlet gir disse domene et helhetlig rammeverk for å analysere komplekse implementeringsprosesser og forstå hvilke faktorer som påvirker vellykket innføring av nye tiltak i helsetjenesten [65]. Rammeverket ble ikke benyttet i design, planlegging eller gjennomføring av de enkelte studiene i dette prosjektet, men for å kontekstualisere funnene og strukturere diskusjonen.

Metode

Den overordnede hensikten med doktorgradsavhandlingen var å utvikle en dypere innsikt i implementeringen av elektroniske pasientrapporterte utfallsmål (ePROMs). Avhandlingen består av tre kvalitative studier [66-68] som utforsker pasienter og helsepersonell sine erfaringer og perspektiver knyttet til ulike sider ved implementering av ePROMs i kreftomsorgen.

I delstudie en var hensikten å identifisere og utforske hemmere og fremmere i implementeringen av ePROM verktøyet Eir på en lindrende enhet i kommunehelsetjenesten [66]. Gjennom individuelle intervju og fokus-



Figur 1 Utdrag av funksjoner i Eir A) grensesnitt for symptomvalg som gjør det mulig for pasienter å angi ulike symptomer; B) smertekartlegging, inkludert lokalisering og intensitet (skala 0-10); C) symptomvurdering (smerte) på en numerisk skala; D) oversiktsbilde for helsepersonell etter innsendt kartlegging

grupper med 14 helsepersonell fra ulike profesjoner ble data samlet inn, og deretter analysert induktivt ved hjelp av tematisk analyse som beskrevet av Braun og Clarke [69].

I delstudie to var hensikten å utforske hemmere og fremmere opplevd av studiesykepleiere og studieledere (onkologer) i implementeringen av Eir gjennom en klyngerandomisert studie i spesialisthelsetjenesten [67]. Individuelle intervju og fokusgruppe ble gjennomført med 9 helsepersonell, og data ble analysert deduktivt ved hjelp av rammeverksanalyse [70].

I delstudie tre var hensikten å utforske pasienter med kreft sine erfaringer med pasientsentrert omsorg og symptomhåndtering, samt å undersøke deres perspektiver på behov og preferanser relatert til bruken av ePROMs i klinisk praksis [68]. Pasienter med kreft (n=10) deltok i henholdsvis ett eller to individuelle intervju. Fokuset i intervju én var på deres erfaringer med symptomhåndtering og pasientsentrert omsorg i dagens kliniske konsultasjoner. I intervju to ble deltagere presentert visuelle fremstillinger av et ePROM

verktøy, med den hensikt å frembringe kunnskap om pasienters behov og ønsker for et slikt verktøy. Data ble analysert ved hjelp av refleksiv tematisk analyse [71].

I alle de tre delstudiene ble implementeringen av ePROMs utforsket i lys av ett spesifikt ePROM verktøy; Eir. I studie en og to ble Eir V3 brukt. Eir V3 var et digitalt symptomkartleggingsverktøy spesielt utviklet til bruk i kreftomsorgen, for å fremme systematisk symptomkartlegging og dermed bidra til økt pasientsentrert kreftomsorg [72]. Verktøyet bestod av 2 moduler; Eir Patient og Eir Doctor. I Eir Patient modulen ble pasienten bedt om å fylle ut spørsmål knyttet til 19 av de vanligste symptomene forbundet med kreftsykdom og kreftbehandling. I modulen Eir Doctor fikk helsepersonell umiddelbart etter at pasienten hadde sendt inn sin registrering tilgang til oversikt over de symptomene pasienten hadde scoret som plagsomme. I figur 1 kan en se ulike skjermbilder av Eir V3.

Funnene i et metaperspektiv

Funnene fra de tre studiene indikerer at ePROMs

«ePROMs har betydelig potensial til å fremme en mer personsentrert kreftomsorg, men vellykket implementering forutsetter endringer i klinisk praksis på individ-, organisasjons- og systemnivå.»

kan støtte mer personsentrert oppfølging i kreftomsorgen ved å styrke pasientenes stemme og bidra til en mer helhetlig tilnærming til omsorg. Implementering av ePROMs er imidlertid en kompleks prosess som krever organisatoriske endringer i arbeidsflyt, roller og kommunikasjonsstrukturer, utover ren teknologisk integrasjon.

Pasientene uttrykte tilfredshet med mottatt behandling, men etterlyste større oppmerksomhet mot hele spekteret av symptomer og behov, og viste samtidig vilje til å ta i bruk nye verktøy. Helsepersonell anerkjente nytteverdien av ePROMs, men opplevde betydelige barrierer knyttet til praksisendring og ansvar, samt antagelser om pasienters kapasitet til å bruke slike verktøy. Disse funnene danner grunnlaget for diskusjonen i avhandlingen, som er strukturert rundt fire overordnede temaer og tolket i lys av CFIR for å belyse sentrale faktorer som påvirker implementering. Det blir her gitt en forkortet versjon av dette metaperspektivet knyttet til funnene på tvers av de tre studiene.

Å balansere merverdi med kostnadene ved å endre praksis

Implementering av ePROMs i kreftomsorgen er en kompleks prosess som krever endringer på flere nivåer, fra organisatoriske rammer til involvering av helsepersonell og pasienter^[73]. Funnene viser at helsepersonell kontinuerlig veier den opplevde nytteverdien av ePROMs opp mot kostnadene ved å endre etablerte kliniske rutiner, og at disse vurderingene ser ut til å påvirkes av flere determinanter på tvers av CFIR domener, samt ulike profesjonelle roller. Pasientene på sin side uttrykte vilje til å investere tid og innsats, da de opplevde ePROMs som et verktøy med potensial til å støtte mer personsentrert kreftomsorg.

Funnene viser at både pasienter og helsepersonell anerkjenner ePROMs som et virkemiddel for å styrke kvaliteten i kreftomsorgen gjennom økt symptombevissthet og styrking av pasientens stemme, sentrale elementer i personsentrert omsorg. Samtidig forutsetter realiseringen

av denne merverdien betydelige endringer i klinisk praksis. Helsepersonell vektla i stor grad eksterne barrierer, som arbeidsflyt og pasientegnethet, fremfor egen rolle i implementeringsprosessen. Dette indikerer behov for nye tilnærminger til endringsarbeid, der uformell kunnskapsoverføring, refleksjon rundt motstand og samskapning mellom pasienter og helsepersonell kan bidra til økt implementeringsberedskap og mer kontekstsensitiv praksis.

Betydningen av lederforankring for vellykket implementering

Lederinvolvering er en avgjørende og veletablert faktor for vellykket implementering av nye tiltak i helsetjenesten^[74-76]. I studiene som undersøkte helsepersonells perspektiver, fremkom ledelse som både mulig tilrettelegger og barriere i implementeringen av ePROMs. Innen CFIR forstås dette som en del av individ-området, der ulike lederroller og nivåer har betydning for hvordan ansvar, prioritering og støtte påvirker implementeringsprosessen^[65].

Funnene i studiene viser at graden av lederinvolvering har avgjørende betydning for implementeringen av ePROMs, særlig gjennom påvirkning på beslutningsmyndighet, prioritering og organisatorisk handlingsrom. Tett lederforankring, korte beslutningslinjer og tydelige roller fremmet fleksibilitet, tilpasning og engasjement blant helsepersonell, mens komplekse og lagdelte lederstrukturer bidro til tregere beslutningsprosesser og større avstand mellom ledelse og klinisk praksis. Videre fremstår tydelige implementeringsroller, motivasjon og kompetanse som sentrale forutsetninger for fremdrift, støttet av både formell ledelse og uformelle meningsbærere. Samlet understreker funnene at ledelsesengasjement på tvers av nivåer er en nøkkelfaktor om en skal lykkes med å implementere ePROMs i rutinemessig klinisk praksis.

Implementeringsberedskap: håndtering av endringsprosesser på flere nivåer

På tvers av de tre studiene fant en at implementering

av ePROMs i kreftomsorgen kan styrke pasientenes stemme og støtte en mer personsentrert tilnærming til symptomoppfølging. Funnene indikerer at både pasienter og helsepersonell opplever et behov for å bevege seg fra et ensidig behandlingsfokus mot økt vekt på symptomhåndtering og pasientinvolvering. Samtidig krever vellykket implementering koordinerte endringer i klinisk praksis på tvers av nivåer, der faktorer innen alle CFIR domener kan fremme eller hemme prosessen. Økt bevissthet om disse faktorene, kombinert med en helhetlig og systematisk implementeringsstrategi, kan legge til rette for en kreftomsorg som både er personsentrert og av høy kvalitet.

Oppsummert synes implementeringsberedskap for ePROMs i kreftomsorgen å avhenge av samspill mellom flere gjensidig avhengige faktorer. Økt oppmerksomhet mot hvordan motivasjon og motstand hos ulike aktører påvirker både indre og ytre rammebetingelser kan være avgjørende. Videre kan styrket bevissthet om betydningen av systematisk symptomkartlegging, på både organisatorisk og politisk nivå, støtte overgangen til en mer personsentrert kreftomsorg.

Erfaringer med symptomhåndtering

Kunnskap om hvordan symptomhåndtering praktiseres i klinisk kreftomsorg er sentral for bærekraftig implementering av ePROMs. Selv om pasientene generelt uttrykte tilfredshet med dagens praksis, avdekket introduksjonen av ePROMs et begrenset personsentrert fokus i eksisterende praksis. Sykepleiere rapporterte at ePROMs styrket deres evne til å tilby mer helhetlig og personsentrert omsorg, mens enkelte onkologer i mindre grad opplevde behov for endring i egen praksis, noe som kan indikere lav endringsberedskap. Sammenholdt med tidligere forskning som viser at symptomer ofte undervurderes, understreker dette behovet for å bevege seg bort fra en tumor- og behandlingsorientert tilnærming mot mer systematisk og personsentrert symptomoppfølging.

Et sentralt funn i studie 3 var at pasientene i stor grad aksepterte egne symptomer og ikke nødvendigvis forventet at alle plager skulle adresseres. Dette står i kontrast til helsepersonells bekymring for at ePROMs kan føre til økt arbeidsbelastning ved å avdekke «for mange» problemstillinger, og kan indikere et misforhold mellom antagelser og pasientenes faktiske forventninger. Videre beskrev pasientene en tendens til å underrapportere symptomer, særlig bivirkninger de oppfattet som en nødvendig

konsekvens for å kunne fortsette behandling. Dette kan utgjøre en barriere for pålitelig symptomkartlegging og understreker behovet for økt bevissthet om symptomers betydning for livskvalitet og potensielt overlevelse, samt tiltak som styrker pasienters mestring og personsentrert kreftomsorg.

Konklusjon

Funnene i dette doktorgradsprosjektet viser at ePROMs har betydelig potensial til å fremme en mer personsentrert kreftomsorg, men vellykket implementering forutsetter endringer i klinisk praksis på individ-, organisasjons- og systemnivå. En felles forståelse av behovet for slik praksisutvikling må deles av alle involverte aktører, inkludert pasienter, helsepersonell, ledere, utdanningsinstitusjoner og beslutningstakere. Selv om helsepersonell spiller en nøkkelrolle i implementeringen, rettes oppmerksomheten ofte mot eksterne barrierer fremfor individuelle holdninger og praksis. Pasientene opplever ePROMs som et verdifullt verktøy for å synliggjøre symptomer og bli anerkjent som hele mennesker. De viser vilje til å investere tid i dette, samtidig som de er tilbakeholdne med å øke belastningen på helsepersonell. Dette understreker behovet for strukturer som både styrker pasientens stemme og støtter helsepersonell i å handle på pasientrapporterte data.

Implikasjoner for praksis

Implementering av ePROMs bør være en strategisk prioritet innen kreftomsorg, gitt potensialet til å styrke person-

FAKTA

Dette er et sammendrag av en PhD avhandling og teksten er skrevet basert på den originale versjonen av avhandlingen.

Implementering av elektroniske pasientrapporterte utfallsmål (ePROMs) i kreftomsorgen – Pasienters og helsepersonells perspektiver på muligheter og utfordringer ved innføring og tilhørende symptomhåndtering.

Implementation of electronic patient-reported outcome measures in cancer care – Perspectives of patients and healthcare professionals on the opportunities and challenges in adoption and linked symptom management.

sentrert omsorg og ivareta pasienters helhetlige behov. Økt pasientkunnskap om symptomers betydning kan styrke datakvaliteten i ePROMs, øke pasienters mestring og trygghet, og fremme aktiv deltagelse i egen helse og behandling.

Pasienters opplæringsbehov bør kartlegges og ikke baseres på antagelser fra helsepersonell. Opplæring og veiledning i bruk av numeriske skalaer fremstår som særlig viktig.

Helsepersonell har en nøkkelrolle i å løfte symptom-mestring som en kjernekomponent i kreftomsorgen.

Vellykket implementering krever tydelige mål, tidlig identifisering av barrierer, tilstrekkelig ledelsesforankring og opplæring som også omfatter rasjonale og endrings-strategier.

Motstand mot endring bør forstås som en kilde til læring og forbedring, ikke kun som et hinder

Deklarasjon om bruk av kunstig intelligens (KI)

Tekstutkast og språkvask er delvis støttet av M365 Copilot (Microsoft, GPT-5 chat) under utarbeidelsen av denne fagartikkelen. ●

Referanser

- Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229–63. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>.
- European Cancer Information System. Cancer Factsheets in EU-27 Countries - 2022. 2022.
- European Commission/JRC. Cancer cases and deaths rise in the EU. 2023 [cited 2025 15.01]; Available from: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/jrc-news-and-updates/cancer-cases-and-deaths-rise-eu-2023-10-02_en.
- Cancer Registry of Norway, Norwegian Institute of Public Health, Cancer in Norway 2024 Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. . 2025.
- Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albreht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol.* 2018 2018/11/01;19(11):e588–e653. doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7).
- Miller KD, Nogueira L, Devasia T, Mariotto AB, Yabroff KR, Jemal A, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(5):409–36. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21731>.
- NOU 2017:16. På liv og død - palliasjon til alvorlig syke og døende, Oslo: 2017.
- Kaasa S, Hjermstad MJ, Sjögren P, world health o. COMMERCIAL AND SOCIAL DETERMINANTS IN: PALLIATIVE CARE. World Health Organization, 2022.
- Reilly CM, Bruner DW, Mitchell SA, Minasian LM, Basch E, Dueck AC, et al. A literature synthesis of symptom prevalence and severity in persons receiving active cancer treatment. *Support Care Cancer.* 2013 June 01;21(6):1525–50. doi: [10.1007/s00520-012-1688-0](https://doi.org/10.1007/s00520-012-1688-0).
- Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P, et al. Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2016;34(6):557–65. PMID: 26644527. doi: [10.1200/jco.2015.63.0830](https://doi.org/10.1200/jco.2015.63.0830).
- Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007 Jul;34(1):94–104. PMID: 17509812. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015).
- Vogt J, Beyer F, Sistermanns J, Kuon J, Kahl C, Alt-Epping B, et al. Symptom Burden and Palliative Care Needs of Patients with Incurable Cancer at Diagnosis and During the Disease Course. *Oncologist.* 2021 Jun;26(6):e1058–e65. PMID: 33687742. doi: [10.1002/onco.13751](https://doi.org/10.1002/onco.13751).
- van den Beuken-van Everdingen MHJMDP, Hochstenbach LMJM, Joosten BEAJ, Tjan-Heijnen VCGMDP, Janssen DJAMDP. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(6):1070–90.e9. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340).
- Kroenke K, Lam V, Ruddy KJ, Pachman DR, Herrin J, Rahman PA, et al. Prevalence, Severity, and Co-Occurrence of SPPADE Symptoms in 31,866 Patients With Cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2023 2023/05/01;65(5):367–77. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.020>.
- Bubis LD, Davis L, Mahar A, Barbera L, Li Q, Moody L, et al. Symptom Burden in the First Year After Cancer Diagnosis: An Analysis of Patient-Reported Outcomes. *J Clin Oncol.* 2018;36(11):1103–11. PMID: 29494259. doi: [10.1200/jco.2017.76.0876](https://doi.org/10.1200/jco.2017.76.0876).
- Kroschinsky F, Stölzel F, von Bonin S, Beutel G, Kochanek M, Kiehl M, et al. New drugs, new toxicities: severe side effects of modern targeted and immunotherapy of cancer and their management. *Critical Care.* 2017 2017/04/14;21(1):89. doi: [10.1186/s13054-017-1678-1](https://doi.org/10.1186/s13054-017-1678-1).
- Wang K, Tepper JE. Radiation therapy-associated toxicity: Etiology, management, and prevention. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(5):437–54. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21689>.
- Erdogan Yüce G, Döner A, Muz G. Psychological Distress and Its



Foto: Alexander Grey, Unsplash.com

- Association with Unmet Needs and Symptom Burden in Outpatient Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Semin Oncol Nurs.* 2021 Oct;37(5):151214. PMID: 34483014. doi: [10.1016/j.soncn.2021.151214](https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151214).
- Verkissen MN, Hjermstad MJ, van Belle S, Kaasa S, Deliens L, Pardon K. Quality of life and symptom intensity over time in people with cancer receiving palliative care: Results from the international European Palliative Care Cancer Symptom study. 2019.
 - Bubis LD, Davis LE, Canaj H, Gupta V, Jeong Y, Barbera L, et al. Patient-Reported Symptom Severity Among 22,650 Cancer Outpatients in the Last Six Months of Life. *J Pain Symptom Manage.* 2020;59(1):58–66.e4. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2019.08.016](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.016).
 - Li B, Mah K, Swami N, Pope A, Hannon B, Lo C, et al. Symptom Assessment in Patients with Advanced Cancer: Are the Most Severe Symptoms the Most Bothersome? *J Palliat Med.* 2019 Oct;22(10):1252–9. PMID: 31063024. doi: [10.1089/jpm.2018.0622](https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0622).
 - Jefford M, Ward AC, Lisy K, Lacey K, Emery JD, Glaser AW, et al. Patient-reported outcomes in cancer survivors: a population-wide cross-sectional study. *Support Care Cancer.* 2017 2017/10/01;25(10):3171–9. doi: [10.1007/s00520-017-3725-5](https://doi.org/10.1007/s00520-017-3725-5).
 - Potosky AL, Graves KD, Lin L, Pan W, Fall-Dickson JM, Ahn J, et al. The prevalence and risk of symptom and function clusters in colorectal cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2022 Dec;16(6):1449–60. PMID: 34787775. doi: [10.1007/s11764-021-01123-6](https://doi.org/10.1007/s11764-021-01123-6).
 - Wu H-S, Harden JK. Symptom Burden and Quality of Life in Survivorship: A Review of the Literature. *Cancer Nurs.* 2015;38(1):E29–E54. PMID: 00002820-201501000-00013. doi: [10.1097/ncc.0000000000000135](https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000135).
 - Tan CJ, Yip SYC, Chan RJ, Chew L, Chan A. Investigating how cancer-related symptoms influence work outcomes among cancer survivors: a systematic review. *J Cancer Surviv.* 2022;16(5):1065–78. doi: [10.1007/s11764-021-01097-5](https://doi.org/10.1007/s11764-021-01097-5).
 - Laugsand EA, Sprangers MA, Bjordal K, Skorpen F, Kaasa S, Klepstad P. Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: a multicenter European study. *Health Qual Life Outcomes.* 2010 Sep 21;8:104. PMID: 20858248. doi: [10.1186/1477-7525-8-104](https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-104).
 - Basch E, Iasonos A, McDonough T, Barz A, Culkin A, Kris MG, et al. Patient versus clinician symptom reporting using the National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events: results of a questionnaire-based study. *Lancet Oncol.* 2006 Nov;7(11):903–9. PMID: 17081915. doi: [10.1016/S1470-2045\(06\)70910-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(06)70910-X).
 - Basch E. The Missing Voice of Patients in Drug-Safety Reporting. *N Engl J Med.* 2010;362(10):865–9. doi: [10.1056/NEJMp0911494](https://doi.org/10.1056/NEJMp0911494).
 - Di Maio M, Basch E, Bryce J, Perrone F. Patient-reported outcomes in the evaluation of toxicity of anticancer treatments. *Nature Reviews Clinical Oncology.* 2016 2016/05/01;13(5):319–25. doi: [10.1038/nrclinonc.2015.222](https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2015.222).
 - Arenare L, Di Liello R, De Placido P, Gridelli C, Morabito A, Pignata S, et al. Under-reporting of subjective symptoms and its prognostic value: a pooled analysis of 12 cancer clinical trials. *ESMO Open.* 2024 2024/03/01;9(3):102941. doi: <https://doi.org/10.1016/j.esmoopen.2024.102941>.
 - Basch E, Jia X, Heller G, Barz A, Sit L, Fruscione M, et al. Adverse symptom event reporting by patients vs clinicians: relationships with clinical outcomes. *J Natl Cancer Inst.* 2009 Dec 2;101(23):1624–32. PMID: 19920223. doi: [10.1093/jnci/djp386](https://doi.org/10.1093/jnci/djp386).
 - Atkinson TM, Andreotti CF, Roberts KE, Saracino RM, Hernandez M, Basch E. The level of association between functional performance status measures and patient-reported outcomes in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2015 Dec;23(12):3645–52. PMID: 26314706. doi: [10.1007/s00520-015-2923-2](https://doi.org/10.1007/s00520-015-2923-2).
 - Atkinson TM, Ryan SJ, Bennett AV, Stover AM, Saracino RM, Rogak LJ, et al. The association between clinician-based common terminology criteria for adverse events (CTCAE) and patient-repor-

- ted outcomes (PRO): a systematic review. *Support Care Cancer.* 2016 2016/08/01;24(8):3669–76. doi: [10.1007/s00520-016-3297-9](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3297-9).
- Maio MD, Gallo C, Leighl NB, Piccirillo MC, Daniele G, Nuzzo F, et al. Symptomatic Toxicities Experienced During Anticancer Treatment: Agreement Between Patient and Physician Reporting in Three Randomized Trials. *J Clin Oncol.* 2015;33(8):910–5. PMID: 25624439. doi: [10.1200/jco.2014.57.9334](https://doi.org/10.1200/jco.2014.57.9334).
 - Basch E, Barbera L, Kerrigan CL, Velikova G. Implementation of Patient-Reported Outcomes in Routine Medical Care. *American Society of Clinical Oncology Educational Book.* 2018 (38):122–34. PMID: 30231381. doi: [10.1200/edbk_200383](https://doi.org/10.1200/edbk_200383).
 - Alishahi Tabriz A, Turner K, Hong Y-R, Gheytasvand S, Powers BD, Elston Lafata J. Trends and Characteristics of Potentially Preventable Emergency Department Visits Among Patients With Cancer in the US. *JAMA Network Open.* 2023;6(1):e2250423–e. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2022.50423](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.50423).
 - Granja C, Janssen W, Johansen MA. Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature. *J Med Internet Res.* 2018 2018/05/01;20(5):e10235. doi: [10.2196/10235](https://doi.org/10.2196/10235).
 - Dunlop E, Ferguson A, Mueller T, Baillie K, Laskey J, Clarke J, et al. Involving Patients and Clinicians in the Design of Wireframes for Cancer Medicines Electronic Patient Reported Outcome Measures in Clinical Care: Mixed Methods Study. *JMIR Form Res.* 2023 2023/12/21;7:e48296. doi: [10.2196/48296](https://doi.org/10.2196/48296).
 - Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in A. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US) 2001.
 - Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education.* 2017;17(4):137–44. doi: [10.1093/bjaed/mkw060](https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060).
 - de Bienassis K, Kristensen S, Hewlett E, Roe D, Mainz J, Klazinga N. Measuring patient voice matters: setting the scene for patient-reported indicators. *Int J Qual Health Care.* 2021 Feb 20;34(Suppl 1):ii3–ii6. PMID: 33575802. doi: [10.1093/intqhc/mzab002](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab002).
 - LeBlanc TW, Abernethy AP. Patient-reported outcomes in cancer care - hearing the patient voice at greater volume. *Nat Rev Clin Oncol.* 2017 Dec;14(12):763–72. PMID: 28975931. doi: [10.1038/nrclinonc.2017.153](https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2017.153).
 - Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health Qual Life Outcomes.* 2006 Oct 11;4:79. PMID: 17034633. doi: [10.1186/1477-7525-4-79](https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-79).
 - Piussi R, Hamrin Senorski E, Irrgang JJ. Patient-Reported Outcome Measures: past, present, and future. In: Doral MN, Karlsson J, editors. *Sports Injuries: Prevention, Diagnosis, Treatment and Rehabilitation.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2025. p. 1–15.
 - Consolo L, Castellini G, Cilluffo S, Basile I, Luisignani M. Electronic patient-reported outcomes (e-PROMs) in palliative cancer care: a scoping review. *Journal of patient-reported outcomes.* 2022;6(1):102–. doi: [10.1186/s41687-022-00509-z](https://doi.org/10.1186/s41687-022-00509-z).
 - Balitsky AK, Rayner D, Britto J, Lionel AC, Ginsberg L, Cho W, et al. Patient-Reported Outcome Measures in Cancer Care: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open.* 2024 Aug 1;7(8):e2424793. PMID: 39136947. doi: [10.1001/jama-networkopen.2024.24793](https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2024.24793).
 - Gibbons C, Porter I, Gonçalves-Bradley DC, Stoilov S, Ricci-Cabello I, Tsangaris E, et al. Routine provision of feedback from patient-reported outcome measurements to healthcare providers and patients in clinical practice. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2021(10). doi: [10.1002/14651858.CD011589.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011589.pub2).
 - Di Maio M, Basch E, Denis F, Fallowfield LJ, Ganz PA, Howell D, et al. The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline. *Ann Oncol.* 2022;33(9):878–92. doi: [10.1016/j.annonc.2022.04.007](https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.04.007).

49. Graupner C, Kimman ML, Mul S, Slok AHM, Claessens D, Kleijnen J, et al. Patient outcomes, patient experiences and process indicators associated with the routine use of patient-reported outcome measures (PROMs) in cancer care: a systematic review. Support Care Cancer. 2021 Feb;29(2):573–93. PMID: 32875373. doi: 10.1007/s00520-020-05695-4.

50. Salmani H, Nasiri S, Ahmadi M. The advantages, disadvantages, threats, and opportunities of electronic patient-reported outcome systems in cancer: A systematic review. Digit Health. 2024 Jan–Dec;10:20552076241257146. PMID: 38812853. doi: 10.1177/20552076241257146.

51. Darley A, Coughlan B, Furlong E. People with cancer and their family caregivers’ personal experience of using supportive eHealth technology: A narrative review. Eur J Oncol Nurs. 2021 2021/10/01;54:102030. doi: https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102030.

52. Payne A, Horne A, Bayman N, Blackhall F, Bostock L, Chan C, et al. Patient and clinician-reported experiences of using electronic patient reported outcome measures (ePROMs) as part of routine cancer care. Journal of Patient-Reported Outcomes. 2023 2023/05/04;7(1):42. doi: 10.1186/s41687-023-00544-4.

53. Consolo L, Basile I, Colombo S, Rusconi D, Pasquot L, Campa T, et al. Exploring patient perspectives on electronic patient-reported outcome measures in home-based cancer palliative care: A qualitative study. Digit Health. 2024 Jan–Dec;10:20552076241249962. PMID: 38665884. doi: 10.1177/20552076241249962.

54. Meirte J, Hellemans N, Anthonissen M, Denteneer L, Maertens K, Moortgat P, et al. Benefits and Disadvantages of Electronic Patient-reported Outcome Measures: Systematic Review. JMIR Perioper Med. 2020;3(1):e15588–e. PMID: 33393920. doi: 10.2196/15588.

55. Johnston BC PD, Devji T, Maxwell LJ, Bingham III CO, Beaton D, Boers M, Briel M, Busse JW, Carrasco-Labra A, Christensen R, da Costa BR, El Dib R, Lyddiatt A, Ostelo RW, Shea B, Singh J, Terwee CB, Williamson PR, Gagnier JJ, Tugwell P, Guyatt GH. . Chapter 18: Patient-reported outcomes In: Higgins JPT TJ, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA editor. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 65: Cochrane; 2024.

56. Basch E, Abernethy AP. Commentary: Encouraging Clinicians to Incorporate Longitudinal Patient-Reported Symptoms in Routine Clinical Practice. J Oncol Pract. 2011;7(1):23–5. PMID: 21532806. doi: 10.1200/jop.2010.000186.

57. Wensing M, Bosch MC, Grol RP. Determinants of change. In: Grol RP, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Healthcare: John Wiley & Sons, Ltd.; 2013. p. 139–50.

58. Glenwright BG, Simmich J, Cottrell M, O’Leary SP, Sullivan C, Pole JD, et al. Facilitators and barriers to implementing electronic patient-reported outcome and experience measures in a health care setting: a systematic review. Journal of Patient-Reported Outcomes. 2023 2023/02/14;7(1):13. doi: 10.1186/s41687-023-00554-2.

59. Foster A, Croot L, Brazier J, Harris J, O’Cathain A. The facilitators and barriers to implementing patient reported outcome measures in organisations delivering health related services: a systematic review of reviews. J PROP. 2018 2018/10/03;2(1):46. doi: 10.1186/s41687-018-0072-3.

60. Lyu J, Zhang H, Wang H, Liu X, Jing Y, Yin L, et al. Facilitators and barriers to implementing patient-reported outcomes in clinical oncology practice: a systematic review based on the consolidated framework for implementation research. Implementation Science Communications. 2024 2024/10/29;5(1):120. doi: 10.1186/s43058-024-00654-0.

61. Lai-Kwon J, Rutherford C, Jefford M, Gore C, Best S. Using Implementation Science Frameworks to Guide the Use of Electronic Patient-Reported Outcome Symptom Monitoring in Routine Cancer Care. JCO Oncol Pract. 2024 Jan 10:Op2300462. PMID: 38206290. doi: 10.1200/op.23.00462.

62. Stover AM, Haverman L, van Oers HA, Greenhalgh J, Potter CM, Ahmed S, et al. Using an implementation science approach to implement and evaluate patient-reported outcome measures (PROM) initiatives in routine care settings. Qual Life Res. 2020 2020/07/10. doi: 10.1007/s11136-020-02564-9.

63. Amini M, Oemrawsingh A, Verweij LM, Lingsma HF, Hazelzet JA, Eijkenaar F, et al. Facilitators and barriers for implementing patient-reported outcome measures in clinical care: An academic center’s initial experience. Health Policy. 2021 2021/09/01;125(9):1247–55. doi: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.07.001.

64. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009 Aug 7;4:50. PMID: 19664226. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.

65. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implementation science : IS. 2022;17(1):1–75. doi: 10.1186/s13012-022-01245-0.

66. Skåre TS, Midtbust MH, Lund J, Kaasa S, Dreyer A. Barriers and Facilitators When Implementing Electronic Patient-Reported Outcome Measures at a Municipal Cancer Care Unit: A Qualitative Study. Cancer Nurs. 2023 Jul–Aug 01;46(4):E268–e75. PMID: 35439218. doi: 10.1097/ncc.0000000000001120.

67. Skåre TS, Lundeby T, Lund JÅ, Hjermstad MJ, Midtbust MH. First-time use of electronic patient-reported outcome measures in a cluster randomized trial: a qualitative study. Journal of Patient-Reported Outcomes. 2025 2025/01/20;9(1):9. doi: 10.1186/s41687-025-00840-1.

68. Skåre TS, Lundeby T, Lund J-Å, Lundereng ED, Kaasa S, de Glas N, et al. Exploring Perspectives of Patients With Cancer on Implementing Electronic Patient-Reported Outcome Measures to Enhance Patient-Centered Care: Qualitative Study. JMIR Cancer. 2025;11:e79144. doi: 10.2196/79144.

69. Braun V, Clarke V. Successful qualitative research : a practical guide for beginners. Los Angeles, Calif: Sage; 2013. ISBN: 9781847875815,9781847875822.

70. Ritchie J. Qualitative research practice : a guide for social science students and researchers. 2nd ed. London: SAGE; 2014. ISBN: 978-1-4462-0911-0,978-1-4462-0912-7.

71. Braun V, Clarke V. Thematic analysis : a practical guide. Los Angeles, California: SAGE; 2022. ISBN: 9781473953239,9781473953246.

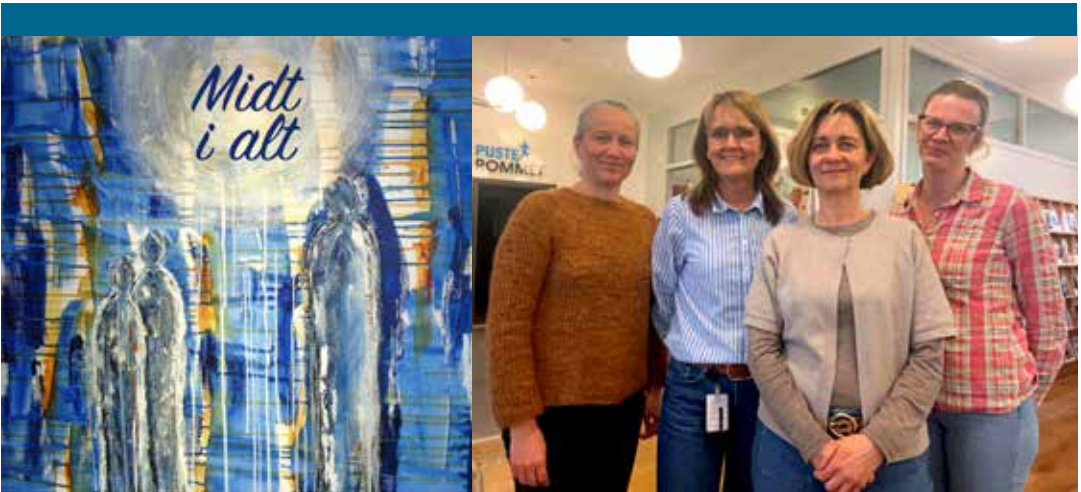
72. Krogstad H, Brunelli C, Sand K, Andersen E, Garresori H, Halvorsen T, et al. Development of EirV3: A Computer-Based Tool for Patient-Reported Outcome Measures in Cancer. JCO Clin Cancer Inform. 2017 Nov;1:1–14. PMID: 30657392. doi: 10.1200/cci.17.00051.

73. Foster A, Croot L, Brazier J, Harris J, O’Cathain A. The facilitators and barriers to implementing patient reported outcome measures in organisations delivering health related services: a systematic review of reviews. Journal of Patient-Reported Outcomes. 2018 2018/10/03;2(1):46. doi: 10.1186/s41687-018-0072-3.

74. Grol R. Improving patient care : the implementation of change in health care. 2nd ed. ed. Chichester: Wiley-Blackwell BMJ Books; 2013. ISBN: 9780470673386.

75. Lambert S, McKenzie M, Coronado AC, Caissie A, Tracey L, Watson L, et al. Real-World Patient-Reported Outcome Measure Implementation: Challenges and Successes of a Pan-Canadian Initiative to Improve the Future of Patient-Centered Cancer Care. JCO Oncol Pract. 2025 Feb 14:Op2400551. PMID: 39951657. doi: 10.1200/op-24-00551.

76. Basch E, Rocque G, Mody G, Mullangi S, Patt D. Tenets for Implementing Electronic Patient-Reported Outcomes for Remote Symptom Monitoring During Cancer Treatment. JCO Clinical Cancer Informatics. 2023 (7):e2200187. PMID: 36857630. doi: 10.1200/cci.22.00187.



Deler av lokallaget Trøndelag med lokallagsleder May Gøril Berg i front.

Midt i alt - den 23. landskonferansen i kreftsykepleie

Planleggingen av den 23. landskonferansen i kreftsykepleie 2027 er godt i gang, og vi gleder oss over at konferansen skal arrangeres i vakre Trondheim – midt i landet.

Nettopp dette «midt i» ble et naturlig utgangspunkt for tittel på konferansen. Bak valg av navn ligger det flere lag av betydning. Geografisk befinner vi oss midt i Norge. Pasientene vi møter står ofte midt i en livskrise. Som kreftsykepleiere står vi sammen med dem – midt i det som er vanskelig, uavklart og sårbart. Vi må være til stede her og nå – både for pasienten, pårørende og for oss selv, som menneske og fagutøvere. I møte med sykdom, behandling og eksistensielle spørsmål, er tilstedeværelse, nærvær og balanse sentrale kvaliteter i vår praksis. Samtidig er vi en del av en urolig verden, med stadige bekymringer. Vi står på mange måter, «midt i alt».

Kunstneren som vi er så heldige å få låne bildet av heter Åse Marie Fagervik, og bildet heter «Møtet»

Fire på gangen

I faggruppen vår, Kreftsykepleierne NSF, opplever vi pensjonerte sykepleiere, kreftsykepleiere og andre spesialsykepleiere som en viktig ressurs – både som medlemmer i faggruppen og gjennom lønnet og frivillig arbeid. I dette tidsskrift av *Kreftsykepleie* har vi derfor fått tre pensjonerte kreftsykepleiere og en pensjonert palliativ sykepleier til å besvare noen spørsmål for å høre deres refleksjoner rundt dette tema.

JORUN BØYUM

Alder: 69 år



Kan du fortelle litt om din tidligere arbeids-erfaring?

Jeg ble utdannet sykepleier i Kristiansand i 1979 og arbeidet ved medisinsk sengepost, hjemmesykepleien og kirurgisk intensiv til jeg startet ved en kirur-

gisk sengepost i Ålesund i 1990. Jeg tok videreutdanning i kreft i Bergen i 1997/98 som den andre kreftsykepleier i Møre og Romsdal. Tok initiativ til å starte den første kreftpoliklinikken i fylket i 1992. Før den tid satt pasientene i Ålesund på et skyllerom og fikk kjemoterapi. Vi var to kreftsykepleiere, hematolog og kirurg som sammen driftet poliklinikken. Vurderinger og oppfølging av pasienter ble lagt til oss sykepleiere, og det var et stort ansvar da vi ikke hadde lege tilstede hver dag. De fleste beskjeder gikk via telefon, og legen såsjelden pasienten. Destoltepåvåresykepleierobservasjoner. Etterhvert fikk vi et godt samarbeid med St. Olav som sendte onkolog 1-2 dager i måneden til Ålesund. Det var et stort fremskritt å samarbeide med dem, og vi sykepleiere ble tilbudt undervisning og oppfølging. Men fortsatt lå det største ansvaret på oss sykepleiere som arbeidet svært selvstendig. Er takknemlig for at det ikke er slik i dag. Det er skremmende

å tenke tilbake på det store ansvaret vi to sykepleiere hadde. I sykepleierutdanningen ble vi opplært til å hjelpe pasientene og finne løsninger på deres problemer, altså være problemløser. Det tok en tid før jeg skjønnte at pasientene hadde egne ressurser. Det å se hva pasienter og pårørende mestrer, lytte, heie på dem og bidra der de trenger oss ble den viktigste oppgaven. Vi må ha troen på våre pasienter og vise dem det.

Var og så heldig å delta i planlegging av ny kreftavdeling i Ålesund som åpnet i 2004. Satt i flere byggekomiteer og opplevde at erfaring som kreftsykepleier ble hørt og tatt hensyn til. Det at vi nå har en fullverdig kreftavdeling med mange onkologer og kreftsykepleiere sikrer et meget godt tilbud i fylket. Hadde ansvar for kreftbehandling i hele fylket, og de lokale kreftpoliklinikkene er svært viktige for pasienter/nærhet samt de innehar den samme gode kompetansen som i Ålesund. Kreftsykepleierkompetanse i samarbeid med onkologer gir pasienter det beste og sikreste tilbud.

Jeg tok også videreutdanning i veiledningspedagogikk. Hadde behov for å dyktiggjøre meg i møte med sårbare pasienter/pårørende og sykepleierkollega som stod i krevende pasientmøter. En nyttig videreutdanning, og jeg er glad for at dere har stort fokus på dette temaet i dagens videreutdanning i kreftsykepleie. Jeg tok master i samfunnsplanlegging og ledelse for å lære mer om organisering, utvikling og politisk styring når det gjaldt utvikling av krefttilbudet da og i fremtiden. En nyttig kompetanse i arbeidet med å delta i oppbygging og utvikling av krefttilbudet i hele fylket. Selv om jeg i mange år arbeidet administrativt var jeg «ferievikar» i kreftpoliklinikken helt til de siste årene før

jeg pensjonerte meg (2 år siden). Det å møte pasienter og pårørende og arbeide med dyktige og engasjerte kreftsykepleiere er det beste arbeidslivet har gitt meg.

Bruker du kompetansen som kreftsykepleier i hverdagen din nå, for eksempel i lønnet eller frivillig arbeid?

Nei.

Hvorfor synes du det har vært, og fremdeles er, nyttig for deg å være medlem i Kreftsykepleierne NSF?

Jeg har vært medlem i NSF i snart 50 år, og det innebærer selvfølgelig også å være medlem i Kreftsykepleierne NSF. «Sammen kan vi få til mye» er et godt motto, og det tror jeg på. Jeg liker å lese Kreftsykepleie, det er et godt tidsskrift og det gjør meg stolt. Jeg er fortsatt interessert i faget, utviklingen av det og prøver å holde meg oppdatert. Informasjon om forskning gir tro på en bedre fremtid innen kreftfaget.

Hvordan tenker du at vi kan rekruttere og beholde flere kreftsykepleiere i fagfeltet i tiden fremover?

Gruppen kreftpasienter og pårørende øker, tilbud utvides og vi lever lenger. Det er vel ikke noe fagområde som har større utvikling enn onkologien. Pleier å si at den som vil være med på utvikling av ny behandling og møte «pasienter som vil leve» bør søke arbeid med kreftpasienter. Humor, smil /latter og livsglede kjennetegner pasientgruppen og dette gir oss ansatte energi og tro på et stykke fremtid. Vi som kan mye om årsaker til kreft osv bør jobbe mer helsefremmende og forebyggende. Et spennende arbeid for kreftsykepleiere.

Folk flest tenker at det er trist å jobbe med kreftpasienter, mye død. Fokus på liv og overlevelse må vi kreftsykepleiere fronte i langt større grad enn i dag. Det vil gjøre arbeidshverdagen bedre for kreftsykepleierne i møte med pasienter og pårørende, og med seg selv. Vi har alle et ansvar for å holde oss oppdaterte i faget. Ser at det er vanskelig for mange ansatte å bruke fritiden til dette. Undervisning /oppdatering i arbeidstiden vil kunne bidra til å beholde og utvikle ansatte. Dette er en ledelsesutfordring, men bør påpekes. ●

BENTE ERVIK

Alder: 69 år



Kan du fortelle litt om din tidligere arbeidserfaring?

Jeg har all min jobberfaring fra Universitetssykehuset Nord-Norge og Universitetet i Tromsø. Min kliniske erfaring er fra ulike sengeposter i UNN, både før og etter videreutdanning i kreft-

sykepleie (1990). Senere har jeg tatt hovedfag i pedagogikk og doktorgrad i helsefag, og drevet med undervisning og veiledning av studenter som lærer/fagansvarlig for videreutdanning i kreftsykepleie og senere også ved master i helsefag/sykepleie ved UiT. De siste 25 årene har jeg jobbet ved Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling – «Lindring i nord», først som medarbeider, senere leder.

Som pensjonist har jeg bak meg en lang og brei erfaring, først fra klinikken ved ØNH- og gynekologisk avdeling. Der var jeg spesielt opptatt av livet etter behandling og oppfølging på hjemstedet for pasienter og deres pårørende. Det er store avstander i nord og mange bor langt fra sykehus.

Jeg vil spesielt trekke fram opprettelse av videreutdanning i kreftsykepleie, senere master ved UNN/UiT som spesielt viktig både for sykehusene og kommunehelsetjenesten. Jeg gikk selv på første kull og ble senere lærer/fagansvarlig ved utdanningen. Mange kreftsykepleiere er utdannet i landsdelen, og har blitt her. Å være med i etablering av en regional kompetansetjeneste som «Lindring i nord», og videreutvikling av denne har også vært en viktig og meningsfylt del av mitt yrkesliv. Der jeg har møtt mange flotte fagfolk og fått innsikt i utfordringer og gode løsninger i sykehus og kommuner. Ut fra disse erfaringene har pasient- og pårørende erfaringer og palliasjon i distriktskommuner vært hovedområdene for min forskningsinteresse. ●

Bruker du kompetansen som kreftsykepleier i hverdagen din nå, for eksempel i lønnet eller frivillig arbeid?

Høsten 2024 ble jeg «offisielt» pensjonist, men jobber nå delt som seniorrådgiver i Kreftavdelingen, UNN, hvor hovedoppgaven er å utarbeide kompetanseplan for sykepleiere. I tillegg er jeg prosjektmedarbeider i forhold til søknad for at UNN skal bli et regionalt kreftssenter innenfor rammene av EUnetCCC. I begge stillingene har jeg nytte av den kompetansen jeg har opparbeidet meg som kreftsykepleier fra klinikken, sengeposter, undervisningssektoren og forskning.

Hvorfor synes du det har vært, og fremdeles er, nyttig for deg å være medlem i Kreftsykepleierne NSF?

Jeg syns fortsatt det er viktig å holde seg orientert i utviklingen av fagfeltet, og hva som foregår i sykehus og kommunehelsetjenesten i hele landet. Det er inspirerende og lærerikt å se hva kreftsykepleiere får til, ofte med begrensede midler, men med riktig og god kompetanse og mye kreativitet.

Hvordan tenker du at vi kan rekruttere og beholde flere kreftsykepleiere i fagfeltet i tiden fremover?

For rekruttering tenker jeg det er viktig å vise til den store bredden av arbeidsoppgaver i fagfeltet, de nære møtene med pasienter og pårørende, utvikling av avansert behandlingsmetoder, men også mulighetene for å påvirke fagfeltet framover gjennom fagutviklingsprosjekt og eventuelt forskning. Mulighet for at de som ønsker det kan ta videreutdanning/master er derfor viktig.

For å beholde kreftsykepleiere er et godt faglig arbeidsmiljø sentralt. Kreftsykepleiere må få bruke sin kompetanse innenfor generell kreftsykepleie, men også fordypning innenfor områder de er spesielt interessert i – til beste for pasient og pårørende. For kommunehelsetjenesten er det spesielt viktig at det opprettes faste stillinger for kreftsykepleiere, og at disse har et godt faglig arbeidsmiljø med mulighet for samarbeid lokalt og mellom kommuner og sykehus. ●

INGER FOSSLI

Alder: 77 år



Kan du fortelle litt om din tidligere arbeidserfaring?

På 90-tallet jobbet jeg i hjemme-sykepleien i bydel Grorud i Oslo. Rundt 1997 fikk jeg en nyopp-rettet stilling for alvorlig syke og døende i samme bydel. De fleste pasientene var kreftpasienter i

palliativ fase. Stillingen var «hands on og bed side» i tillegg til fagutvikling innen palliasjon. Jeg tok videreutdanning i palliasjon, og ble prosjektleder for prosjektet «Samarbeidsmodell bydel sykehus» i samarbeid med Kreftrådet i Oslo, og hadde min arbeidsplass på Kompetansesenter for lindrende behandling, Ullevål sykehus i år 2000. Et sårbart punkt i samarbeidet mellom bydel og sykehus, var overføring av pasient fra sykehus til bydel. Her var det mye å hente på et aktivt samarbeid. Nettverksmøte før utskrivning var et viktig ledd i en trygg overføring, både for pasient og pårørende og for oss som helsepersonell.

I 2004 tok Kreftforeningen over stafettspinnen, og jeg jobbet som prosjektleder for et nytt prosjekt; «Bydelskoordinator for kreftpasienter og andre alvorlig syke og døende». Dette var et samarbeid med Oslo kommune, Byrådet for helse og omsorg. Det var stor interesse for fagfeltet kreft og palliasjon. Det ble opprettet palliative nettverk ved alle de fire Oslo-sykehusene, Ullevål, Aker, Diakonhjemmet, Lovisenberg og Akershus Universitetssykehus. I tillegg fikk bydelene en egen koordinator som kreft- eller palliativ sykepleier.

Bruker du kompetansen som kreftsykepleier i hverdagen din nå, for eksempel i lønnet eller frivillig arbeid?

Nei.

Hvorfor synes du det har vært, og fremdeles er, nyttig for deg å være medlem i Kreftsykepleierne NSF?

Jeg synes det har vært både viktig og artig å følge med på hva som skjer innen feltet. Jeg har nå vært pensjonist i ti år, og personer som tidligere var kjente navn for meg i artikler og forskning, er nå overtatt av yngre krefter. Det er interessant å følge med på utviklingen.

Hvordan tenker du at vi kan rekruttere og beholde flere kreftsykepleiere i fagfeltet i tiden fremover?

Tja, hvordan rekruttere og beholde denne kompetansen i fagfeltet? Etter min over 40 år lange erfaring som sykepleier innen ulike felt, så sier jeg, hvis noen spør, at jeg ville valgt sykepleie som yrke om igjen. Aldri en kjedelig dag. Hver dag noe nytt å lære. Hver dag et skifte mellom å føle seg som novise, kompetent og ekspert. «Fingerspissfølelsen» oppnås kun ved erfaring. Den er god. Den inspirerer! For å rekruttere sykepleiere til videreutdanning innen fagfeltet trengs både informasjon om alle mulighetene det gir, og fokus og kampanjer på nødvendighet. Kreftsykepleiere trengs både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Min erfaring er som sagt fra det palliative feltet, og da er WHO`s definisjon av palliasjon en stor inspirasjonskilde. Den viser mangfoldet! Kan vi si at helsevesenet er blitt et henvisningsvesen? Fragmentert? Så mange å forholde seg til? For å beholde kompetansen tror jeg det er viktig å tilby stillinger som er øremerket og samtidig fleksible. Den pasient- og praksisnære, den administrative og den helsepolitiske delen innen feltet må være knyttet sammen, slik at stillingen ikke «blir spist opp» eller trekkes tilbake under omstillinger eller ved sparetiltak. Tid til fagutvikling, både egen og til medarbeidere, medfører engasjement som gjør stillingen attraktiv. ●

JANNE CHRISTOFFERSEN

Alder: 70 år



Kan du fortelle litt om din tidligere arbeidserfaring?

Jeg jobbet på Radiumhospitalet frem til høsten 1997, da både på Kirurgisk urologi, ØNH avdeling og mage-tarm avdeling, mest som avdelingssykepleier. Jobbet også et år i Tromsø da på

Universitetssykehuset Nord-Norge, i forbindelse med oppstart av kreftavdelingen der. Jeg var med og startet opp lokallaget i Kreftsykepleierne NSF Oslo fra 1992. Var da leder for lokallaget i noen år.

Fra januar 1998 og frem til oktober 2013 jobbet jeg i legemiddelindustrien, med kreftmedisiner, og var opptatt med at vi i industrien skulle støtte videreutdanningen i Kreftsykepleie hvert år. Fra februar 2014 startet jeg som studiesykepleier på Ullevål, og jobbet der frem til jeg pensjonerte meg 1.nov 2022. Etter dette har jeg fortsatt å jobbe som studiesykepleier, da med EBBALL studien.

Bruker du kompetansen som kreftsykepleier i hverdagen din nå, for eksempel i lønnet eller frivillig arbeid?

Nå jobber jeg med å koordinere timer og fører databaser med resultatene fra EBBALL studienetter, at pasientene har vært til kontroll hos legen. Sitter som leder i lokallaget for Kreftsykepleiere NSF, Oslo og Akershus. Dette har jeg gjort i 3 år, denne perioden.

Har som frivillig vært med på Kreftforeningens vinterleker som arrangeres på Montebellosenteret, Mesnalen. Veldig flott arrangement og flott å få være med på.

Har denne vinteren vært praksisveileder for 1 årskullet for vernepleierutdanningen, 12 dager. Ble forespurt via NSF seniorsykepleierne. Veldig spennende og utfordrende oppgaver.

Sitter i styret for RADHIST (Radiumhospitalets historielag) har gjort dette siden oktober 2022, veldig spennende og flott å være med der. På bakgrunn av det jeg har jobbet med har jeg et veldig stort kontaktnett.

Hvorfor synes du det har vært, og fremdeles er, nyttig for deg å være medlem i Kreftsykepleierne NSF?

Jeg synes det er faglig fint å være medlem i Kreftsykepleierne NSF, treffer gode kollegaer. Viktig å være med i et fagmiljø som man er engasjert og brenner for.

Hvordan tenker du at vi kan rekruttere og beholde flere kreftsykepleiere i fagfeltet i tiden fremover?

Hvordan videre rekruttering skal gjøres tenker jeg er å være rundt på sykehusene som har kreftpasienter og informere om det viktige fagfeltet. ●

Å se det usynlige - Venescanner til bruk i kreftpoliklinikk



Randi Sunde

Kreftsykepleier ved SNR (sykehuset Nordmøre og Romsdal) Hjelset/ Kristiansund.
(Foto: Lise Kjøl)



Anne Lise Gjelsten

Kreftsykepleier ved SNR (sykehuset Nordmøre og Romsdal) Hjelset/ Kristiansund.
(Foto: Lise Kjøl)

Innledning

Pasienten er en ung kvinne på 32 år. Utredningsfasen har vært lang, og hun har nå fått påvist kreftsykdom. Hun har vært mye innlagt i denne perioden, og det har vært hyppige stikk både i forbindelse med innleggelse av venekanyler og ved blodprøvetaking. Hun forteller at det ofte måtte stikkes både fem og seks ganger før det ble funnet en blodåre. Hun uttrykker sterk bekymring og sier at hun gruer seg voldsomt til at vi skal stikke henne her på kreftpoliklinikken. I tillegg til belastningen ved å ha fått påvist en alvorlig sykdom, må hun også kjenne på ubehag og smerte knyttet til gjentatte stikk. Tidligere erfaringer med mange mislykkede stikk under innleggelse har gjort henne mer redd og anspent enn for eksempel en pasient som ikke har hatt slike opplevelser. Ved inspeksjon av pasientens armer ser vi at hun har lite synlige blodårer, og det er mange blåmerker både på håndbakene og oppover underarmene. Vi legger på varme på den ene hånden. Når vi er klare til å sette venekanylen, begynner pasienten å gråte og sier stille: «Håper at du treffer». Hun snur seg bort og er blek og kaldsvett.

Dette er pasienter mange kreftsykepleiere vil kjenne igjen fra sin arbeidshverdag. Ved kreftpoliklinikken på SNR (Sykehuset Nordmøre og Romsdal) bruker vi ofte varme for å synliggjøre blodårene, og vi setter av god tid til å inspisere og palperer for å finne den venen som fremstår som mest egnet. Vi har lang erfaring med å legge perifer venekanyle hos pasienter med vanskelig venevei, og det er sjelden vi må tilkalle hjelp fra anesthesi. Samtidig har vi savnet et ekstra hjelpemiddel som kan bidra til å identifisere flere tilgjengelige vener som ikke er synlige for det blotte øye.

Innleggelse av perifer venekanyle (PVK) er en av de hyppigst utførte prosedyrene i helsetjenesten, særlig i spesialisthelsetjenesten. Omtrent 80 % av alle sykehuspasienter har behov for en PVK. I ett av tre tilfeller der pasienten har vanskelig venetilgang, mislykkes sykepleieren i prosedyren (Gjerde et al., 2021). Ved behandling i kreftpoliklinikk utsettes pasientene ofte for gjentatte kanyleringer over tid, noe som kan bidra til økt risiko for vanskelig intravenøs tilgang. Dette kan



Accuvein gjør blodårene mer synlige. (Foto: Anne Lise Gjelsten)

blant annet skyldes arrdannelse i vene, stivere årevegger, smerte og komplikasjoner med risiko for behandlingsforsinkelser som konsekvens. Ikke minst erfarer vi at gjentatte stikk kan føre til økt stress og ubehag hos pasienten i behandlingssituasjonen. Mange pasienter gruer seg til venepunksjon, og dette kommer i tillegg til den allerede betydelige psykiske belastningen det er å leve med en kreftsykdom. Pasientene uttrykker ofte at gjentatte stikk ikke fører til at man «blir vant» til prosedyren – tvert imot kan det ha motsatt effekt. Pasientens tidligere negative erfaringer kan også påvirke tilliten til helsepersonell, noe som stiller store krav til sykepleierens vurderingsevne og bruk av hensiktsmessige verktøy i klinisk praksis.

I denne fagartikkelen belyses AccuVein som hjelpemiddel for venevisualisering. Dette er et verktøy som har fått stor klinisk betydning for sykepleierne som arbeider ved kreftpoliklinikken på SNR Hjelset og Kristiansund. Artikkelen bygger på kliniske erfaringer og relevant forskning.

Bakgrunn

Det anslås at 10–30 % av voksne pasienter har vanskelig intravenøs tilgang. Dette defineres blant annet som

gjentatte mislykkede forsøk på perifer intravenøs kateterisering, fravær av synlige eller palpérbare vener, eller tidligere dokumentert vanskelig tilgang (Bahl et al., 2021). Gjentatte mislykkede stikk kan føre til komplikasjoner som hematomer, flebitt og infiltrasjon, i tillegg til betydelig ubehag for pasienten og økt stress for helsepersonell (Bahl et al., 2021). Kreftpasienter har ofte flere risikofaktorer for vanskelig intravenøs tilgang, blant annet tidligere kjemoterapi, skjøre og skleroserte vener, ødem, lymfødem, dehydrering og langvarig intravenøs behandling. Samtidig er PVK ofte en forutsetning for administrering av cytostatika, væskebehandling og støttebehandling. Studier viser at voksne og eldre pasienter med kreft har lavere suksessrate ved første stikk og behov for flere stikkforsøk sammenlignet med andre pasientgrupper (SantosCosta et al., 2023). Dette aktualiserer behovet for strukturerte vurderingsverktøy og teknologiske hjelpemidler som kan støtte og trygge sykepleierens valg av egnet vene i klinisk praksis.

Anskaffelse av AccuVein

AccuVeinapparatet som benyttes ved kreftpoliklinikken ved SNR Hjelset ble anskaffet gjennom en innsamlingsaksjon arrangert av Kamp mot Kreft – Molde, en stiftelse opprettet av Vera Henriksen og Trond Hustad. Deres arbeid og bidraget fra befolkningen har gjort det mulig å ta i bruk venescanner som støtteverktøy i klinisk praksis. Vi er dypt takknemlige for dette bidraget.



Vera Henriksen og Trond Hustad. (Foto: Privat)



Accuvein i bruk av kreftsykepleier
Randi Sunde. (Foto: Anne Lise Gjelsten)

«AccuVein kan bidra til trygghet og mulighet for sykepleieren å velge vene mer presist, redusere antall stikk, forebygge ekstravasjon og styrke pasientens trygghet i en sårbar behandlingssituasjon.»

kunnskapsgrunnlaget per i dag gjenspeiler.

Selv om studien ikke er gjennomført i en onkologisk setting, vurderes funnene som relevante for kreftpoliklinisk praksis. Kreftpasienter oppfyller ofte kriteriene for vanskelig individuell intravenøs tilgang, og suksess ved første stikk er særlig viktig for å redusere smerte, bevare venevei og sikre effektiv behandling.

Sykepleiefaglig perspektiv

I en kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer og utfordringer knyttet til perifer venekanylering beskrives etablering av perifer intravenøs tilgang som en kompleks sykepleiefaglig oppgave som krever både teknisk ferdighet, klinisk vurdering og ivaretagelse av pasientens opplevelse (Gjerde et al., 2021). Studien

viser at vanskelig venevei, risiko for smerte og usikkerhet knyttet til egen kompetanse kan påvirke kvaliteten på prosedyren. Dette er særlig relevant i et onkologisk sykepleiersperspektiv, der mange pasienter mottar intravenøs behandling over lang tid. Erfaringer fra vår kreftpoliklinikk viser at gjentatte PVKinnleggelser og behandling med vevstoksiske cytostatika kan føre til stivere, skjørere og mindre elastiske vener. Dette øker risikoen for mislykkede forsøk og komplikasjoner. For denne pasientgruppen er skånsom håndtering av perifer venetilgang av særlig betydning.

I et sykepleiersperspektiv kan venescanner forstås som et støtteverktøy som bidrar til å visualisere egnet venetilgang der tradisjonell inspeksjon og palpasjon er utilstrekkelig. Dette kan gi trygghet og mulighet for sykepleieren å velge vene mer presist, redusere antall stikk, forebygge ekstravasasjon og styrke pasientens trygghet i en sårbar behandlingssituasjon. Samtidig forutsetter bruken helhetlige vurderinger basert på pasientens kliniske tilstand, behandlingshistorikk og individuelle behov.

Erfaringer fra klinisk praksis

Våre erfaringer med bruk av venescanner er utelukkende positive, og vi opplever økt trygghet i valg av vene og bedre oversikt over tilgjengelig venevei. Hos oss legges det rutinemessig på varmepute hos alle pasienter før innleggelse av PVK. Dette bidrar både til synliggjøring av venene og til en beroligende effekt på pasienten. I de tilfellene der venene fortsatt er vanskelige å identifisere til tross for oppvarming, bruker vi AccuVein som supplement til klinisk vurdering. Venescanneren gir også oversikt over veneforløpet oppover armen, noe som kan bidra til sikring av god flow under administrering av medikamenter. Vi opplever at venene kommer tydelig frem, og i de fleste tilfeller velger vi å legge PVK mens apparatet er i bruk. Apparatet viser ikke dybden på venen, men basert på kjennskap til apparatets funksjon vet vi at venene som visualiseres er overfladiske. Det var uvant i starten å stikke med apparatet på, og dette førte i noen tilfeller til bomstikk.



Kreftsykepleiere Randi Sunde og Anne Lise Gjelsten er veldig fornøyd med gaven kreftpoliklinikken fikk fra stiftelsen Kamp mot kreft. (Foto: Lise Kjøl)

AccuVein – teknologi og virkemåte

AccuVein er en håndholdt, ikkeinvasiv venevisualiserer som bruker infrarødt lys til å identifisere overfladiske blodårer under huden. Venøst blod absorberer mer infrarødt lys enn omkringliggende vev, og enheten projiserer derfor et visuelt bilde av venene direkte på huden. AccuVein har ingen hudkontakt og kan tas i bruk etter kort opplæring. (AccuVein brukerhåndbok). Enheten kan bidra til at helsepersonell får bedre oversikt over tilgjengelige vener med hensiktsmessig størrelse og forløp for venepunksjon. Det er viktig å understreke at AccuVein primært visualiserer overfladiske blodårer, og at maksimal dybde varierer mellom pasienter. Videre erstatter ikke teknologien klinisk og erfaringsbasert kompetanse, men skal sees som et

supplement til denne. Selv om tidligere forskning viser varierende effekt av venevisualisering ved PVK innleggelse, beskriver Bittencourt et al. (2025) et tydelig kunnskapshull når det gjelder voksne pasienter med vanskelig intravenøs tilgang. Studien presenterer ingen egne resultater, men understreker behovet for videre forskning i definerte pasientgrupper.

I klinisk praksis ved vår kreftpoliklinikk erfarer vi imidlertid at bruk av AccuVein ofte bidrar til høyere suksessrate ved første stikk, særlig hos pasienter med skjøre eller lite synlige vener etter langvarig behandling. Dette kan indikere at teknologien har større klinisk nytte i spesialiserte settinger med høy forekomst av vanskelig intravenøs tilgang enn det eksisterende

Over tid har imidlertid kombinasjonen av oppvarming, stase, palpasjon og klinisk kompetanse, i samspill med venescanner, vist seg å være et effektivt hjelpemiddel. Fordelen er at vi oftere lykkes også der tradisjonelle metoder ikke er tilstrekkelige.

Pasientperspektivet

I Gjerde et al. (2021) beskrives etablering av perifer venetilgang som en kompleks sykepleiefaglig oppgave som involverer både teknisk ferdighet, klinisk vurdering og ivaretagelse av pasientens opplevelse. Studien viser at vanskelig venevei, smerte og tidligere negative erfaringer kan påvirke pasientens trygghet og tillit til prosedyren. Dette er særlig relevant i et onkologisk sykepleierperspektiv, der mange pasienter mottar intravenøs behandling over lang tid. Erfaringer fra kreftpoliklinikken viser at gjentatt venepunksjon og behandling med vevstoksiske cytostatika ofte fører til stivere og mer skjøre vener, noe som kan gjøre prosedyren både mer smertefull og belastende for pasienten.

For denne pasientgruppen kan hvert nytt innstikk vekke uro og forventning om smerte, og mislykkede forsøk kan oppleves som både fysisk og emosjonelt belastende. I et pasientorientert sykepleierperspektiv er det derfor sentralt å begrense antall stikk og ivareta pasientens verdighet og opplevelse av kontroll. Bruk av AccuVein kan i denne sammenhengen bidra til mer presist venevalg ved å visualisere tilgjengelig venevei der tradisjonelle metoder er utilstrekkelige. Dette kan redusere antall innstikk, forebygge ekstravasasjon og styrke pasientens opplevelse av trygghet og forutsigbarhet.

For enkelte pasienter kan gjentatte mislykkede forsøk på perifer venetilgang føre til vurdering av mer invasive løsninger, som perifert innlagt sentralt kateter (PICC-line eller Veneport) eller annen sentralvenøs tilgang. Selv om sentralvenøse kateter er nødvendige og hensiktsmessige i mange behandlingsforløp, er de også forbundet med risiko for infeksjon, trombose, mekaniske komplikasjoner og økt behov for oppfølging. Anleggelse av sentralvenøs tilgang kan i tillegg oppleves som belastende for pasienten og fungere som en tydelig påminnelse om sykdommens alvor.

Erfaringene fra vår kreftpoliklinikk viser at bruk av AccuVein, i kombinasjon med sykepleierens kliniske vurdering, kan bidra til å forlenge bruken av perifer venetilgang hos pasienter med vanskelig venevei. Ved å lykkes med PVKinnleggelse på første eller få forsøk kan behovet for mer invasive løsninger i enkelte

tilfeller utsettes eller unngås. Dette kan oppleves som en betydelig gevinst for pasienten, både ved at behandlingen gjennomføres med et mindre invasivt inngrep, og ved at pasienten opplever større grad av kontroll og normalitet i behandlingssituasjonen.

I et pasientorientert perspektiv kan dette bidra til økt trygghet, redusert frykt og mindre prosedyrrelatert belastning. Når AccuVein inngår som et støtteverktøy i en relasjonell og pasientsentrert sykepleiepraksis, kan teknologien bidra til å ivareta pasientens verdighet, trygghet og mestring i en sårbar livssituasjon. Erfaringene fra pasientene ved vår poliklinikk etter innføring av venescanner har så langt vært utelukkende positive.

Konklusjon

Bruken av AccuVein venescanner i onkologisk sykepleie kan bidra til mer presis venepunksjon, redusert antall mislykkede forsøk og en forbedret pasientopplevelse. Dette er særlig viktig for kreftpasienter som utsettes for gjentatte venepunksjoner og behandling med vevstoksiske legemidler over tid.

Når teknologien benyttes som et supplement til sykepleierens kliniske vurdering og integreres i en pasientsentrert og relasjonell praksis, kan den bidra til å ivareta både pasientens fysiske og emosjonelle behov. Vi mener at AccuVein er et viktig støtteverktøy som kan styrke faglig forsvarlig praksis når det brukes riktig. Samlet sett kan venescanner sees som et verdifullt supplement i onkologisk sykepleie, med potensial til å fremme kvalitet, trygghet og verdighet i pasientforløpet. ●

Kilder

- Bahl, A., Johnson, S., Alsbrooks, K., Mares, A., Gala, S., & Hoerauf, K. (2021). Defining difficult intravenous access (DIVA): A systematic review. *Journal of Vascular Access*, 24(6), 904–910. <https://doi.org/10.1177/11297298211059648>
- Bittencourt, I. S., Santos, L. M., Kusahara, D. M., & Avelar, A. F. M. (2025). AccuVein® versus traditional clinical methods in successful intravenous catheterization in adults: A randomized trial protocol. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 46, e20240146. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240146.en>
- Gjerde, E., Moen, A., & Henni, S. (2021). Sykepleierens erfaringer og utfordringer med perifer venekanylering. *Sykepleien Forskning*, 16, e86808. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.86808>
- SantosCosta, P., PaivaSantos, F., Bernardes, R. A., Sousa, L. B., SalgueiroOliveira, A., Vieira, M., & Graveto, J. (2023). Difficult intravenous access in older adults with cancer. In *Gerontechnology V*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29067-1_24
- AccuVein Inc. (u.å.). *Brukerhåndbok AccuVein*.

Zejula
niraparib

GSK

ANNONSE



Zejula er godkjent og refundert i 1L behandling ovariekreft uavhengig av BRCA og HRd status.¹⁻⁵**



Sluttanalyse for PRIMA-studien hos høyrisikopasienter i 1L:⁶

Andel pasienter som oppnådde 5 års PFS* (deskriptiv ad hoc analyse):

- 35 % i niraparibgruppen mot 16 % i placebogruppen hos HRd** pasienter
- 22% i niraparibgruppen mot 12 % i placebogruppen i totalpopulasjonen

*Progression-free survival, **Homologous recombination deficient
PRIMA-studien møtte ikke sekundære endepunktet for total overlevelse (OS)⁶



6 års sikkerhetsdata i PRIMA bekrefter kjent sikkerhetsprofil, hvor de mest alvorlige bivirkningene var trombocytopeni og anemi⁶



For å lese PRIMA-studien scan QR-koden

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Indikasjoner

Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekreft, kreft i eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) etter fullføring av førstelinje platinabasert kjemoterapi.

Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, høygradig serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Kontraindikasjon

Amning

Forsiktighetsregler

Hematologiske bivirkninger (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytverdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukjentlig overvåking av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocytverdiene brukes med forsiktighet. *Tilfeller av myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML)* har blitt observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier

Referanser: 1. ZEJULA (niraparib). Summary of Product Characteristics. 2. <https://myemotoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-3>. 3. <https://myemotoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-3-revurdering>. 4. <https://myemotoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-3>. 5. https://myemotoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%2012122022_Protokoll.pdf. 6. Monk BJ, Barcena-Ginesta MP, Pothuri B, Vergote I, Graybill W, Mirza MR, et al. Niraparib first-line maintenance therapy in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer: final overall survival results from the PRIMA/ENGOT-OV26/GOG-3012 trial. *Ann Oncol*. 2024; doi: 10.1016/j.annonc.2024.06.2241.

GSK

©2025 GSK or licensors.
Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
PM-NO-NRP-ADIVR-250001 Januar 2025



Zejula
preparatomtale

25 år med kreftomsorg

Fredag 13. februar markerer Avdeling for kreft og lindrende behandling i Nordlandssykehuset 25 år. – Mye har skjedd på disse årene.



Ida Kristin Dølmo
Kommunikasjonsrådgiver,
Nordlandssykehuset

Det sier avdelingsleder og spesialist i onkologi Astrid Dalhaug ved Avdeling for kreft og lindrende behandling, Medisinsk klinikk.

Hun vandrer gjennom de lyse gangene i fjerde etasje ved Nordlandssykehuset Bodø sammen med enhetsleder Sølvia Laksosnes ved Enhet for blodsykdommer og kreft. Samtlige behandlingsrom er fylt med pasienter som får medikamentell kreftbehandling eller er i samtale med helsepersonell som jobber ved avdelingen.

– Vi gikk fra å være tre ansatte i 2001, til en avdeling med flere enheter og i overkant 60 ansatte tilknyttet vår drift, forteller Laksosnes.

Stort team med kunnskap

14. februar 2001 tok Enhet for blodsykdommer og kreft, den gang EKLB, imot den første kreftpasienten. Avdelingen består i dag av fem enheter: Enhet for blodsykdommer og kreft (EBK), Enhet for stråleterapi, Palliativt team, Kreftleger og Vardesenteret. Det er en stor gruppe med ansatte som jobber tett sammen: leger, sykepleiere, stråleterapeuter/radiograf, fysikere, psykolog, fysioterapeut, helsesekretærer, prest og ernæringsfysiolog.

– Det er viktig å få til et godt arbeid som team rundt pasientene, forteller de.

Nordlandssykehuset gir et tilbud til pasienter i dekningsområdet til Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, totalt cirka 215 000 innbyggere.

– Vi har et nært samarbeid med UNN og lokalsykehusene. Primærhelsetjenesten er også viktig for pasientene og oss, og her vil vi spesielt trekke fram kommunale kreftsykepleiere og kreftkoordinatorer.

Stadig utvikling

Avdelingen er et dagtilbud og har primært polikliniske pasienter. Kreftavdelingen er den største brukeren av pasienthotellet Zefyr.

I 2025 hadde Enhet for blodsykdommer og kreft totalt over 11 000 konsultasjoner ved poliklinikken og det ble gitt cirka 3 400 cellegiftkurer. Ved Enhet for stråleterapi var det cirka 4 500 fremmøter fordelt på vel 400 pasienter.

– Fagområdet onkologi er i stadig endring og nye behandlinger blir ofte tilgjengelig. Volumet har økt, og kompleksiteten har økt. Vi henger med i svingene; vi endrer og tilpasser oss hele tiden. Det sier noe om tempoet og utviklingen, sier Laksosnes.

Nesten 350 000 mennesker i Norge har eller har hatt kreft. Over 38 000 fikk kreft i 2024, og hvert år dør 11 000 mennesker av ulike former for kreft. I dag lever tre av fire nordmenn fem år eller mer etter en kreftdiagnose. Det er dobbelt så mange som for 50 år siden, viser tall fra Kreftregisteret.

– Kreft har blitt en mer kronisk sykdom. De fleste blir friske av kreft, og mange lever ganske godt med sin sykdom og behandling, sier Dalhaug.



Foto: Kaiku Health

– Vi erfarer stadig oftere at vi starter behandling på en pasient, og ett år senere er retningslinjene helt annerledes, og vi kan gi pasienten en ny og bedre behandling. Det kommer muligheter og alternativer der vi tidligere kanskje ikke hadde mer behandling å tilby. Det er utrolig motiverende, legger Laksosnes til.

Digital oppfølging

Palliativt team gir et tverrfaglig tilbud til pasienter med kreft, men også til pasienter med andre sykdommer med begrenset levetid.

Vardesenteret er et møtested for pasienter og pårørende som er rammet av kreft, og er et partnerskap med Kreftforeningen. Her finnes aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring.

– Vår avdeling har en stadig søken etter hvordan vi kan bli bedre. Det er blant annet gjort et stort arbeid for å kunne gi tilbud om digital- og persontilpasset oppfølging med systemet Kaiku, forteller Dalhaug.

Forskning og digitale konsultasjoner

De siste årene har Nordlandssykehuset bygget opp infrastruktur for å kunne tilby kliniske kreftstudier til pasienter.

– Dette ble mulig da vi ble tildelt 4,2 millioner kroner fra Kreftforeningen i 2022. Onkolog Bård Mannsåker var prosjektleder, og vi har nå to dyktige studiesykepleiere, samt nye lokaler.

Under og etter koronapandemien har poliklinikken blitt gode på digitale konsultasjoner, blant annet opp mot lokalsykehusene.

– Pasienten møter da opp på sin lokale kreftpoliklinikk, og hen får da videokonsultasjon med lege i Bodø. Lokal kreftsykepleier er med i samtalen, og pasientene får ha med pårørende om de ønsker. Andelen digitale konsultasjoner er cirka 30 prosent.

Flere muligheter for pasienten

Avdelingen har flere ansatte med doktorgrader (PhD) og mastergrad og bi-stillinger ved UIT Norges arktiske universitet. Årlig utgår det cirka 20 publikasjoner fra avdelingen, spesielt fra Carsten Nieder, fagansvarlig lege ved Enhet for stråleterapi/professor II.

– Enheten er kommet langt i hvordan pasienter kan tilbys ny strålebehandling ved behov, selv om de tidligere har fått stråling i samme område, sier avdelingslederen.

Den største utfordringen avdelingen har hatt og ser for fremtiden, er det å vokse i takt med behovet. Det er spesielt et stort behov for flere legespesialister.

– Vi er for få spesialister i dag og det gir en belastning på våre leger. Rekrutteringen til fagområdet har bedret seg noe og vi håper og tror at det blir bedre spesialistdekning innen noen år.

25-årsjubileet markeres for avdelingen og inviterte gjester fredag 13. februar med fagseminar og festmiddag. ●

Ingen gate glemmt siden 1956



70 år med omsorg – og 50 år med palliativ hjemmetjeneste

Fransiskushjelpen fyller 70 år i år. I rundt 50 av disse har vi jobbet med hjemmetid og hjemmedød i Oslo og vært en støttespiller for alvorlig syke pasienter og pårørende i eget hjem. Her er historien om hvordan det hele startet – og hvordan organisasjonen ser ut i dag.



Ola Ødegaard
Kommunikasjonsrådgiver
Stiftelsen Fransiskushjelpen
(Foto: Fransiskushjelpen)

På begynnelsen av 50-tallet møttes en gruppe kvinner i den katolske menigheten tilhørende St. Hallvards kirke i Oslo. De la merke til økende sosial nød i området og bestemte seg for å gjøre noe med det. I samarbeid med menigheten sendte de ut et skriv til samtlige katolikker i Oslo-området hvor de redegjorde for planene og oppfordret folk til å melde seg som frivillige. Tilslutningen var stor, og i januar 1956 åpnet Fransiskushjelpen i Urtegata 29, med Brita Paus som leder og Frans av Assisi som inspirasjon.

Pionértiden

Fra et bord i menighetslokalet organiserte de hjelp til syke, eldre enslige og andre trengende. De satte opp et barnevaktsystem som kunne trå til når unge familier trengte akutt bistand, og de hadde et team bestående av lege, prest, jurist, sykepleier og sosialkurator som kunne

hjelpe og rådgi folk i knipe. På den tiden fantes det enda ikke noe offentlig hjemmehjelpstilbud i Oslo kommune.

I 1966 fikk Fransiskushjelpen egne lokaler i den nye St. Hallvard kirke på Enerhaugen. Man gikk også bort fra prinsippet om at alle hjelpere skulle være trosfeller. Samme år startet de opp med julaften-arrangement og gavet til trengende.



Facsimile med Brita Paus. (Foto: Fransiskushjelpen)



Fransiskushjelpens Frivillige tjenester består i dag av rundt 200 frivillige og 6 ansatte koordinatore. (Foto: Fransiskushjelpen)

To år senere – i skyggen av sykehuskrisen – ble det etter sterkt press fra Brita Paus og Fransiskushjelpen fattet vedtak i Oslo kommune om å opprette en nødhjelp for akutt syke når sykehusplass ikke kunne skaffes. Nødhjelpen, som var en forløper til våre palliative tjenester, besto av betalte medarbeidere fra Fransiskushjelpen, Falken Redningskorps og Oslo Legevakt. Fransiskushjelpen var dermed blitt til to enheter; den opprinnelige Besøkhjelpen og Nødhjelpen. Året etter uttalte Brita Paus følgende til VG, etter å ha blitt nominert til årets navn: «Det beste som har skjedd i året som gikk? At viljen til å hjelpe andre vokser. Responsen vi får fra stadig flere som viser medmenneskelig kjærlighet.»

1. oktober 1977 utvidet man Nødhjelpens oppgaver til å også omfatte omsorg for alvorlig syke og døende, og Pleietjenesten ble dermed etablert. Britas mann, Bernhard, jobbet som lege i oppstartsfasen – på tampen av en lang og innholdsrik karriere som overlege og sykehusdirektør. Fransiskushjelpen regnes i dag som pionér innen palliativ behandling i Norge.

I 1986 startet vi opp et pilotprosjekt sammen med Kirkens Bymisjon – Sorgtjenesten. I dag har vi Nordens

største sorgstøttetjeneste med over 25 aktive sorggrupper og vi arrangerer sorgkaffe flere ganger i måneden.

Våre øvrige frivillige tjenester består av Besøktjenesten som kobler eldre enslige med frivillige besøksvenner, samt Familiehjelpen, som tilbyr praktisk og sosial støtte til barnefamilier der en av omsorgspersonene er alvorlig somatisk syk. Den frivillige hjelper til med å opprettholde rutiner og hverdagsaktiviteter basert på familiens behov, med barna i fokus. Totalt teller vår avdeling for frivillighet omkring 6 fast ansatte koordinatore og 200 frivillige hverdagshelte.

Utover 2000-tallet ble Fransiskushjelpen utvidet med Gatetjenesten, som senere utviklet seg til å bli til Sykepleie på hjul – et lavterskeltilbud som gir oppsøkende, livsviktig helsehjelp til menneskene i Oslos rusmiljø. Med tillit som verktøy er hovedmålet skadereduksjon, og å tette gapet i levealder mellom mennesker i rusmiljøet og befolkningen for øvrig. Skadereduksjon er et betydelig skritt i retning mot rusmestring, bedre helse, verdighet og økt sosial inkludering. Sykepleie på hjul jobber fra en bil, og har både ansatte og frivillige sykepleiere. De er alltid to på jobb, og bilen kan treffe pasientene hjemme eller på gata. Avdelingen samarbeider tett med Oslo kommune og med andre ideelle aktører.

Arven etter Brita

Brita Paus døde i 1998 i eget hjem, pleiet av Fransiskushjelpen den siste tiden. Hun gikk av fem år tidligere etter 37 år som ulønnet leder. Hun var nådeløs i sin radikale, kompromissløse nestekjærlighet, og kjempet for at man alltid skulle se medmennesket i enhver situasjon. Hun handlet og var et sant forbilde som har satt dype spor i samfunnet, også rent fysisk; Brita og Bernhard fikk 6 barn og 23 barnebarn. Hennes eldste datter Lucie, som blant mye annet har vært ordfører i Enebakk kommune, sier følgende: – Mens jeg jobbet i politikken traff jeg flere andre parlamentarikere som husket mor godt og skrøt av innsatsen hennes. Blant annet Eldrid Nordbø, en sentral skikkelse i «kvinnekuppet» på 70-tallet, en periode kvinnene endelig begynte å gjøre seg bemerket i styre og stell i Norge. Vi var også alle veldig stolte da Kong Olav snakket om Fransiskushjelpen i sin nyttårstale i 1988.

Også barnebarna har engasjert seg i familiearven. Jakob Grova forteller:



Sykepleie på hjul gir oppsøkende helsehjelp på gata i Oslo.
(Foto: Leikny Havik Skjærseth)



Fra Juleaksjonen. (Foto: Fransiskushjelpen)



Anne Kristine Espegren. (Foto: Fransiskushjelpen)

«... – Rett etter at mormor døde i 1998, da var jeg 30 år, tilbrakte jeg en god del tid med fetterne mine. Vi kalte det «mormors måned» og trengte litt tid sammen. Vi hadde alle sammen minner om at vi var med og pakket gaver og kjørte ut dem ut i jula som barn sammen med mormor, det var sterke opplevelser (...). Så vi tok initiativ til å gjenoppta tradisjonen i samarbeid med Fransiskushjelpen, og allerede samme jula var vi i gang. Den gangen var det rimelig smått – jeg tror vi ga ut rundt 30 bærepøser. I dag er det et langt mer omfattende prosjekt med rundt 100 involverte fettere, kusiner og frivillige, og like mange mottakere. Juleaksjonen har vært gjennomført hvert år siden 1998, selv under covid.

Å dø hjemme – slik støtter vi pasient og familie

– I dag har Fransiskushjelpens palliative tjenester i hjemmet rundt 20 ansatte bestående av sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeut, lege, frivillige, samt pensjonerte sykepleiere i ekstravakter, forteller fagansvarlig sykepleier Anne Kristine Espegren. – Vi utfører tjenesten gjennom en rammeavtale med Oslo kommune, og alle kan henvises. Det vil si at pasienter og pårørende selv kan ta kontakt med oss for å skrives inn.

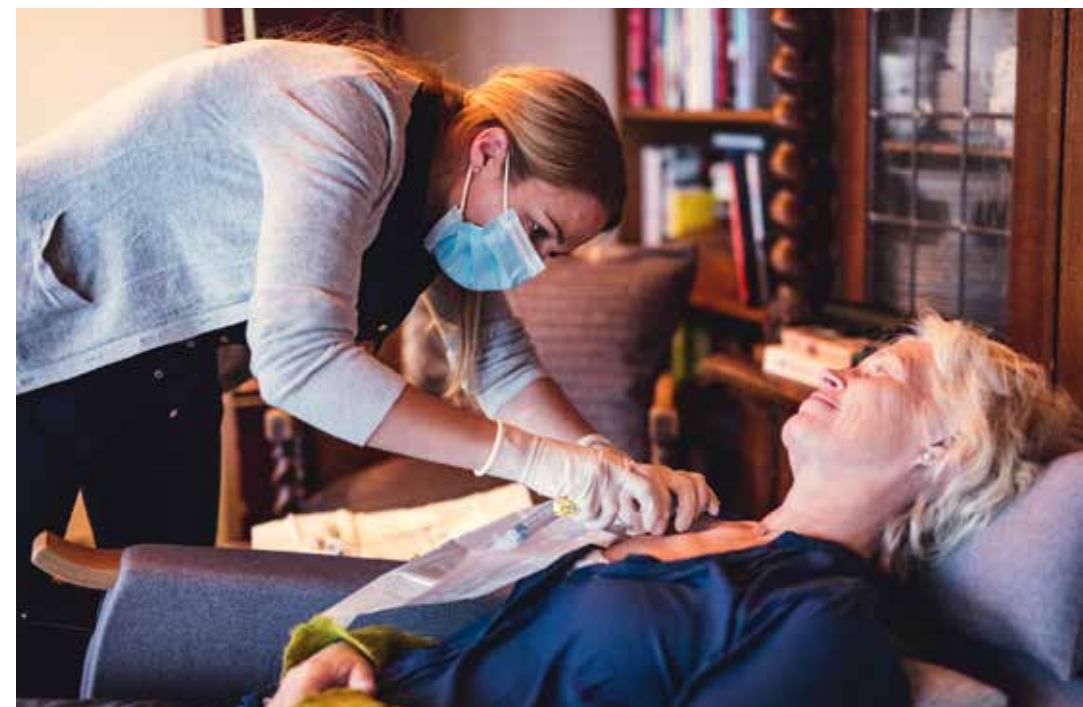
Vi har cirka 400 innskrevne pasienter i året, hvorav rundt 130 dør i eget hjem. Siden 2018 har vi vært diagnose- nøytrale. Selv om vi har katolske røtter, er det viktig for oss å understreke at Fransiskushjelpen er for alle – uavhengig av tro, bakgrunn, kjønn, legning eller sosial tilhørighet.

Arbeidsdagen hos oss starter med morgenmøte og rapport, hvor alle sykepleierne går gjennom pasienter og fordeler

pasientbesøk og oppgaver. På dagtid svarer koordinerende sykepleier på telefonen, sørger for god flyt og holder oversikt over aktuelle pasienter. Kl.15.30 går en av sykepleierne på bakvakt. Det innebærer at man reiser hjem fra jobb med tjenestebil, medisiner og utstyr og kan kontaktes på vakt-telefon frem til neste dag. Vi erfarer at det skaper trygghet for både pasient og familie, og for hjemmesykepleien som kan ringe oss for råd og veiledning.

Sykepleier i bakvakt reiser ut der det er behov for tilsyn eller ny vurdering. Det er ikke alltid man har klart å være i forkant, og da hender det at vi har kontakt med vår rådgivende lege. Utkall på bakvakt er ofte knyttet til oppstart av medisiner subkutan eller der det har skjedd endringer litt brått. Det kan være behov for vurdering der man er usikre på om det er riktig å være hjemme, men det kan også være at vår tilstedeværelse trygger situasjonen.

Våre helsefagarbeidere får vakter hos pasientene, både på



Palliative tjenester. (Foto: Fransiskushjelpen)

dagtid og på natt. Målet er å bidra til trygghet, samt å gi avlastning til pårørende i en krevende situasjon. Sykepleier i bakvakt har kontakt med helsefagarbeiderne før de går på nattevakt, slik at de er godt forberedt på det de møter. Ofte har helsefagarbeiderne kontakt med hjemmesykepleien for å avklare behovet for samarbeid gjennom natten.

Å være oppmerksom på den enkelte pasientens behov og ønsker, relasjoner, samt oppfølging av pårørende – også etter dødsfall – er viktige faktorer for å kunne levere god støtte til mennesker i krevende livssituasjoner. Nært og tett samarbeid med øvrig helsepersonell er også avgjørende, slik at både pasienter og pårørende ikke får for mange å forholde seg til, avslutter Espegren.

Noen vitnesbyrd

Karen M. Riddervold, som snart har 30 års erfaring i vårt palliative team, skrev blant annet følgende i dette magasinet for omkring ti år siden:

Ettersom en alvorlig sykdom utvikles, vil en persons familie og øvrige nettverk ha en stadig viktigere rolle. Nye funksjoner for familien inkluderer blant annet emosjonell støtte for pasienten, bidrag med å fatte riktig beslutning med hensyn til behandling, og etter hvert overtakelse av beslutninger. Familien får økende tilstedeværelse og ofte

mange pleieoppgaver. Dette er roller som alle familie-medlemmer ikke nødvendigvis er komfortable med. Kontinuerlig kommunikasjon og informasjon er avgjørende for familier for å kunne takle det som kan være en forvirrende tid. Familier bør betraktes som en viktig ressurs for pasientene. Det er viktig å avklare i hvilken grad de er i stand til, og villige til, å delta i omsorg. De har behov for veiledning om hvordan de kan bidra, så vel som å klare å forstå utviklingen av sykdommen. De må balansere mellom ulike roller og dilemmaer. Forskning viser at en stor del av pårørende opplever depresjon og søvnforstyrrelse. Det er viktig at også de får tid til å sette ord på tanker og bekymringer. Pårørende er tross alt den avgjørende faktoren for at pasientene kan være hjemme. Det er derfor viktig at de blir sett og hørt av oss.

Karens betraktninger stemmer godt overens med Kyrre Birkelands erfaringer som pårørende, da han mistet kona Vanja til kreft:

Fransiskushjelpen kom inn i bildet etter et møte med kreft-koordinatoren i bydelen, siden vi etterspurte helsehjelp hjemme da det strammet seg til. Vi var nok litt skeptiske i starten – vi ønsket ikke noe religiøst – men vi ble forklart at det ikke var noe å bekymre oss over, og at vi burde prøve dem for vi eventuelt prøvde noe annet.



Palliative tjenester. (Foto: Line Dybwad-Olsen)



Palliative tjenester. (Foto: Fransiskushjelpen)

Solveig Øiestad, Generalsekretær i Fransiskushjelpen.
(Foto: Fransiskushjelpen)

Døden – ikke lenger tabu?

Generalsekretær Solveig Øiestad får siste ord:

I 70 år har Fransiskushjelpen hjulpet, lindret og vært til stede for oslofolk som befinner seg i livets vanskelige faser. Gjennom alle tjenestene våre går vi dit ingen andre går. Det er viktig for oss å kunne gi nok tid til pasientene og brukerne våre, og det er viktig for meg å understreke at vi er til for alle. De siste årene har vi observert en viktig dreining i samfunnet: det åpnes stadig opp for samtaler om døden – et av våre siste tabuer. Vi ønsker ikke bare disse samtalene velkommen, vi tar en aktiv del i denne utviklingen gjennom prosjektet «Åpenhet om døden», som er et viktig satsingsområde for oss de neste årene:

En buss er kjøpt inn og bygges om etter våre tegninger. Bussen blir et mobilt formidlingsrom som ved hjelp av kunst og teknologi skal by på teater, film, interaktivitet og samtaler. Målet er å gjøre særlig yngre folk bedre rustet til å møte tap, død og sorg.

Bussens stoppesteder vil være skoler, offentlige rom, institusjoner og festivaler. Aller første stopp blir Arendals-uka – midt på torget. Ses vi der?

Til sist vil vi benytte anledningen til å takke for det gode samarbeidet med alle dyktige helse- og omsorgsarbeidere og kollegaer der ute som vi treffer gjennom jobben vår. Med arven fra Brita og inspirasjonen fra Frans vil vi sørge for at ingen gate blir glemt – heller ikke de neste 70 årene. ●

var fast gjest hos dem hver jul, og Bernhard og Brita var naturligvis med da vi feiret fars 60-års dag i 1997.

En annen årsak til at jeg begynte å jobbe her ligger også langt tilbake i tid. Jeg opplevde mors kreftsykdom og bortgang på 80-tallet. Da var jeg 16 år, søstrene mine var 12 og 8. På den tiden ble ting lagt lokk over, og det var en forferdelig opplevelse og et vondt minne. Da min far lå for døden i 2018 tenkte jeg at nå må vi trekke inn Fransiskushjelpen.

Fars kone var redd og usikker. Vi visste at far helst ville være hjemme, så da jeg skjønte at han kun hadde dager igjen å leve, fikk jeg lov til å flytte inn hos dem, samtidig som «englene» fra Fransiskushjelpen kom og hjalp oss.

Fars død ble en helt annen opplevelse enn da mor døde. Det ble så godt for oss alle å få oppleve avslutningen på denne måten. Barn og barnebarn satt hos ham da han gikk bort. Da vi tok farvel med sykepleieren den siste dagen, sa jeg til henne at de fikk ringe hvis de trengte ny lege. På denne tiden hadde jeg en 85% stilling på et sykehjem og ledig kapasitet. Tre uker senere ringte de da Pleietjenesten plutselig trengte vikar for legen de hadde hatt i over 10 år, og siden har jeg vært her. Det føles fint og riktig å være legen her nå, forteller hun smilende.

– Pappaen min, som jeg var veldig glad i, døde dagen etter at jeg fylte 25 år. Jeg bodde hos ham da fordi han hadde vært dårlig en stund. Da begravellesbyrået dro av gårde med ham, satt jeg igjen litt som et spørsmålstegn – hva skjedde nå, liksom? Det var ikke noe tilbud om å ha ham hjemme for å stelle ham eller gi et siste farvel på en verdig måte. Men det har jeg tatt med meg! Nå får jeg lov til å kunne gi den tryggheten og kunne støtte pårørende gjennom å si at «her er det lov å ta det rolig, det er ingenting som haster». Døden er jo ikke farlig, den kommer til oss alle sammen. Vi er der så lenge pårørende ønsker det, så er vi der for dem og med dem, stiller med dem og skaper en verdig ramme for alle involverte.

For legen vår Anja Lee, var det både skjebnesvangre sammentreff og hendelser som gjorde henne til en naturlig del av Fransiskushjelpen:

Min far (mange husker ham som nudelkongen «Mister Lee»), som var koreaner, kom bort fra familien sin under krigen i Korea. Tilfeldigheter og flaks førte til at han som skadet 13-åring ble plukket opp og behandlet av et knippe norske kirurger som jobbet i NORMASH-leiren.

En av disse var Bernhard Paus, mannen til Brita, som i 1953 fikk ham til Norge fordi han trengte mer avansert behandling. 17 år gammel kom han derfor til Norge, og siden hadde han tett kontakt med familien Paus. Han

◀ Siden Vanja ønsket å være hjemme så lenge som mulig, bestemte vi oss for å forsøke, og det viste seg å bli kjempepositivt for oss begge. Jeg hadde frem til da tatt på meg en del oppgaver som man rett og slett ikke skal gjøre som ektemann. Det er visse ting man skal overlate til helsetjenesten og de som kan det. Det var ikke noe gøy for noen av oss, Vanja var helt fortvilet, og verdigheten forsvant. Han sa det så fint, sykepleieren deres som kom hjem til oss: «Kyrre, det er vi som er sykepleiere. Du skal konsentrere deg om å være ektemann.»

Med den tilnærmingen følte Vanja på en mye større grad av verdighet og jeg fikk en pust i bakken. Som ektemann og nærmeste pårørende påtar man seg selvsagt alle mulige oppgaver, også de mest private. Det var derfor en enorm lettelse både for min kone og meg da Fransiskushjelpen kom inn og tok over disse oppgavene. De gode samtalene underveis var også unikt og til veldig god hjelp for oss begge. Dere vil alltid ha en spesiell plass i mitt hjerte, og jeg er evig takknemlig for hjelpen og støtten vi fikk.

For flere medarbeidere i Fransiskushjelpen har personlige, vonde erfaringer med nærståendes død tidligere i livet muligens vært en medvirkende årsak til at de har søkt seg til oss. Tidligere nattevakt og helsefagarbeider (nå pensjonert ekstravakt) Nancy, forklarer:

«SFK gjør det enklere å være kreftpasient i Agder»

– 25 år med kompetanse, kvalitet og omsorg



Birgit Helen Skogmo

Avdelingssjef Senter for Kreftbehandling,
Sørlandet sykehus
(Foto: privat)

I år markerer **Senter for kreftbehandling** på Sørlandet sykehus (SFK) sitt 25årsjubileum. Det er et kvart århundre preget av høy faglighet, tverrfaglig samarbeid og et sterkt engasjement for pasientene. Da senteret ble etablert var visjonen klar: *SFK skal gjøre det enklere å være kreftpasient i Agder*. I dag står denne visjonen sterkere enn noen gang.

Historie og oppstart

Historisk hadde det lenge vært underforbruk av stråleterapi i norsk kreftomsorg. Spesielt gjaldt dette når behandlingen hadde palliativ målsetning. Agder var ikke noe bedre. Årsaken var todelte: Manglende kapasitet sentralt i helseregionen, og drøye reiseavstander til hovedstaden. Mot slutten av 1980-tallet begynte derfor sentrale helsemyndigheter å lufte tanken om desentraliserte tilbud. Man kalte det «strålesatelitter». Dette ble raskt grepet tak i på Sørlandet sykehus, og i «Plan for videreutvikling av kreftomsorgen i Vest-Agder» i 1992 ble det formulert to hovedområder: Stråleterapi og Lindrende behandling.

Fra midten av 1990-tallet skjøt planen om en strålesatellitt i Kristiansand fart. Under planleggingen var det litt usikkert om staten ville finansiere innkjøp av dyre strålemaskiner, og derfor ble det opprettet en lokal «Stråleaksjon», som via diverse arrangementer og kanaler sto for innsamling av flere millioner kroner. Februar 2001 var bygget – kun en etasje foreløpig –

klart, og den første pasienten fikk sin strålebehandling ved SFK. Poliklinikker for medikamentell kreftbehandling, inkludert hematologi, ble lokalisert under samme tak. Dette var en milepæl som markerte starten på et fullverdig lokalt tilbud, muliggjort av mange som jobbet mot samme mål.

Palliasjon har vært en sentral del av tilbudet. Lindrende team kom på plass i 2003, og lindrende sengepost åpnet i 2007. Strålemaskinene ble likevel statlig dekket, og i samråd med Stråleaksjonen ble pengene omdirigert til etablering av lindrende behandling. Her kom også Kristiansand Sanitetsforening på banen, og avdelingen mottok samlet en gave på 20 millioner kroner øremerket bygg. Dermed var 2. etasje og Lindrende enhet en realitet.

Utviklingen og ansvaret i hele Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF)

Siden åpningen for 25 år siden har SFK utviklet seg til et moderne og sterkt fagmiljø med ansvar for mesteparten av all ikkekirurgisk kreftbehandling ved SSHF. Desentralisert strålebehandling ble raskt en suksess. Fra å være på nasjonalt bunnivå i bruk av stråleterapi steg Agder til toppnivå i løpet av kort tid. Og slik har det blitt værende.

Som kjent består SSHF av tre lokasjoner; Flekkefjord, Kristiansand og Arendal. Fra å ha onkolog en dag i måneden i Arendal fra 2004, dekker avdelingen i dag 8 dagsverk i øst. I Flekkefjord har avdelingen et veilednings- og supervisjonsansvar for leger og sykepleiere tilknyttet onkologi, og pasienter fra vest kommer også til SFK. SFK har vokst fra 25 ansatte i 2001 til rundt 120 ansatte i dag. Utviklingen har vært preget av ny



År 2000, det bygges et nytt senter for kreftbehandling i Agder.
(Foto: Privat)

teknologi, nye behandlingsformer og organisering, og ikke minst et engasjert fellesskap som samarbeider tett for å gi en trygg og persontilpasset behandling.

I Kristiansand har medikamentell kreftbehandling økt fra rundt 750 kurer i 2001 til om lag 6 700 i fjor, og bare i løpet av de siste par årene har aktiviteten i poliklinikken økt med 20%. De siste fem årene har poliklinikken vært delt inn i diagnosespesifikke team, og hvert team har en fagansvarlig onkolog og en koordinerende sykepleier.

Forskningsenheten er en integrert pilar i vår avdeling. Gjennom årene er det blitt bygd opp en infrastruktur med biobank, kliniske databaser og en klinisk utprøvningsenhet med 4-5 studiesykepleiere. De jobber strukturert og effektivt med deltakelse i kliniske studier som kommer våre pasienter til gode. I underkant av 30 publikasjoner har utgått fra SFK de siste 7 årene, og kurven peker oppover. Flere av våre overleger er i et PhD-løp eller i postdoktorstilling. Nærhet og korte linjer mellom enhetene og til sykehuset ellers gjør SFK til en unik avdeling med helhetlig og sammenhengende pasientforløp.

Stoltheten og fortsettelsen

SFK er i dag et komplett senter med stråleterapi, medikamentell kreftbehandling innen onkologi og hematologi, lindrende enhet og forskningsenhet – og er en av de største kreftavdelingene i regionen etter Oslo universitetssykehus (OUS).



I starten var det meningen at Lindrende skulle være en egen avdeling, men avdelingen ble raskt slått sammen med Senter for Kreftbehandling og ble hetende Lindrende enhet. Skiltet er blitt værende fra den gang. (Foto: Privat)

Frivillighet har i alle år vært innlemmet i driften av avdelingen. Sanitetsforeningen og Odd Fellow-losjen har bidratt til kafedrift, mat og det lille ekstra for pasientene i hele avdelingen. Det har vært en uvurderlig del av helheten.

Bak utviklingen står engasjerte mennesker i et dedikert fagmiljø, som hver dag gjør sitt beste for pasientene: leger, sykepleiere, stråleterapeuter, fysikere, sekretærer, frivillige og mange flere – alle bidrar til at SFK er et senter preget av kvalitet hvor vi alle jobber sammen for pasienten.

Som ellers i landet, vet vi at aktiviteten innen kreftbehandling vil fortsette å øke i årene som kommer. Flere vil trenge vår kompetanse og flere vil være avhengige at vi leverer personifisert diagnostikk og behandling. Det krever noe av oss. Vi må fortsette å investere i kompetanse, i tverrfaglighet, i frivillighet, i psykologisk trygghet og gode arbeidsmiljø. Vi må være åpne for nye måter å jobbe på, og vi må ta i bruk mer teknologi der den gir verdi.

Vi vil takke gode kolleger i hele helseregionen og i eget foretak. OUS har gjennom alle år vært en trygg og god samarbeidspartner, og det regionale samarbeidet sikrer videreutvikling og deling av kompetanse til beste for pasientene i hele Agder. Kolleger i Sørlandet sykehus har sammen med SFK-ansatte vært med å bygge og forme SFK gjennom 25 år. Sammen fortsetter vi arbeidet med en visjon som står sterkt, men som nå er ytterligere spisset. Fra «SFK skal gjøre det enklere å være kreftpasient i Agder» til en visjon som forplikter oss enda mer: SFK gjør det enklere å være kreftpasient i Agder. ●

Når livet blir snudd på hodet:

Identitet hos unge voksne menn etter kreftbehandling

Unge mannlige kreftoverlevende (18–39 år) beskriver en tydelig identitetsendring etter avsluttet behandling: mindre kapasitet, endrede verdier og et behov for tid, aksept og støtte for å skape et 'nytt normalt liv'. Artikkelen bygger på funn fra en kvalitativ studie med 12 norske menn. Den synliggjør kreftsykepleieres viktige rolle knyttet til tidlig kartlegging av identitets- og mestringsutfordringer, samt i systematisk tilrettelegging for likemanns- og profesjonell støtte.



Glenn Fletcher

Psykolog, Senter for krisepsykologi,
Universitetet i Bergen



May Aa. Hauken

Professor, Senter for krisepsykologi,
Universitetet i Bergen

Bakgrunn

Kreft i ung voksen alder er relativt sjelden, men byr på særegne medisinske og psykososiale utfordringer. I Norge utgjør menn i alderen 18–39 år bare rundt 2.8% av nye krefttilfeller¹, men konsekvensene av sykdom og behandling kan være omfattende og langvarige siden behandlingen ofte er multimodal, langvarig og hard.² For unge voksne rammer kreft midt i overgangen til høyere utdanning, arbeidsliv og familieetablering, en fase der selvstendighet, autonomi og identitet er under utvikling.^{3–5} Identitet kan defineres som summen av erfaringer, verdier, egenskaper og tilhørigheter som former selvforståelsen og

gjør deg til den du er. Agency–communionteorien viser at identitet utvikles gjennom balansen mellom å være et målrettet og handlende individ (agency) og å være et relasjonelt menneske preget av omsorg, samarbeid og tilhørighet (communion).⁶ Kreft og kreftbehandling kan forstyrre begge dimensjonene, og påvirke både selvforståelsen og identitetsutviklingen.^{7,8}

Generelt er det gjort lite forskning på unge voksne kreftoverlevende (UVK) og identitet, der forskningen domineres av kvinnelige deltakere. Tidligere forskning dokumenterer imidlertid at UVK strever med en rekke

senfølger etter behandlingen, som for eksempel fatigue og andre fysiske seneffekter, kognitive vansker, angst, depresjon og redsel for tilbakefall, arbeid/utdanning, økonomi, relasjoner, seksualitet og fertilitet.^{3, 4, 9, 10} Alle disse faktorene kan påvirke UVKs identitetsutvikling negativt og underbygge opplevelsen av å være annerledes enn jevnaldrende.^{11, 12, 13} Både kvinnelige og mannlige UVK synes å oppleve identitetsendringer, der unge kvinner fokuserer mest på sosial identitet (communale verdier), mens menn synes å fokusere mer på autonomi og måloppnåelse (agency verdier).⁶ Forskning på mannlige UVK viser at de har spesielle utfordringer knyttet til infertilitet, emosjonelt stress, følelse av utilstrekkelighet, sosial tilbaketrekning og økt selvmordsfare.^{13–16} Mer kunnskap om hvordan mannlige UVK erfarer og forstår endringer i egen identitet etter endt kreftbehandling er imidlertid ønskelig for å sikre god oppfølging.

Metode

Et kvalitativt, fortolkende design ble brukt for å utvikle

klinisk relevant kunnskap om mannlige UVKs erfaringer med egen identitet etter endt kreftbehandling. Her ble 12 mannlige UVK (23–39 år), som var minimum seks måneder etter behandlingsslutt, rekruttert via pasientorganisasjoner. Intervjuene ble gjennomført digitalt av førsteforfatter og varte mellom 29–73 minutter. Intervjuene ble analysert ved hjelp av Systematisk tekstkondensering for å identifisere temaer og underordnede mønstre. Prosjektet ble vurdert av REK (ref. nr. 812837), godkjent av SIKT for personvern (ref. nr. 244519) og registrert i UiB systemet RETTE (ref. no S3700).

Studiens funn

Analysen av intervjuene identifiserte én overordnet erfaring: 'en endret og modnet identitet'. Kreftforløpet, sammen med den naturlige modningsprosessen, hadde flyttet grenser for hva som var mulig i hverdagen, der deltakerne beskrev både tap og vekst. Tre hovedtema med tilhørende undertemaer utdypet disse erfaringene som vist i Tabell 1 og beskrevet under.



Illustrasjonsfoto: Copilot

←

OVERORDNET TEMA: EN ENDRET OG MODNET IDENTITET	
Hovedtema	Deltema
1. «Jeg føler meg som en gammel mann»	1a) «Kapasiteten min er ikke i nærheten av det den var» 1b) «Jeg har mistet mye, og fremtiden er sårbar»
2. «Verdiene og perspektivene mine har endret seg»	2a) «Jeg måtte tilpasse meg et nytt liv» 2b) «Jeg har akseptert den nye virkeligheten»
3. «Jeg har noen råd og gi»	3a) «Du er ikke alene – snakk med noen» 3b) «Det tar tid å heles»

Tabell 1: Studiens samlede funn

Tema 1: «Jeg føler meg som en gammel mann»

Alle informantene fortalte om fysiske, kognitive og/eller sosiale begrensninger etter end kreftbehandling. Tretthet, redusert utholdenhet og konsentrasjonsvansker gjorde at mange måtte planlegge alle aktiviteter, prioritere hardere og ofte unngå situasjoner som tidligere ga energi, som for eksempel trening, sosialt samvær eller fullt arbeid/studier. Flere beskrev at hverdagslige oppgaver tok mer tid og krefter, og at tap av ‘det gamle nivået’ utfordret selvbildet som kapabel og uavhengig. En deltaker sa det slik: *‘Jeg hadde leilighet, jobb og lønn før jeg ble syk. Alt gikk på skinner. Etterpå føltes det som å være en bestefar som trenger hjelp.’* (Peter). Dette temaet ble videre utdypet gjennom to deltema.

Det første undertemaet ‘Kapasiteten min er ikke i nærheten av det den var’ viste at mange opplevde at selv om de opplevde bedring over tid, var nivået fortsatt lavere enn før, særlig knyttet til utholdenhet, daglig fungering, hukommelse og konsentrasjon og sosialt overskudd. Peter sa det slik: *«Jeg har ikke i nærheten av den kapasiteten jeg hadde før. Det vil gjerne bli bedre, men jeg tviler på det.»* Dette skapte en spenning mellom ønsket identitet (‘den jeg var’) og den erfarte identiteten nå.

Det andre deltemaet ‘Jeg har mistet mye, og fremtiden er sårbar’, uttrykte sorg over tapt funksjon, utseende og tidligere livsprosjekter, samt usikkerhet om arbeidsevne, parforhold og fertilitet. Samtidig beskrev noen deltakere hvordan nye interesser og fellesskap kunne skape mening og ny tilhørighet, for eksempel å finne en annen hobby eller et nytt nettverk. Nicholas illustrerte dette slik: *«Alt ble snudd på hodet (...), men jeg har funnet en ny lidenskap – snowboarding. Jeg føler at jeg har mistet fotballen, men at jeg har fått et større nettverk og en annen lidenskap.»*

Tema 2: «Verdiene og perspektivene mine har endret seg»

Kreften og kreftbehandlingen medførte at deltakerne måtte tenke gjennom hva som virkelig betydde noe i livet. Flere fortalte at de gikk fra høyt tempo og prestasjon til mer vekt på nærhet, kvalitetstid og små hverdagsøyeblikk, som for eksempel evnen til å dusje uten problemer, lage middag med en partner, eller orke en rolig søndagstur. *«Jeg fikk et nytt perspektiv på livet. Små ting som en tok for gitt før sykdommen. Så enkelt som å kunne dusje uten problemer.»* (Ethan). Dette temaet ble videre utdypet gjennom to deltema.

Det første deltemaet ‘Jeg måtte tilpasse meg et nytt liv’ viste at deltakerne måtte tilpasse seg et liv ut fra egne begrensninger. Mange klarte ikke å fullføre utdanningen, arbeide fulltid eller nå tidligere mål, noe som igjen påvirket deres identitet. Strategier som kalendere, lage lister med gjøremål og ha en tydelig struktur i dagliglivet ble viktige for å håndtere kognitive utfordringer. Videre beskrev deltakerne at det å justere ambisjoner var nødvendig for å beskytte selvfølelsen og opplevelsen av mestring, de måtte sette listen lavere, feire små steg og tåle at ting tar tid. Michael reflekterte: *«Verdier ble målt i materialistiske ting ... og få en karriere-opp og fram. Nå er verdiene målt mer gjennom fine øyeblikk.»*

Det andre deltemaet ‘Jeg har akseptert den nye virkeligheten’, viste at deltakerne etter hvert aksepterte sin egen situasjon. Aksept ble beskrevet som en aktiv prosess: å erkjenne begrensninger, men samtidig lete etter nye rom for mestring og mening. Alfred delte: *‘Jeg har lært å være tålmodig. Det er frustrerende, men små skritt framover er veien tilbake.’* Aksept handlet ikke om å gi opp, men om å justere kursen slik at identiteten igjen kunne kjennes hel og sann.

Tema 3: «Jeg har noen råd å gi»

Det tredje hovedtemaet viste at mennene opplevde kreftdiagnosen og behandlingen som en livsrenderende prosess, preget av dype refleksjoner og bruk av ulike mestringsstrategier. Samtidig uttrykte de at de satt inne med verdifulle erfaringer som kreftoverlevende, og endring av identitet som andre unge menn i samme situasjon kunne ha nytte av. Deltakerne delte særlig to råd, identifisert som deltema.

Det første rådet mennene gav var: ‘Du er ikke alene – snakk med noen.’ De undertrykte betydningen av samtaler med andre unge menn som har hatt kreft som gav gjenkjenning, normalisering og fellesskap. Mange opplevde at venner og familie ikke helt kunne forstå deres situasjon, men at likemenn kunne tilby noe unikt. Tony sa: *«Snakk med noen. Prøv å uttrykke følelsene dine. Du er ikke alene ... Å snakke med noen [likemenn] gjør at det ikke følelse like urettferdig og vite at andre har følt det samme».* Profesjonell støtte ble også framhevet som essensielt for å bearbeide vonde følelser, uro og identitetsendringer.

Det andre rådet deltakerne gav var: ‘Det tar tid å heles.’ Flere deltakere beskrev at de følte press både fra seg selv og omgivelsene om rask retur til jobb eller studier. De erfarte imidlertid at for tidlig opptrapping ofte medførte krasj og tilbakeslag. De anbefalte derfor andre mannlige UVK å ta seg tid til å tenke gjennom mål og verdier på nytt, prøve ut nye roller gradvis og la både kroppen og hodet henge med i denne prosessen. Ethan sa det slik: *‘Ikke stress med å skynde deg tilbake for raskt. Bruk tiden til å tenke på hva du vil med livet og hva du liker å gjøre. Prøv å gjøre noe meningsfullt.»* De fleste deltakerne beskrev rehabiliteringen etter behandlingen som en langvarig prosess som kunne strekke seg over måneder og år. Den ble ofte opplevd som både tung og håpløs, og deltakerne understreket betydningen av tålmodighet, håp og det å rette oppmerksomheten mot små, positive framskritt.

Diskusjon

Denne studien utforsket hvordan mannlige UVK opplever sin identitet etter kreftbehandling. Funnene viser at kreft førte til en identitetsendring preget av både økt modenhet og en metaforisk følelse av å ha blitt «gammel». Deltakerne rapporterte redusert fysisk, kognitiv og sosial kapasitet, der fatigue og kognitive vansker var særlig hemmende for arbeid, utdanning, sosialt liv og daglige aktiviteter. Dette er viktige elementer i identitetsutvikling og sentrale milepæler i

ung voksen alder.^{3, 17} I tråd med tidligere forskning,¹⁸ sammenlignet mange av deltakerne livet før og etter kreft og strevde med å gjenvinne normalitet. Forskning viser at redusert handlekraft og agentiske trekk som kompetanse og selvstendighet kan bidra til identitetsforstyrrelse, der kreftbehandlingen kan endre både selvpoppfatning og livshistorien.^{6, 7 19.} I likhet med tidligere forskning,¹⁶ uttrykte deltakerne at infertilitet var en stor og gjennomgående bekymring, der de var usikre på om de kunne bli fedre og frykt for avvising. Til tross for de beskrevne utfordringene og mange tapene deltakerne beskrev, utviklet mange en dypere verdsetting av hverdagsøyeblikk og relasjoner. Dette samsvarer med tidligere forskning, der UVK både kan erfare mange tap og samtidig oppleve vekst og nyorientering.^{7 20} Når kapasiteten ble redusert, beskrev deltakerne at tidligere verdier ble vanskelig å opprettholde, der de la mer vekt på relasjonelle kvaliteter. Her var aksept av egen situasjon avgjørende for en god tilpassning til livet etter behandlingen.

I tråd med tidligere forskning,⁵ følte mange av deltakerne seg isolert etter endt behandling, der manglende forståelse fra nettverk og helsepersonell forsterket opplevelsen av å føle seg annerledes og ha tilhørighet. Opplevelse av tilhørighet er grunnleggende i identitetsutvikling.⁶ I ettertid anerkjente deltakerne dette og anbefalte at andre mannlige UVK oppsøker kontakt med menn i samme situasjon, oppfordret til dialog og gradvis vende tilbake til hverdagen for å unngå misforhold mellom fysisk kapasitet og mentale forventninger.

Kliniske implikasjoner og videre forskning

Funnene fra denne studien viser at det er viktig at (kreft) sykepleiere kartlegger hvordan unge menn påvirkes i identitet, mestring og hverdagsliv gjennom sykdom og behandling. Kartleggingssamtalene bør inneholde emner som energi, kognitiv funksjon, sosial deltakelse, arbeid eller studier, seksualitet, fertilitet og psykisk helse. Sorg over tap av tidligere liv og funksjon bør normaliseres, samtidig som pasienten støttes i å finne en hensiktsmessig balanse mellom aksept og aktiv mestring. Justering av mål og forventninger må formidles som en adaptiv strategi, ikke som resignasjon.

Funnene viser også at tilgang til profesjonell hjelp og likepersonsstøtte er særlig betydningsfullt, der digitale møteplasser kan være et nyttig supplement. Kreftsyekepleiere kan også bidra til struktur og energiøkonomi gjennom aktivitetsplaner, prioritering og pauser, samt støtte en



gradvis og koordinert tilbakeføring til jobb eller studier. Samtaler om kroppsbilde, seksualitet og fertilitet bør tas opp proaktivt, og pårørende involveres når det er ønsket. Fremtidig forskning bør undersøke hvordan ulike behandlingsforløp påvirker identitet over tid og utvikle bedre verktøy for å kartlegge identitetsrelaterte tema i klinisk praksis.

Konklusjon

Studien viser at unge voksne menn gjennomgår en betydelig identitetsendring etter kreft, preget av økt modenhet og endrede verdier. Begrensninger i fysisk, kognitiv og sosial funksjon forstyrrer mål og ambisjoner som førte til en overgang fra agentiske til mer relasjonelle kvaliteter. Aksept av den nye virkeligheten og det å gi slipp på «livet før kreft» var avgjørende for tilpasning. Identitet handler både om hva vi kan (agency) og hvem vi hører sammen med (communion). Når kreft og behandling reduserer kapasitet og skaper avstand til jevnaldrende, kan begge sider bli utfordret. I studien beskrev mennene at agentiske kvaliteter som styrke, kontroll og målrettethet ble svekket, samtidig som relasjonell tilhørighet kunne bli vanskelig når man ikke lenger holdt samme tempo som venner eller kolleger. Samtidig fant flere ny mening i nettopp det relasjonelle, som kvalitets-tid, fellesskap og å bidra for andre, som en vei til å bygge en 'modnet' identitet. Deltakerne fremhevet også betydningen av å snakke med andre, særlig likemenn eller helsepersonell, for å bearbeide følelser og reflektere over prioriteringer. Tid til justering ble sett som essensielt, der de til slutt erfarte en endret og modnet identitet.

Takk

Denne artikkelen bygger på originalartikkelen: Fletcher, G. F; Hauken, M.Aa.: "Life gives you a lemon, you make lemonade": a qualitative study of identity among young male adult cancer survivors. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 2025: 151:287. DOI: 10.1007/s00432-025-06317-4. Link til fulltekst: s00432-025-06317-4 (2).pdf
Forfatterne retter en varm takk til alle deltakerne som generøst delte sine erfaringer. Deres åpenhet og innsikt har vært avgjørende for å utvide vår forståelse av hvordan mannlige kreftoverlevende opplever og navigerer sin identitet. Vi takker også Kreftforeningen og Ung Kreft for viktig støtte i rekrutteringen. ●

Referanser

1. Cancer Registry of Norway. *Cancer in Norway 2024 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2025.
2. Trama A, Lasalvia P, Stark D, et al. Incidence and survival of European adolescents and young adults diagnosed with sarcomas: EURO-CARE-6 results. *European Journal of Cancer*. 2025;217.
3. Altherr A, Bolliger C, Dyntar D, et al. Education, employment, and finances in adolescent and young adult cancer survivors - a systematic review. *Swiss Medical Weekly*. 2022;152:105.
4. Arem H, Duarte DA, White B, et al. Young Adult Cancer Survivors' Perspectives on Cancer's Impact on Different Life Areas Post-Treatment: A Qualitative Study. *Journal of Adolescent & Young Adult Oncology*. 2024;13(5):748-759.
5. Hauken MA. *The cancer treatment was only half the work. A mixed Method study of rehabilitation among young adult cancer survivors* [Article based]. University of Bergen: Department of health promotion and development, University of Bergen; 2014.
6. Abele A, Wojciszke B (eds). *Agency and communion in social psychology*. Routledge; 2019.
7. Hauken MA, Grue M, Dyregrov A. "It's been a life-changing experience!" A qualitative study of young adult cancer survivors' experiences of the coexistence of negative and positive outcomes after cancer treatment. *Scand J Psychol*. Sep 10 2019.
8. Stone DS, Ganz PA, Pavlish C, Robbins WA. Young adult cancer survivors and work: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*. Dec 2017;11(6):765-781.
9. Coffman EM, Smitherman AB, Willis EA, Ward DS, Tate DF, Valle CG. Frailty and comorbidities among young adult cancer survivors enrolled in an mHealth physical activity intervention trial. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2025;19(1):54 EP - 65.
10. Brock H, Richter D, Geue K, Mehnert-Theuerkauf A, Sender A. Characteristics and challenges of young adult cancer survivors. *Onkologie*. 2021;27(8):777 EP - 782.
11. Park C, Zlateva I, Blank T. Self-identity After Cancer: "Survivor", "Victim", "Patient", and "Person with Cancer". *Journal of General Internal Medicine*. 2009;24:430.
12. Morris BA, Lepore SJ, Wilson B, Lieberman MA, Dunn J, Chambers SK. Adopting a survivor identity after cancer in a peer support context. *Journal of Cancer Survivorship*. Sep 2014;8(3):427-436.
13. Dalton KL, Garland SN, Miller P, Miller B, Ambrose C, Wassersug RJ. Factors Associated with "Survivor Identity" in Men with Breast Cancer. *Current Oncology*. Jun 2021;28(3):1696-1705.
14. Dødsårsaksregisteret. *Kreft er nå hyppigste dødsårsak i Norge*. Oppdatert 20.12.2018. *Lest 14.08.2019*. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
15. Dax V, Ftanou M, Tran B, et al. The impact of testicular cancer and its treatment on masculinity: A systematic review. *Psycho-Oncology*. 2022;31(9):1459-1473.
16. Ussher JM, Perz J. Infertility-related distress following cancer for women and men: A mixed method study. *Psycho-Oncology*. 2019;28(3):607-614.
17. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*. 2000;55(5):469-480.
18. Kumar AR, Schapira L. The impact of intrapersonal, interpersonal, and community factors on the identity formation of young adults with cancer: a qualitative study. *Psychooncology*. Oct 19 2013;22(8):1753-1758.
19. Baker KS, Toogood AA, Hawkins M, Nathan PC. Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Late Effects of Treatment. In: Bleyer A, Barr R, Ries L, Whelan J, Ferrari A, eds. *Cancer in Adolescents and Young Adults*. Cham: Springer International Publishing; 2017:687-710.
20. McDonnell GA, Pope AW, Schuler TA, Ford JS. The Relationship Between Cancer-Related Worry and Posttraumatic Growth in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Psychooncology*. May 29 2018;0.



Det skal lønne seg å jobbe for fellesskapet!

DU SOM JOBBER I DET OFFENTLIGE, har en av landets beste pensjonsordninger. Den skaper sikkerhet for deg og dine den dagen du skal ta ut pensjon, men også om noe skulle skje med deg.

Men, livet skal også leves nå! Derfor får du som har pensjon i KLP hele 20 % lavere pris på forsikringer,

og ekstra god boliglånsrente - fra 4,69%.

Finn ut hvor mye du kan spare på å flytte boliglånet eller forsikringene dine til oss - på **kfp.no**.



www.kfp.no/aktuelt/se-dine-muligheter

*Lån 2 mill o/25 år, effektiv rente fra 4,69 % (nominell rente 4,55 %). Kost kr 1 364 546. Totalt kr 3 364 546.

kfp
Kommune- og helse-Norges
eget pensjonsselskap

Hverdagsblikk



FSK Danmark.

Landskursus i kræftsygepleje Legoland - Danmark

Åshild og Anne-Britt fra landsstyret var gjester på FSK Landskursus i Legoland i november. Tema for konferansen var «Når kræftdiagnosen stilles...». Det var gode foredrag som belyste dette viktige tema fra ulike ståsted. Konferansen arrangeres årlig og det deltok 130 deltagere. I Danmark er det bestyrelsen i FSK som arrangerer konferansen. De har ikke lokallag, men SIG grupper som kvalme, fatigue, seneffekter og seksualitet. Disse hadde work-shop så det var mulig å bli bedre kjent med flere. Kl 20.59 under festmiddagen (1 fredag i november) slippes Årets Tuborg julebrygg. Om morgen dag to starter alltid med dansk tradisjon som er morgensang. Det var to flotte dager sammen med våre danske venner. •

Tekst og bilde: Anne Britt Hauge og Åshild Knatten



Foto: Berit Synnøve Molnes Bringsli

OLE-nettverket ved NTNU Ålesund

Fredrik som er kreftsykepleier og sitter i hovedstyret til Kreftsykepleierne NSF, ble innvitert til å besøke Ole-nettverket ved NTNU i Ålesund.

Ole-nettverket jobber med å rekruttere og beholde mannlige studenter, da det er få mannlige søkere til sykepleierutdanningen og frafallet underveis i studiet er større blant mannlige studenter enn blant kvinnelige studenter. Sykepleie blir fortsatt sett på som et feminint yrke, og mange mannlige studenter blir møtt med ulike

fordommer når de forteller at de studerer sykepleie. De møtes også av forventninger om at de da skal jobbe innenfor det akutte eller i psykiatrien. Pensum litteraturen er svært kjønnsstereotypisk, og de møter få mannlige lærer. Mangelen på mannlige rollemodeller og fellesskap i sykepleierutdanningen kan påvirke både motivasjon og trygghet i hverdagen og det kan være vanskelig å finne sin identitet som fremtidig sykepleier. På bakgrunn av behovet for å beholde menn i sykepleierutdanningen startet vi på NTNU i Ålesund opp OLE-nettverket. Nettverket er et tiltak for å vise at menn har en plass i sykepleieryrket, og at det trengs et mangfold blant helsepersonell. Alle mannlige studenter på sykepleierutdanningen blir invitert inn for å delta i nettverket. Nettverket har en arbeidsgruppe som består av to studenter fra hvert studieår, og de arrangerer to til tre nettverksmøter i semesteret. Møtene er både faglige og sosiale, og studentene blir kjent på tvers av hvor langt de har kommet i studieforløpet. Studentene kan diskutere fag og utveksle erfaringer. Nettverksgruppen inviterer inn mannlige sykepleiere, som jobber innen ulike fagfelt for å vise frem bredden og alle valgmulighetene man har innenfor yrket. Yrket er mye mer enn blålys og psykiatri, det er et hav av muligheter, og som en student sa; «Du kan få jobb overalt på hele jorda». •

Tekst: Gunhild Thunem

LOKALLAG AGDER

Vårsmøtet 19. mars samlet minst 30 engasjerte kreftsykepleiere fra Øst og Vest i Agder til en innholdsrik og inspirerende kveld på UiA i Grimstad. Kvelden bød både på faglig påfyll, gode refleksjoner og viktige organisatoriske avklaringer for veien videre.

Et sentralt høydepunkt var foredraget om hematologiske kreftpasienter ved Hematolog Silje Beate Holck-Steen som ga økt innsikt i både nye behandlingsmuligheter og de komplekse utfordringene denne pasientgruppen står i. I tillegg fikk vi nyttige perspektiver på hvordan vi som sykepleiere kan bistå mennesker som lever med lange behandlingsforløp etter en kreftdiagnose – et tema som engasjerte og skapte gode samtaler.

Årsmøtet markerte også et viktig skifte, med valg av nytt styre. Det nye styret består av: Tirza Elisabeth Gilbu Skreosen (leder), Kirsten Tingstveit Omholt (kasserer),



Foto: Jannicke Rabben

Karina Snemyr, Reidun Abelsæth, Ane Moseid-Vårhus, Hafdis Helgadottir og Kari Johannessen.

Det nye styret er bredt sammensatt og representerer kreftomsorgen fra A til Å. Vi ser frem til å videreføre det gode arbeidet i lokallaget, med fokus på faglig utvikling, relevante møteplasser og styrking av kreftsykepleiernes rolle i helsetjenesten.

Takk til alle som deltok og bidro til en lærerik og hyggelig kveld! •

Tekst: Tirza Elisabeth Gilbu Skreosen



Foto: Dagmar Moseby



Foto: Helene Hansen

LOKALLAG ØSTFOLD

Lokallaget Østfold arrangerte fagkveld 8.april i Tune Rådhus. På denne fagkvelden ønsket vi å ha fokus på «hjelperne». De som står i mange menneskemøter og som håndterer kriser og utfordringer i ulike livsfaser og sykdomsforløp! Vi hadde et flott innlegg av sykehusprest Maria Lorentzen-Spydevold, som gav både bekreftelse og inspirasjon til arbeidet vårt. Vi fikk også gleden av å få tre musikkinnslag av Eline Smith, som er utdannet sykepleier og musikkterapeut i Fredrikstad kommune. Det ble en vellykket kveld, med rundt 30 fremmøtte! ●

Tekst: Helene Hansen, lokallagsleder, Kreftsykepleierne NSF Østfold

LOKALLAG VESTLAND

Lokallaget Vestland hadde fagkveld og årsmøte torsdag 12. mars. Therese Varga hadde eit sterkt foredrag «Toner og tekst som berører mitt hjerte, mitt sinn, mitt liv. En hjelp». Rundt 20 deltok fysisk i Bergen, noen i Førde og noen digitalt. Etter det faglige innlegget var det årsmøte hvor to gikk ut av styret og to nye kom inn. Blant disse er fem fra Bwergen og to fra Førde. Styremedlemmene er representert både fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelse-tjenesten og akademia. Vi ønsker de lykke til med det viktige lokallagsarbeidet. ●

Tekst og bilde: Anne Britt Hauge



HelseKlok - et bidrag til helsekompetansevennlige tjenester

HelseKlok er et formidlingskonsept utviklet i Pasientbibliotekene og Seksjon for helsekompetanse ved Oslo universitetssykehus, og er et konkret bidrag i arbeidet med å utvikle mer helsekompetansevennlige tjenester. Hensikten er å gjøre helseinformasjon mer tilgjengelig, forståelig og relevant for pasienter og pårørende.

Konseptet omfatter podkaster og ulike formidlingsarenaer som tar utgangspunkt i pasienters behov for kunnskap i møte med sykdom og behandling. Innholdet utvikles i samarbeid med fagpersoner og brukerrepresentanter (pasienter og pårørende), og bygger på prinsipper for kunnskapsbasert praksis og klarspråk.

Bokbad med forfattere og skjønnlitteratur som tematiserer erfaringer med sykdom er et eksempel på en formidlingsarena HelseKlok leverer. Gjennom samtaler med forfattere og refleksjon rundt skjønnlitterære fortellinger åpnes det for gjenkjennelse, innsikt og nye perspektiver. Dette kan utfylle den medisinske informasjonen og ivaretar eksistensielle og menneskelige sider ved sykdom.

For pasienter med langvarige sykdom og deres pårørende kan helseinformasjon oppleves som omfattende og helse-systemet vanskelig å orientere seg i. HelseKlok skal bidra til å gjøre dette mer håndterbart og tilgjengelig i pasienter og pårørendes liv. Håp og mestring er viktige elementer i møte med diagnose og behandling, for å leve et godt liv med sykdom.

HelseKlok skal støtte pasienters mulighet til å delta i beslutninger om egen helse, og invitere pårørende til å være involvert i dialogen med helsepersonell. På den måten kan HelseKlok bidra til en mer helhetlig, tilgjengelig og likeverdig helsetjeneste. ●

Tekst: Linda Falch-Koslung



Logo HelseKlok.



Maya, lokallagsleder Trøndelag, Kristina, lokallagsleder Møre og Romsdal, Anne Britt fra hovedstyret og Sigbjørg, lokallagsleder Vestland. (Foto: Privat)

Kreftrehabilitering Tromsø

KreftREHAB 2026 ble arrangert i Tromsø 13. og 14. april, og byen viste seg fra sin beste side i strålende sol. Temaet var «fra utfordring til muligheter», og programmet bød på inspirerende foredrag fra mange engasjerte fagfolk. Flere nye digitale verktøy ble presentert, og deltakerne kunne velge mellom 29 presentasjoner i parallellsesjoner. Da Helsedirektoratet presenterte status for Pakkeforløp hjem, skapte det stort engasjement i salen. Kreftrehabilitering er et viktig satsingsområde i tiden fremover. Flere fra faggruppen vår var representert.

Tekst: Linda Falch-Koslund

KreftREHAB Tromsø.



Rocio Garrido, kreftkoordinator, Gjerdrum Kommune.
(Foto: Kjell Aasum)

Kafé OmSorg

Vår 2025 fikk Gjerdrum kommune sin egen sorgkafé: Kafé OmSorg. Prosjektet ble startet av Rocio Garrido, kreftkoordinator i Gjerdrum kommune, i samarbeid med diakonen i kommunen. Kafé OmSorg er et treffsted for de som har opplevd tap og er i sorg, har behov for å treffe andre i lignende situasjonen, og ønsker å forstå prosessen man går gjennom.

Kafé OmSorg finner sted på Kulturhuset i Gjerdrum en kveld i måneden. Hver kveld innledes med et aktuelt tema, og deretter åpnes det for refleksjon rundt bordene. Kaféen har siden oppstart fått stor interesse og engasjement. Programmet for hver sesong deles på Kreftforeningens nettsider.

Tekst: Rocio Garrido



Er du sykepleier med interesse for kreftsyepleie?

Bli medlem av Faggruppen for kreftsyepleiere 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 kreftsyepleie (arrangeres hvert annet år).
- Deltakelse på fagmøter, fagkvelder og andre lokale aktiviteter.
- Nyhetsbrev med aktuelle tema fra kreftomsorgen.
- Abonnement på tidsskriftet Kreftsyepleie.
- Assosiert medlemskap i EONS (rabatt ved deltakelse på ESMO/EONS-konferansen).



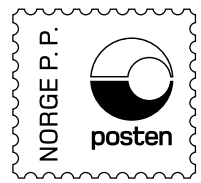
Scann QR-kode eller gå til:
<https://www.nsf.no/fg/kreftsyepleiere>

NSF's Faggruppe for kreftsyepleiere

@Nsfs_fks



KREFTSYKEPLEIERNE
NSF



Kunstverket «Midt i alt» av Åse Marie Fagervik

23. LANDSKONFERANSE I KREFTSYKEPLEIE

Clarion Hotel Trondheim // 22.-24. september 2027



KREFTSYKEPLEIERNE
NSF



NORSK SYKEPLEIERFORBUND