



# Kreftsykepleie

NR. 2-2014 • ÅRGANG 30

TIDSSKRIFT FOR KREFTSYKEPLEIERE



TEMA **Å leve videre  
etter kreftbehandling**

**Sykepleien**

**KREFTSYKEPLEIE** blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds faggruppe Forum for Kreftsykepleie, i samarbeid med Sykepleien. ISSN: 0804-0567

**ANSVARLIG UTGIVER**  
NSFs Faggruppe Forum for Kreftsykepleie  
v/leder Britt Ingunn Wee Sævig  
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

**REDAKTØR**  
Marte Wolden  
Tlf 95 04 61 21  
marte.wolden@gmail.com  
marte.wolden@stolav.no

**REDAKSJONSUTVALG**  
Marte Wolden, Åse Grøthe og Tanja Alme

**MEDELEMSANSVARLIG**  
Synøve Revling Holm  
Tlf: 61 17 23 86/jobb 45 21 44 31  
sy-holm@online.no

**ANNONSEANSVARLIG**  
Ellen Rosseland Hansen  
Tlf: 41 61 17 93  
ellen.rosseland.hansen@halden.kommune.no/elrh@halden.net

**HJEMMESIDE:**  
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere

**ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN**  
Barth Tholens  
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79  
barth.tholens@sykepleien.no

**DESKJOURNALIST**  
Johan Alvik  
Tlf. 92 60 87 06  
johan.alvik@sykepleien.no

**LAYOUT**  
Hilde Rebård Evensen  
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Monica Hilsen  
monica.hilsen@sykepleien.no

**TRYKK**  
Color Print A/S

**FORSIDEFOTO**  
Colourbox

**NESTE UTGAVE**  
25. september 2014

Signerte artikler står for forfatternes egen regning og ansvar.

**ANNONSEPRISER**

Størrelse	Enkeltann	Årsavtale*
1 1/2 side farge	kr. 12 000	kr. 35 000
1/1 side farge	kr. 8 000	kr. 25 000
1/2 side farge	kr. 6 000	kr. 15 000
1/4 side farge	kr. 4 000	kr. 10 000

\* Årsavtale gjelder for 4 utgivelser.  
Kontaktperson annonser: Sissel Hynne  
Moås, e-post: sissel.moaaas@hnt.no



# Innhold

NR. 2-2014



**24** **PROSTATAKREFT:** Bivirkninger påvirker samlivet.

«Jeg vil fortsette å sprengre grenser gjennom å prøve nye aktiviteter.»

Ingen grenser-deltaker Raymond Hoel, side 38

**10** **SENEFFEKTER:** Noen sliter etter behandling.



**4** Styremedlemmer og lokallagsledere

---

**5** **LEDER:** Britt Ingunn Wee Sævig

---

**6** Smånytt

---

**8** Aktuelle bøker

---

**9** **REDAKTØR:** Marte Wolden

---

**10** Seneffekter etter kreftbehandling

---

**16** Soling på 90-tallet kan gi kreft i dag

---

**18** Konsekvenser av gynekologisk kreft for seksualitet og kroppsbilde

---

**21** **TILBAKEBLIKK:** Strålebehandling i 1955

---

**22** Staten kjøper mer kreftutredning fra private

---

**24** Hverdagsliv med prostatakreft

---

**30** Hudkreft øker faren for annen kreft

---

**32** Brystkreftopererte kvinners kroppsførståelse

---

**38** Raymond Hoel vil sprengre grenser

---

**41** På plakaten

---

**43** E-sigaretter fører ikke til røykeslutt

---

**44** Bli medlem i Forum for Kreftsykepleie

---

# Lokallagsledere i Forum for Kreftsykepleie

## TROMS

Evelyn Karlsen  
eve-karl@online.no  
T: 91 80 21 90

## NORDLAND

Trude Kristiansen  
trude.merete.kristiansen@  
norlandssykehuset.no,  
tru – kri2@online.no  
T: arbeid 75534460/  
mobil 95170759

## MØRE OG ROMSDAL

### Sunnmøre

Tanja Yvonne Alme  
Hjemmesykepleien  
Sula kommune  
loevg@online.no

## SØR-TRØNDELAG

Ingrid Krokan Strømsnes  
Kreftavdelingen, St.Olav hospital  
ingrid.stromsnes@gmail.com

## NORD-TRØNDELAG

Anne Lise Olsen  
olsen-dama@hotmail.com  
fks-nordtrondelag@hotmail.no  
T: 90 54 32 36

## MØRE OG ROMSDAL

Kristiansund  
Laila Merethe Andersen  
laila.m.andersen@gmail.com  
T: arbeid 71 12 22 87/  
mobil 99 26 00 71

## ROGALAND

Marit Klævold  
marit-lerkeskogen36@  
hotmail.com, klma@sus.no  
T: arbeid 51 51 87 05/  
mobil 92 08 47 41  
privat 51 59 56 93

## HORDALAND

Anne Britt Hauge  
annebritt.hauge@  
bergen.kommune.no/  
britthaug@online.no  
T: 55 56 17 45  
mobil 41 44 99 46

## VESTFOLD

Karin Sjøe  
Sykehuset Vestfold  
karin.sjoe@siv.no  
T: 48 04 20 34

## TELEMARK

Anne Torill Tufte  
Palliativt enhet  
Sykehuset Telemark  
anne.torill.tufte@sthf.no

## AGDER

Pia Sætra  
pia.sattra@sshf.no/  
piasaetra@gmail.com  
T: 91 88 19 64

## OPPLAND OG HEDMARK

Gerd Ida Akeren Røste  
Kreftenheten Sykehuset  
Innlandet Hamar  
gerd.ida.roste@gmail.com  
T: 93 88 44 72

## SOGN OG FJORDANE

Berit Ullebust  
Førde kommune  
berit.ullebust@forde.  
kommune.no  
T: 90 64 17 04

## ØSTFOLD

Kine Torgersen  
Senter for lindrende behandling,  
sykehuset i Østfold  
kintor@online.no  
T: arbeid 69 86 12 08/69 86 12 11  
privat 69 32 88 87/99 47 59 76

## OSLO OG AKERSHUS

Eva Mari Alvestad Harboe  
Radiumhospitalet  
evamarialvestad@hotmail.com  
T: 22 93 53 37/  
mobil 92 06 97 07

## SIG-stamcelle-/ benmargstransplantasjon

Julia Vogel  
Radiumhospitalet  
julia.vogel@radiumhospitalet.  
no  
T: arbeid 22 93 43 37/  
mobil 93 40 56 55

## SIG-barn og ungdom

Britt Ingunn Wee Sævig  
Kreftforeningen  
Distriktskontor Vestlandet  
britt.ingunn.saevig@  
kreftforeningen.no  
T: 99 24 86 15

# Styremedlemmer i Forum for Kreftsykepleie

## LEDER

**Britt Ingunn Wee Sævig**  
Johannes Bruns gt 6, 5008 Bergen  
T: 99 24 86 15  
britt.ingunn.saevig@  
kreftforeningen.no

## NESTLEDER, NORDISK/ INTERNASJONAL KONTAKT

**OG STIPENDANSVARLIG**  
**Lillian Rolfsen Grønsund**  
Lyngvn 16, 4400 Flekkefjord  
T: 41 69 58 92  
lillian@norgespost.no  
Jobbadr: Onkologisk enhet, Sørland-  
det Sykehus, 4400 Flekkefjord

## KASSERER

**Mona Grytten**  
Eilert Sundtsgt 7, 0259 Oslo  
T: 98 80 72 56/arbeid 22 93 40 27  
monagrytten@gmail.com  
mog@OUS-hf.no  
Jobbadr: OUS, Poliklinikkens 1.etasje  
Montebello, 0310 Oslo

## SEKRETÆR

**Signe Øverland**  
Gauselkneiken 43, 4032 Stavanger  
T: 48 10 59 96  
signeoverland@gmail.com  
Jobbadr: Poliklinikk for  
blod- og kreftsykdommer,  
Stavanger Universitetssykehus

## REDAKTØR TIDSSKRIFT

**Marte Wolden**  
Biskop Sigurdsgt 6, 7042 Trondheim  
T: 95 04 61 21  
marte.wolden@gmail.com  
Marte.Wolden@stolav.no  
Ønsker å få all mailkorrespondanse  
tilsendt til begge adresser  
Jobbadr: Avd. for undervisning og  
forskning, Kreftklinikken, Kunns-  
kapsenteret, St.Olavs hospital,  
7006 Trondheim

## LOKALLAGSKONTAKT

**Kristin Bergum**  
Losveien 7, 9014 Tromsø  
T: 46 94 90 29  
kristin.bergum@tromso.  
kommune.no  
Jobbadr: Ørneveien 6, 9016 Tromsø

## REDAKSJONSUTVALG OG LOKALLAGSKONTAKT

**Åse Grøthe**  
Ø. Stadionv 76, 5161 Laksevåg  
T: 99 29 53 18/arbeid 55 97 26 29  
abjg@haraldsplass.no  
frisken@online.no  
Ønsker å få all mailkorrespondanse  
tilsendt til begge adresser  
Jobbadr: Haraldsplass Diakonale  
Høgskole, Ulriksdal 10, 5009 Bergen

## WEB ANSVARLIG

### OG MEDLEMSLISTEANSVARLIG

**Synøve Revling Holm**  
Skonhovdvn 275, 2827 Hunndalen  
T: 61 17 23 86/45 21 44 31/  
arbeid 61 15 78 36  
sy-holm@online.no  
Jobbadr: Palliativt team SIHF  
Gjøvik, Kyrre Greppsgt 11, 2815 Gjøvik

## VARAMEDLEM OG ANNONSEANSVARLIG

**Ellen Rosseland Hansen**  
Stenrødveien 2B, 1784 Halden  
T: 41 61 17 93  
ellen.rosseland.hansen@halden.  
kommune  
elrh@halden.net  
Ønsker å få all mailkorrespondanse  
tilsendt til begge adresser  
Jobbadr: Halden Sykehjem,  
Kjærlighetsstien 28, Halden

## VARAMEDLEM, REDAKSJONSUTVALG

**OG FACEBOOKANSVARLIG**  
**Tanja Yvonne Alme**  
Bulegane 21, 6030 Langevåg  
T: 95 16 06 42/arbeid: 70 19 82 14/  
90 70 97 85  
tanja.alme@sula.kommune.no  
tanja.alme@gmail.com  
Jobbadr: Sula kommune,  
Stadnesvegen 23, 6030 Langevåg

## VARAMEDLEM, KURS OG KONFERANSEKONTAKT

**Kari Tveit Haugland**  
5892 Storebø  
T: 95 83 88 69  
kari.haugland@austevoll.  
kommune.no  
Jobbadr: Austevoll kommune,  
5392 Storebø

LEDER:  
Britt Ingunn Wee Sævig



## Sammen skal vi løfte faget vårt

*«Det er ke våren du elska mest,  
men løftan som han gjer  
Om lyset fra ei sommarsol som aldri ska gå ner»  
(Halvdan Sivertsen)*

**I skrivende stund** er våren i anmarsj og den bringer med seg en lysere og varmere årstid for oss alle her i landet. Vi er heldige som bor i Norge med skiftende årstider og det gjelder å nyte de gode lange dagene som nå ligger foran oss. Det er jo gjerne denne årstiden som gir oss påfyll både fysisk og mentalt og nettopp de varme, solrike dagene gir oss overskudd når høsten igjen kommer tilbake. Derfor er det både viktig og lov å nyte denne tiden, være ute og «ikkje sova bort sumarnatta»

**Denne vinteren** har NSF særlig tydeliggjort sykepleiernes rolle som samfunnsaktør. I den forbindelse er det utarbeidet fem publikasjoner med politiske plattformer innen områdene Forskning; Folkehelse; Sykepleierutdanning; Innovasjon og tjenesteutvikling; Psykisk helse og rus og Ledelse. De ulike publikasjonene kan lastes ned <https://www.nsf.no/fag/publikasjoner>

**Det er viktige områder** som her belyses og vi i hovedstyret i FKS har diskutert hvordan vi som faggruppe skal være en tydelig samfunnsaktør.

Hvordan kan vi på best mulig måte være med å belyse de stadige medieoppslagene om alvorlig syke pasienter som sendes hit og dit i systemet fordi samhandlingsreformen ikke fungerer. Hvordan skal vi nå vårt hovedmål i handlingsplanen hvor vi skal «bidra til økt samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten for å bedre kvaliteten på tilbudet til kreftpasienter og deres pårørende.»

**I den politiske plattformen** fra NSF hvor «Innovasjon og tjenesteutvikling» belyses, står det innledningsvis at «utgangspunktet for denne plattformen er en anerkjennelse av behovet for å tenke på nye måter og utvikle nye tjenester, sam-

tidig som det er viktig å holde på kjernen i sykepleiefaget. Nytenkning og utviklingsarbeid må ha som mål å skape tjenester av best mulig kvalitet, med bedre pasientsikkerhet og økt tilgjengelighet, og involvere pasienter og pårørende.» Vårt arbeid som sykepleiere i kreftomsorgen er i stadig endring og jeg har tidligere vært inne på dette, at selv de små ting i løpet av en arbeidshverdag, er med på å forme vår identitet som sykepleier. Det er mange og gode grunner til å forstå at i en travel hverdag er det ikke alltid like lett og være den som skal påvirke gode løsninger og løfte det som ikke fungerer. Hver enkelt av oss har likevel plikt til å peke på de ulike problemstillinger, og sammen som faggruppe med over 1600 medlemmer, står vi enda sterkere når vi i fellesskap blir tydeligere samfunnsaktører.

**Videre i den samme plattformen** sier NSF at det «å skape en kultur for innovasjon vil si å gi oppmerksomhet til verdier, adferd og kunnskap som fremmer innovasjonsaktiviteter. En god innovasjonskultur kjennetegnes av evnen til å se et problem og erkjenne behov for omstilling, utvikle og ta i bruk nye løsninger, dokumentere og vurdere effekt og bidra til kunnskapsspredning.»

**Dine møter** med pasienter og pårørende, møtemøter i lokallagene, FKS sine facebook-grupper, gir oss alle mange og ulike arenaer til å være tydelige. Vi i hovedstyret inviterer dere alle til å komme med innspill og diskusjon for sammen å løfte faget vårt. Hva tenker du at vi som faggruppe skal jobbe med, hva er viktig ut ifra din hverdag?

Invitasjonen er herved gitt, vi ser frem til å høre fra dere – GOD sommer til dere alle!

*Britt Ingunn Wee Sævig*

LEDER FKS

## Vil skreddersy cellegiften

Cellegiftbehandling er i ferd med å endre seg radikalt takket være mer kunnskap om menneskets genetik. Vil dette gi morgendagens kreftpasienter økte muligheter for å bli kurert?



Ja, tror professor Per Eystein Lønning ved Universitetet i Bergen. Han forsker på cellegift-resistens og nye typer antihormonbehandling.

Målet for forskerne er å kunne tilby skreddersydd behandling til kreftpasienter.

Kilde: Forskning.no

## Kreft som barn

Barnekreft-overlevende vet lite om senskader av behandlingen. Kreft kureres hos åtte av ti barn og ungdom som rammes. Men hva skjer så? Vi vet for lite om hvilke seneffekter kreftpasienter får og hvordan de takles.

En studie som forskere ved Radiumhospitalet har gjort viste at 66 prosent av barnekreftoverlevende ikke visste noe som helst om risiko for seneffekter etter kreftbehandling.

Kilde: Forskning.no

### SMÅNYTT

## Satser 75 millioner

Kreftforeningen skal investere 75 millioner kroner i oppstarts-bedrifter som utvikler legemidler innenfor kreftområdet.

15 millioner kroner årlig over fem år skal Kreftforeningen investere i oppstartsbedrifter som utvikler legemidler og medisinsk teknologi innen kreftområdet.

– Mange ideer burde kommet lenger, men stranded i en fase mellom stopp på offentlige støtteordninger og akseptabel risikoprofil for investorer, sier Anne Lise Ryel, generalsekretær i Kreftforeningen.

Foreningens første investering er fire millioner kroner i Vaccibody, et legemiddelfirma som utvikler en vaksine som kan behandle forstadier til livmorhalskreft.

Kilde:rdn.no



## «Humor er den korteste avstanden mellom to mennesker.»

Victor Borge

## Ikke kreft av rødt kjøtt?



Helsemyndighetene mener vi bør begrense spising av rødt kjøtt. Men forskningen gir usikre svar.

Offisielle norske kostråd anbefaler at vi skal begrense spising av rødt og behandlet kjøtt til 500 gram i uka. Gunnlaget for anbefalingen er forskning som tyder på at mye slikt kjøtt kan gi en økt risiko for tarmkreft.

Men nå har 23 forskere fra Norge og utlandet gått gjennom hva slags studier som finnes på feltet. De konkluderer med at forskningen ikke har sikre svar på om rødt kjøtt og behandlet kjøtt i seg selv gir tarmkreft.

Kilde: Forskning.no

## Sykehusene kan spare

Sykehusene kan spare 22 millioner kroner på å bytte ut Zytiga med Xtandi i behandlingen av prostatakreft, ifølge SLV.

Statens utgifter for abirateron i fjor var på nærmere 140 millioner kroner.

Kilde: Dagensmedisin.no

## Er 5:2 dietten bra for deg?

Fedon Lindberg mener at halvfaste kan ha en positiv effekt på immunsystemet, og kan kanskje være gunstig ved kreft, både på grunn av denne effekten på immunsystemet og fordi kreftcellene bruker glukose (blodsukker) som nesten eneste brensel for energi, de kan ikke bruke fett

Kilde: Klikk.no



## Ett kreftsententer

Øyvind S. Bruland, professor og overlege ved Oslo universitetssykehus, går hardt ut mot regjeringens planer om etablering av protonsententer i hver helseregion. «Dette er dyrt og uhensiktsmessig. Norge trenger kun ett protonsententer, som bør legges til Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet», argumenterer Bruland.

Kilde: Dagens Medisin

Tekst Astrid Svalastog Foto Colourbox

## Flere kvinner genterester seg

Etter at Angelina Jolie fortalte at hun hadde fjernet begge brystene i 2013, strømmer fortsatt norske kvinner til sykehusene for å bli testet for arvelig brystkreft.

Ved Oslo universitetssykehus økte henvisningene med 70 prosent i månedene etter oppslaget.

Nå, snart ett år etter, er det fortsatt 50 prosent økning i antall henviste pasienter til Oslo universitetssykehus, sammenliknet med før superstjernens brystoperasjon.

Kilde: Forskning.no



## – Flere bør få gratis HPV-vaksine

Årlig opereres 3000 kvinner for celleforandringer som er forstadier til kreft. – Flere bør få gratis vaksine som kan forhindre livmorhalskreft og redde liv, mener overlege Sveinung Sørbye ved Universitetssjukehuset i Nord-Norge (UNN). Han synes vi ligger håpløst langt etter her til lands.

– Mitt inntrykk er at mange norske leger mangler kunnskap om vaksinen. De tror at det bare hjelper 12 år gamle jenter før seksuell debut. Det er dokumentert effekt opp til 45-årsalder. Det er også dokumentert effekt hos gutter, som også blir smittet av viruset og kan utvikle kreft.

Kilde: NRK.no/Nordland

# Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

## BOKOMTALE



### Praktisk om ledelse

Ledelse og kvalitet i helsetjenesten gir en praktisk innføring i hvordan det kan arbeides med ledelse og kvalitet på en systematisk måte, i tråd med myndighetenes krav om internkontroll. Forfatteren Elisabeth Arntzen setter samfunnsutviklingen og mellommenneskelige forhold i sammenheng med ledelse, arbeidsglede og kvalitet i både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Boken bygger videre på «En forutsigbar helsetjeneste» fra 2007. Målgruppen er ledere, ansatte i helsetjenesten og studenter.

*Ledelse og kvalitet i helsetjenesten, Gyldendal*

## BOKOMTALE



### Livslyst og takknemlighet

Ved å dele tanker om livet, både de vanskelige dagene og de gode dagene, kan vi gi hverandre styrke. Styrke til å mobilisere håp og styrke til å være takknemlig. Anbjørg Sætre Håttun, som døde av kreft, viser i denne boken hvordan hun selv bevarte både livslyst og takknemlighet for livet selv på tunge dager. I personlige tekster og bilder viser hun hvordan hun klarte å beholde håpet. Hun skriver om hvordan hun kom seg gjennom de tunge dagene og hvilke mentale teknikker hun brukte for å se det gode i livet.

*Å dele gir styrke, Cappelen Damm*

## BOKOMTALE



### Om sorg og vekst

Ada Sofie Austegard sin datter ble drept i Baneheia i mai 2000. I boken forteller Austegard om hvordan hun, gjennom de valgene hun tok, fant en mening i det meningsløse. Med seg har hun psykolog Stian Tobiassen. De tar leserne gjennom temaer som spenner fra sorg og savn til endring, pågangsmot og vekst. Og målet - ja, det er å gi leseren litt oppdrift. Oppdrift er en kraft forfatterne mener alle mennesker kan tilegne seg. For noen kommer den naturlig, for andre må den læres. De er sikre på at det nytter - selv når det ser som mørkest ut.

*Oppdrift, Aschehoug*

## BOKOMTALE



### Til ettertanke

Per Fugellis mest betydningsfulle tekster er for første gang samlet mellom to permer. Sammen med kommentarer skrevet av fire av Fugellis fagfeller. Fugelli har valgt det offentlige ordskifte som en av sine arenaer for å utøve sosialmedisinen. Hans bøker og artikler har nådd frem til veldig mange, og de har beveget, opplyst og skapt debatt. Tekstene er kommentert av Anne Kveim Lie ved Universitetet i Oslo (UiO), Kirsti Malterud ved Universitetet i Bergen, Jan Frich ved UiO og Steinar Westin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

*En lesebok. Tekster i utvalg 1969 - 2014, Universitetsforlaget*



REDAKTØR:  
Marte Wolden



# Å overleve og leve lenger

**Et av hovedmålene** i Nasjonal kreftstrategi 2013 – 2017 er at flere skal overleve og leve lenger med sin kreftsykdom, og best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende. Det påpekes at det må etableres flere kvalitetsindikatorer på kreftområdet, særlig indikatorer som sier noe om resultatet av behandling og konsekvenser for pasientens funksjon og livskvalitet.

**Ved utgangen** av 2011 var det 215 733 menn og kvinner i Norge som har hatt kreft eller lever med sin kreftsykdom. Det var i underkant av 67 000 flere enn ved utgangen av år 2001. (kreftregisteret.no). Selv om det ikke er uvanlig at personer som har hatt kreft vender tilbake til sitt «vanlige liv» etter avsluttet behandling, så vet vi at det er mange som sliter med fysiske og psykiske plager, for eksempel på grunn av endret kroppsbild, eller funksjonsnivå.

**Vi har viet** dette nummeret av tidsskriftet til dette tema, med bidrag fra flere ulike artikkelforfattere som enten jobber med kreftpasienter i klinikk, innen forskning, eller har opplevd å gå gjennom tøff kreftsykdom og behandling selv.

**Nasjonal kompetansetjeneste** for seneffekter etter kreftbehandling ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, ble opprettet i 2005 for å forske på seneffekter etter kreftbehandling, og for å formidle kunnskap om seneffekter til pasienter, helsepersonell og helsemyndigheter. Siri Lothe Hess gir oss en oversikt over status for dette arbeidet i artikkelen «Seneffekter etter kreftbehandling».

**En helt annen vinkling** på tema har Vibeke Bårnes, cand polit sosialantropologi ved UiT, i artikkelen: «Brystkreftopererte kvinners kroppsfølelse». Artikkelforfatteren har selv gjennomgått brystkreftbehandling, og hun setter søkelyset på «kroppssosiologi» og antropologi, og utfordrer oss til refleksjon og debatt gjennom et mer helhetlig (og kanskje) alternativt syn på hva det er som fører til at brystkreftopererte kvinner, og

mange kvinner generelt, sliter med kroppsrelatert selvbilde og selvtillit.

**Raymond Hoel**, blant annet kjent fra tv-serien «Ingen grenser», gir oss et innblikk i hvordan det er å skulle kjempe seg tilbake til verdighet og integritet, etter å ha fått livet snudd på hodet nærmest over natta. En tøff historie, som vi setter pris på at han deler med oss.

Vi tenker at det er svært viktig at sykepleiere i kreftomsorgen får økt kunnskap om hvordan det er å leve videre etter gjennomgått kreftsykdom og behandling. Bare slik kan vi hjelpe pasientene og pårørende til å være forberedt på hva som kan komme, og fange opp eventuelle risikopasienter som vil ha behov for ekstra oppfølging, etterkontroll, eller støtte i lang tid etter avsluttet kreftbehandling. I artikkelen om gynekologisk kreft beskriver Trude Hammer Langhelle at kvinnene hadde ønsket mer informasjon om endringene i kvinnekroppen, inkludert de seksuelle endringene – slik at de kunne vært mer forberedt og opplevd større kontroll over egen kropp og eget liv.

Flere aktører arrangerer kontinuerlig ulike former for lærings- og mestringskurs og møter for kreftoverlevende og deres pårørende. Tilbakemeldinger og erfaringer herfra viser at pasientene og pårørende trenger oss, også videre i livet.

**I skrivende stund** har mai kommet utenfor døra her. I går hadde vi tre ulike årstider før klokka 12 på formiddagen her i hjembyen min. Slik er det å bo i Trøndelag. Like uforutsigbart som livet selv. Jeg ønsker alle våre lesere en god sommer, med mange fine opplevelser å ta med seg inn i høsten, når den kommer tilbake med kortere dager og lange kvelder. Men det er heldigvis en god stund igjen til det.

Marte Wolden

ANSVARLIG REDAKTØR

# Seneffekter etter kreftbehandling

I Norge lever omtrent 130 000 kreftpasienter som fikk diagnosen for mer enn fem år siden. Hos om lag 15 % av dem følges vellykket kreftbehandling av alvorlige seneffekter.



Av Siri Lothe Hess, studesykepleier, Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling, Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet

I 1985 beskrev den amerikanske legen Fitzhugh Mullan, som selv hadde kreft, tre faser i overlevelsen etter kreftdiagnosen: *akutt, utvidet og vedvarende* (1). *Den akutte overlevelsen* gjelder tiden for diagnostikk og behandling av kreftsykdommen. *Den utvidete overlevelsen* omfatter perioden med usikker venting, regelmessige kontroller og eventuelt tilleggsbehandling for tilbakefall eller spredning. Angst for tilbakefall er en typisk psykisk reaksjon, samtidig som de fysiske følgene av behandlingen fortsatt er merkbare – med trøtthet (fatigue), redusert kraft og utholdenhet samt endringer av kroppens utseende og funksjoner. *Vedvarende overlevelse* preges av en opplevelse av å være kurert eller helbredet, selv om kreften kan ha hatt sin pris gjennom redusert arbeidsevne, vedvarende bivirkninger og tilpasning til de rammene som sykdommen og behandlingen setter. Det Mullan ikke beskrev, men som vi vet mer om i dag, er at kreftbehandling etter mange år kan lede til ny kreft og andre sykdommer eller at bivirkninger fra behandlingen ikke går over. Prisen for helbredelsen kan være langvarige eller nye helseproblemer som kan redusere både livslengde og livskvalitet.

## Generelt om seneffekter

Kreftbehandling omfatter kirurgi, strålebehandling samt bruk av cytostatika, målrettet systemisk behandling og hormoner. Ofte brukes disse behandlingsformene i kombinasjon som multimodal behandling, og dette, sammen med bedret diagnostikk, har ført til at prognosen for kreftsykdommene er blitt stadig bedre. Dette gjør at vi har fått et økende antall kreftoverlevende, og den

medisinske omsorgen for dem har blitt et nytt stort felt innen onkologien på internasjonalt plan. På engelsk er tilsvarende uttrykk *cancer survivor* og *cancer survivorship*. Amerikanerne bruker uttrykket *kreftoverlever* fra pasienten får diagnosen (2), mens vi bruker det først fra fem års overlevelse. De senere år er man blitt klar over at kreftbehandling har seneffekter. Vi bruker denne betegnelsen både om bivirkninger (som fortsetter lenge etter behandlingen) og om ny sykkelighet som kan knyttes til behandlingen. Eksempel på det første er trøtthet (fatigue) som ikke gir seg etter behandlingen, og eksempel på det andre er koronar hjertesykdom som følge av stråleterapi ved lymfekreft eller brystkreft. Fordi sykdomsprosessen utvikler seg langsomt kan det gå mange år fra pasienten fikk primærbehandling til den nye sykkeligheten melder seg. Hvorvidt ny kreftbehandling har seneffekter, kan vi dermed først få svar på etter lang tid med observasjon av behandlede pasienter. Siden det ofte går lang tid fra kreftbehandling til debut av seneffekten er det lett for både pasienter og leger å glemme den tidligere kreftbehandling som årsaksfaktor for ny sykkelighet.

## Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter

Professor Sophie D. Fosså ved Radiumhospitalet var den første norske onkologen som fanget opp interessen for kreftoverlevelse og seneffekter da denne økte kraftig i USA på 1990-tallet. På hennes initiativ opprettet Helsedirektoratet i 2005 *Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling*, som ble plassert på Radiumhospitalet. Mandatet var å samle inn (forskning) og spre kunnskap (formidling) om seneffekter til helsevesenet

**PÅ JOBB:** To av tre pasienter kommer tilbake til arbeidet de hadde før de fikk primær kreftbehandling, men noen har nedsatt arbeidsevne blant annet som følge av trøtthet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



for øvrig. Forskingen innebar både nasjonalt og internasjonalt samarbeid. Til tross for beskjeden bemanning, har tjenesten oppfylt mandatet, slik det fremgår av hjemmesidene (3). Der nevnes også læreboka om kreftoverlevende som nylig kom i sin andre utgave (4). Tjenesten har bidratt til at noen av de nasjonale retningslinjene for ulike kreftformer nå også omtaler seneffekter. Kompetansetjenesten har også nært samarbeid med Kreftforeningen og brukerorganisasjoner.

I resten av innlegget skal jeg omtale sentrale seneffekter, for så å avslutte med noen etiske og administrative utfordringer som følger av dem.

#### **Ny kreftutvikling (sekundærkreft)**

Tidligere strålebehandling og visse typer cellegift øker risikoen for at det kan oppstå ny kreft. Slik ny kreft kan opptre fra 10–30 år etter den primære kreftbehandlingen og er mest aktuelt hos dem som har hatt kreft i barndommen, eller hos unge voksne som har fått kreft før 40 års alder. Et eksempel er den økte risikoen for brystkreft hos kvinner som har fått strålebehandling mot overkroppen for

lymfekreft i ungdommen og ung voksen alder (5). De skal ha mammografi eller MR av brystene fra det tiende året etter at behandlingen ble avsluttet. Et annet eksempel er unge menn som har fått strålebehandling eller cellegift for testikkelkreft (6). I forhold til jevnaldrende menn har de doblett risiko for ny kreft, og særlig dersom de røyker. For å hindre dette prøver man å redusere bruken av strålebehandling, og oppfordrer pasientene sterkt til å slutte å røyke.

#### **Hjerte- og karsykdommer**

Dersom strålefeltet innbefatter hjertet vil deler av hjertermuskelcellene ødelegges, og de blir bare

## **«Kronisk trøtthet er en viktig årsak til nedsatt arbeidsevne.»**

delvis erstattet av nye celler. Strålebehandling skader også cellene i arterieveggene slik at arteriosklerose utvikler seg tidligere enn normalt, fra 5–20 år etter strålebehandling. Dette øker risikoen

for koronar hjertesykdom, som angina pectoris og hjerteinfarkt i yngre alder enn normalt, samt økt mortalitet av hjertesykdom (7). Strålebehandling kan også skade hjerteklaffene. Noen cytostatika, som antracykliner, for eksempel doksorubicin (Adriamycin®, Caelyx®), kan skade hjertemuskelcellene direkte. Kreftoverlevende som har fått disse denne kreftbehandling, anbefales årlig kontroll hos fastlegen, med fokus på hjerte- og karsykdom fra og med fem år etter behandling. De oppfordres også til å redusere andre generelle risikofaktorer som røyking, overvekt og lite mosjon samt høyt blodtrykk og kolesterol. Pasienter som har fått cisplatinbehandling for testikkelkreft eller gynekologisk kreft har økt risiko for å utvikle *metabolsk syndrom* med abdominal fedme, høyt fastende blodsukker og økte fettstoffer i blodet (8). Metabolsk syndrom øker i sin tur risikoen for diabetes-2 og hjerte- og karsykdom.

#### Hormonforandringer

Strålebehandling kan også ødelegge normale celler – for eksempel i skjoldbruskkjertelen etter behandling mot hals- og brystregionen. På lang sikt oppstår det sviktende hormonproduksjon og et symptombilde av hypothyreose, med trøtthet, vektøkning, kuldefornemmelse og tørt hår. Dette er vel kjent hos kreftoverlevende som har fått strålebehandling for Hodgkins lymfom, men det er også en økt risiko for brystkreft-overlevende som har fått strålebehandling (9).

Ellers er kirurgi en vanlig årsak til forandring av kjønnshormonene hos både kvinner og menn. Kreftkirurgi går ut på å fjerne mest mulig av primærsvulsten og eventuelle metastaser. Dersom organer som eggstokker og testikler fjernes helt, forsvinner også de tilhørende funksjonene som fruktbarhet og hormonproduksjon. For å sikre fruktbarheten kan sæd og eggceller fryses ned før

symptomer. Diagnosen må bekreftes med lave hormonverdier. For hypogonadisme kan det gis erstatningsbehandling som dessverre ikke gir like godt resultat som den naturlige produksjonen av kjønnshormoner.

Kreftcellene ved prostata- og brystkreft stimuleres av henholdsvis testosteron og østrogen, og behandlingen av disse krefttypene innebærer ofte å hemme denne hormonproduksjonen, eller å blokkere reseptorene der hormonene virker. Dermed framkalles en hypogonadisme som hindrer vekst av kreftcellene, men som kan gi plagsomme symptomer både hos kvinner og menn. For å undertrykke østrogenproduksjonen i fettvevet, får mange kvinner aromatasehemmere (Femar®, Arimidex®, Aromasin®) som kan gi smerter i muskler og skjelett. Hos menn kan livslang behandling med LHRH antagonist (Zoladex®, Procren® m.fl.) også føre til nedsatt energinivå og økt risiko for osteoporose.

#### Trøtthet (fatigue)

Dette omfatter den subjektive følelsen av å være trøtt eller sliten, kjenne seg svak eller mangle energi. Hvile hjelper ikke, og det dreier seg om noe annet enn å bli fort sliten ved anstrengelse. Trøtthet kan opptre i alle faser av kreftsykdommen, og dersom følelsen er sterk i mer enn seks måneder snakker vi gjerne om kronisk trøtthet. Noen har hevdet at det finnes en spesiell kreftrelatert trøtthet, men dette begrepet har ikke vunnet fram. Kronisk trøtthet forekommer hos 10–12 % av den norske befolkningen, men er vesentlig høyere hos mange grupper av kreftoverlevende (10). Det finnes andre medisinske grunner til trøtthet enn kreft, og disse må selvsagt utelukkes. Fysisk trening i riktig dosering kan bedre kronisk trøtthet og det samme kan kognitiv atferdsterapi (4).

#### Seksuelle problemer

Kronisk trøtthet er også noe som demper seksuelt lyst og utfoldelse, og er en av flere faktorer som gjør at seksuallivet ikke blir slik som det var før kreftsykdommen. Ofte kan kreftbehandlingene ha påført seksualorganene skade med seksuelle problemer til følge. Overlevende etter testikkelkreft har ikke seksuelle problemer som skiller seg fra menn i befolkningen (11). Mannlige lymfekreftoverlevende har ofte fått store doser av cytostatika som kan nedsatte deres seksuelle interesse og funksjon. (12).

En høy andel av menn som blir operert for prostatakreft får erektil dysfunksjon etterpå, og dette

## «Kreftoverlevende bør motiveres til å ha en sunn livsstil.»

kreftbehandlingen starter. Kvinner som får cytostatikabehandling kan få antall egg i eggstokkene redusert, slik at overgangsalderen inntreffer mye tidligere enn normalt, noe som det er viktig at kreftoverlevende bli informert om. Hos både kvinner og menn kan nedsatt produksjon av kjønnshormoner over tid føre til hypogonadisme, ofte med uklare

**MOSJON:** Fysisk trening i riktig dosering kan bedre kronisk trøtthet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



bedrer seg lite over tid. Menn som får strålebehandling for prostatakreft utvikler ofte også erektil dysfunksjon. I begge tilfeller skyldes dysfunksjonen nerveskade, og 5-fosfodiesterasehemmere (Viagra®, Levitra® eller Cialis®) har varierende effekt på dysfunksjonen.

Hos yngre kvinner kan behandlingen for brystkreft framkalle for tidlig menopause. Dette, samt behandlingen for øvrig, nedsetter ofte kvinnenes seksuelle interesse og funksjon over lang tid. Det samme er tilfelle i forbindelse med gynekologisk kreft (13). Kolorektal kreft gir ofte seksuelle problemer hos begge kjønn (14,15). Aksept fra partner og god kommunikasjon om det intime i parforholdet, har erfaringsmessig stor betydning for å finne løsninger som begge parter kan være tilfreds med. Sexologisk rådgivningstjeneste finnes i dag på noen universitetssykehus og vi som helsepersonell bør opplyse kreftoverleverne om dette tilbudet.

#### **Endringer av kroppsbildet**

Med kroppsbilde forstår vi vår egen opplevelse av hvordan vi kroppslig ser ut, basert på egne observasjoner og reaksjoner fra andre. Denne opplevelsen kan en være fornøyd eller misfornøyd med, og hvor stor betydning hver av oss legger i utseende og figur varierer betydelig. Kroppsbildet er etablert etter tenårene, som er den livsfasen der kroppen gjennomgår store forandringer og som ofte følges

med argusøyne. Når kreftsykdommene rammer i voksen alder med amputasjoner, fjerning av brystet, en testikkel, indre genitalia eller etterlater andre synlige arr, møter dette det etablert kroppsbilde, som i ytterpunktene er positivt eller negativt. Kvinner som får fjernet hele brystet for kreft eller for å hindre kreftutvikling, har rett til å få vurdert mulighetene for kirurgisk rekonstruksjon. Tilfredsheten med resultatet henger nært sammen med kvinnenes forventninger, men mange av studiene er metodisk svake (16).

I Kompetansetjenestens etterundersøkelse av brystkreftoverleverne fant vi at kroppsbildet var ganske stabilt over tid. Dårlig kroppsbilde var forbundet med å ha fjernet brystet, ønske om/utført rekonstruksjon, gammeldags strålebehandling og dårligere somatisk og psykisk helse. Blant brystkreftoverleverne rapporterte 21 % dårlig generelt (ikke-kreftrelatert) kroppsbilde og samme andel ble funnet hos kreftfrie kvinner i befolkningen (17).

#### **Redusert arbeidsevne**

Etter primær kreftbehandling kommer to av tre pasienter tilbake til arbeidet de hadde før. Andelen som krever spesielle tiltak på arbeidsplassen er på om lag 20 %, og det er lite mobbing av kreftpasienter på arbeidsplassen. Kronisk trøtthet er en viktig årsak til nedsatt arbeidsevne hos kreftpasienter. De

**REDUSERT LYST:** Seksuallivet kan bli forandret etter kreftbehandling. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



som faller ut er særlig de med tungt fysisk arbeid, de med lav utdanning og de som nærmer seg pensjonsalderen. Rehabiliteringstiltak kan ikke gjøre så mye for disse gruppene, men nyere opplegg i regi av «Raskere tilbake» kan vise til gode resultater, både poliklinisk- (Radiumhospitalet) og døgnopplegg (Røros). Det er viktig å støtte pasientene i deres møte med NAV, der kunnskap om kreftpasienters problematikk kan være begrenset (se også <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/okonomi-og-rettigheter/okonomiske-stotteordninger-til-pasienter/>). Kreftoverleveres arbeidsevne på lang sikt vet vi hittil lite om.

### Kognitiv svikt

Etter behandling med cytostatika, særlig ved brystkreft, er det en betydelig andel av pasientene som klager over nedsatt hukommelse og konsentrasjon, samt redusert evne til å orientere seg og planlegge. Dette går ut over funksjonsnivået både på jobb og i hjemmet. Blant amerikanske kreftoverleverer kalles plagene ofte for «chemobrain». I løpet av det

første året etter behandlingen, vil de fleste oppleve at plagene avtar, men for en liten andel synes de å bli permanente (18). Med nevropsykologiske tester kan disse kognitive funksjonene undersøkes mer systematisk, men ofte påvises sprik mellom de subjektive plagene og manglende testfunn. Systematisk treningsprogram for kognitive funksjoner kan være indisert.

### Depresjon og angst

For mange er det en stor psykisk belastning å få en kreftsykdom, og det kan ta lang tid å bearbeide det at man ble syk og har tapt styrke og funksjoner. Tapsopplevelser øker risikoen for depresjon, men forekomsten av depresjonslidelse hos langtids kreftoverleverer er ikke høyere enn i befolkningen. Derimot finner vi en økt forekomst av angstlidelser blant kreftoverleverne mange år etter avsluttet behandling, og det gjelder også for deres partnere (19). Selv om studiene hittil ikke er så gode, synes *angst for tilbakefall* å henge igjen hos mange kreftoverleverer, til tross for god prognose

(20). Både depresjonslidelser og angstlidelser er godt tilgjengelige for behandling med psykoterapi og/eller legemidler.

### Forebygging

I økt kunnskap om seneffekter ligger det en oppfordring – om å finne fram til de doseringene av behandling som helbreder kreften – med minst mulig utvikling av seneffekter. Når vi kjenner til seneffektene kan vi endre tidligere behandlingsopplegg. Samtidig er det en utfordring at vi må vente lenge før seneffektene av dagens behandling melder seg. I dette tidsperspektivet er vi alltid på etterskudd med forebygging.

En rekke livsstilsforhold representerer økt risiko for kreftsykdommer, slik som røyking, overvekt, lite mosjon, stort forbruk av alkohol og usunt kosthold. Kreftoverlevende bør motiveres til å ha en sunn livsstil fordi vi antar at faktorene også øker risikoen for utvikling av seneffekter og for utvikling av ny type kreft. Disse faktorene disponerer også for andre sykdommer som diabetes-2 og hjerte- og karsykdom, som i sin tur bidrar til dårligere helse for kreftoverlevende.

### Når skal det informeres om seneffekter?

Diagnose og primærbehandling er en stor påkjenning for pasientene. Å avslutte denne fasen med å informere om seneffekter kan være tøft. Kanskje er pasientene heller ikke særlig mottakelige på dette tidspunktet fordi de ønsker å legge kreften bak seg. Er det bedre at helsetjenesten på et senere tidspunkt informerer med et advarende brev og oppfordring om å søke fastlegen? Helsemyndighetene er bekymret for unødig engstelse og utgifter til dyre kontrollundersøkelser, som følge av informasjon. Brukerorganisasjonen ønsker imidlertid tidlig informasjon, så får pasientene selv ta ansvar. En løsning som prøves ut for tiden, er *behandlingssertifikat*. Når pasientene avslutter kontakten med kreftomsorgen, får de med seg et skriv om diagnose og behandling samt råd om oppfølging for seneffekter. Det er viktig og nødvendig at fastlegene tilegner seg kunnskap om seneffekter og ny forskning på dette feltet, da det er fastlegene som i første omgang møter kreftoverlevende med sine symptomer og plager.

### Hvordan skal omsorgen organiseres?

De nasjonale handlingsplanene varierer mye når det gjelder etterkontroller i den onkologiske spesialisthelsetjenesten. Kapasitetsmessig er det klart at den ikke kan ta ansvar for den økende mengden av langtids kreftoverlevende. Det ansvaret må ligge hos fastlegene,

som derfor må få informasjon om behovet for oppfølging, og henvisningsmulighet når de anser det som nødvendig. Onkologer og onkologiske sykepleiere med særskilt kompetanse på seneffekter bør derfor finnes på alle universitetssykehus. Informasjonssystemer som for eksempel Oncolex (21) må kunne gi fastlegene nødvendig informasjon om seneffektene og hvordan kreftoverlevende skal følges opp. ■

### Referanser:

1. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *NEJM* 1985;313:270-3.
2. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. Washington, DC: The National Academies Press, 2006.
3. [http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/\\_avdelinger/\\_nasjonalt-kompetansesenter-for-seneffekter-etter-kreftbehandling](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_nasjonalt-kompetansesenter-for-seneffekter-etter-kreftbehandling)
4. Loge JH, Dahl AA, Fosså SD, Kiserud CE. Kreftoverlevende – ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2013.
5. Fosså SD, Holte H, et al. Langtidseffekter etter kappfeltbestråling for Hodgkins lymfom. *TdNLF* 2005;125:41-4.
6. Travis LB, Fosså SD et al. Second Cancers Among 40 576 Testicular Cancer Patients: Focus on Long-term Survivors. *JNCI* 2005;97:1354-65.
7. Kiserud CE, Loge JH, Fosså A, et al. Mortality is persistently increased in Hodgkin's lymphoma survivors. *EJC* 2010;46:1632-39.
8. Haugnes HS, Aass N, Fosså SD, Dahl O, Klepp O, Wist EA, et al. Components of the metabolic syndrome in long-term survivors of testicular cancer. *Ann Oncol* 2007;18:241-8.
9. Reinertsen KV, Cvancarova M, Wist E, et al. Thyroid function in women after multimodal treatment for breast cancer stage II/III. *Int J Rad Oncol Biol Phys* 2009;75:764-70.
10. Pachmann DR, Barton DL, Sweiz KM et al. Troublesome symptoms in Cancer Survivors: Fatigue, Insomnia, Neuropathy, and Pain. *JCO* 2012;30:3687-96.
11. Dahl AA, Bremnes R, Dahl O, et al. Is the sexual function compromised in long-term testicular cancer survivors? *Eur Urol* 2007;52:1438-47.
12. Kiserud CE, Schover LR, Dahl AA, et al. Do male lymphoma survivors have impaired sexual function. *J Clin Oncol* 2009;27:6019-26.
13. Liavaag AH, Dørum A, Bjørø T, et al. A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. A therapeutic approach. *Gynecol Oncol* 2008;108:348-54.
14. Bruheim K, Guren MG, Dahl AA, et al. Sexual function in males after radiotherapy for rectal cancer. *Int J Rad Oncol Biol Phys* 2010;76:1012-7.
15. Bruheim K, Tveit KM, Skovlund E, et al. Sexual function in females after radiotherapy for rectal cancer. *Acta Oncol* 2010;49:826-32.
16. Fang SY, Shu BC, Chang YJ. The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2013;137:13-21.
17. Falk Dahl CA, Reinertsen KV, Nesvold IL, et al. A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer* 2010;116:3549-57.
18. Østby-Deglum M, Dahl AA. Er cytostatika farlig for hjernen? *TdNLF* 2013;133:1464-5.
19. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds J. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and health controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013;14:721-32.
20. Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013, 7:300-22.
21. <http://www.oncolex.no/>





# 11 måneders utsettelse til progresjon<sup>1</sup>\*

Lukte 211 ferske brød

Drikke 1327 kopper kaffe

Se solnedgangen 198 ganger

Spise 43 søndagsmiddager

Se sola komme litt flere dager

Sende 995 SMS til mannen

Afinitor benyttes etter tilbakefall eller progresjon med en ikke-steroid aromatasehemmer.<sup>1</sup> Det kan gi dine brystkreftpasienter med spredning **mer tid til gode opplevelser.**

Invitere til 19 jentemiddager

Kjenne sola varme 72 ettermiddager

Snakke med barnebarna 84 ganger

**Afinitor er nå inkludert i norske retningslinjer ved metastatisk brystkreft<sup>#</sup>**

<sup>1</sup> Piccart M et al. Final Progression-Free Survival Analysis of BOLERO-2: A Phase III Trial of Everolimus for Postmenopausal Women With Advanced Breast Cancer, Presented at San Antonio Breast Cancer Symposium, December 4-8, 2012. Poster P6-04-02.

\* Afinitor median PFS vs. 4,1 måneders PFS med eksemestan.

<sup>#</sup> NBCGs anbefalte retningslinjer ved endokrin behandling av metastaser, gjeldende fra 1. september 2013. [http://www.nbcg.no/nbcg.meta\\_endokrin.html](http://www.nbcg.no/nbcg.meta_endokrin.html)

  
**AFINITOR**<sup>®</sup>  
(everolimus) Tabletter

# Seksualitet og kroppsbilde

## – konsekvenser av gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft er en stor påkjenning for kvinner. I tillegg til belastningen det er å leve med en livstruende sykdom, sliter mange med endret kroppsbilde som følge av kroppslige forandringer og utfordringer knyttet til seksualitet.



Av Trude Hammer Langhelle, klinisk spesialist i sykepleie og sexologisk rådgiver, Kvinne- barn divisjonen, Stavanger Universitetssykehus

**A**bli diagnostisert med gynekologisk kreft er en stor påkjenning og fokus for de fleste i denne perioden vil være overlevelse. Med tiden vil livet normaliseres og andre aspekter får større betydning, inkludert seksualitet. I Kreftforeningens rapport «Rehabilitering og mestring blant kreftrammede» kan vi lese at 64 % av kreftrammede opplever seneffekter i form av seksuelle problemer (Kreftforeningen, 2013).

Forskning på gynekologisk kreft og seneffekter i forhold til seksualitet, viser høy forekomst av utfordringer knyttet til seksualitet og kroppsbilde (Aerts et al., 2009 og Ratner et al., 2010). Flere studier viser også at kvinner ønsker å få informasjon og samtale om konsekvenser for seksualitet og kroppsbilde (Sekse, 2011, Ratner et al., 2010, Krychman et al., 2006 og Mercadante et al., 2010). Seksualitet er for mange forbundet med trivsel og livskvalitet, og bidrar til opplevelse av mening i en vanskelig situasjon. (Graugaard et al., 2006). Det er nærliggende å konkludere med at seksualitet henger sammen

### «Kroppsbildet er sentralt i forhold til å føle seg seksuelt tiltrekkende.»

med livskvalitet (Liavaag et al., 2008). En del forskning tyder på det, samtidig som man også finner undersøkelser som viser høy skår på livskvalitet til tross for seksuelle problemer. Det faktum at man har overlevd gynekologisk kreft kan i seg selv ha stor

betydning for den samlede livskvalitet (Graugaard et al., 2006). Seksualitetens betydning for livskvalitet vil være forskjellig fra kvinne til kvinne, og vi ser variasjoner over tid i et sykdomsforløp.

#### Nye utfordringer for kvinnene

Hvilke utfordringer for seksualitet og seksuallfunksjon kan oppstå på grunn av gynekologisk kreft og behandlingen av denne? En rekke forhold kan påvirke seksualitet og seksuallfunksjon. Menneskelig seksualitet er kompleks og sammensatt og det vil ofte kunne være vanskelig å sette opp et klart skille mellom somatiske og psykososiale årsaker til seksuelle problemer. Ved gynekologisk kreft vil kroppslige forandringer og psykososiale aspekter ha konsekvenser for seksualiteten.

Belastningen med å leve med en livstruende sykdom er allerede nevnt. Vi ser utfordringer i parforhold eller i møte med en ny partner. Depresjon, angst, redsel, sinne, skyld og skamfølelse kan gi utfordringer for seksualitet og samliv. De vanligste plagene ved kreftsykdom vil i seg selv kunne føre til problemer, kanskje særlig fatigue og smerter (Katz, 2005). Smerter kan naturlig nok hemme lysten til seksuell aktivitet. Samtidig vil seksuell aktivitet kunne øke smerteterskelen. Det kan ha terapeutisk verdi å motivere til økt seksuell aktivitet som vil bedre livskvaliteten på det psykososiale så vel som det somatiske nivå (Graugaard et al., 2006). Seksuell aktivitet kan også være forbundet med mindre fatigue (Liavaag et al., 2008).

Behandling som kirurgi, strålebehandling, cytostatikabehandling, annen medikamentell

**ENDRET KROPPSBILDE:** Kroppsbildet omfatter følelser og holdning til egen kropp. Fysiske forandringer kan endre kroppsbildet og gjøre at man føler seg mindre attraktiv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

behandling vil kunne ramme seksualiteten og gi opphav til seksuelle problemer. Kjønnorganenes anatomi og fysiologi er sentrale i den seksuelle responssyklus, derfor vil denne behandlingen ofte påvirke i negativ retning (Loge et al., 2013). Både gynekologisk kreft og behandlingen kan påvirke nerve og blodforsyning til kjønnsorganene med konsekvenser for seksuell respons (Katz, 2005). Behandling rettet mot eggstokker kan gi nedsatt produksjon av kjønnshormoner. Dette påvirker seksuell lyst og vaginal lubrikasjon. Yngre kvinner får akutte symptomer på overgangsalder. Strålebehandling ved livmorhalskreft kan gi kortere og mindre elastisk skjede. Redusert lyst, smertefulle samleier, orgasmeproblemer, plager i forbindelse med endret hormonproduksjon og infertilitet er alle seksuelle problemer som kan oppstå på grunn av gynekologisk kreft og kreftbehandling (Smith, 2010).

#### **Endret kroppsbilde**

Kroppsbildet omfatter følelser og holdning til egen kropp. Fysiske forandringer som arr, vektendring, stomi, håravfall, fjerning av kjønnsorganer og lymfødem, kan gi endret kroppsbilde som vil kunne true en persons opplevelse av å være attraktiv.

Kroppsbildet er sentralt i forhold til å føle seg seksuelt tiltrekkende. Det endrede

kroppsbildet kan gi en redusert opplevelse av kvinnelighet (Loge et al., 2013).

Avhandlingen *Livet etter underlivskreft*. Kvinner sine erfaringar fem og seks år etter behandling for kreftsjukdom, beskriver den endrede kvinnekroppen etter underlivskreft. Kvinnene i studien skildrer et tomrom i underlivet, hetetokter som gradvis ga endret kroppstemperatur, et endret seksualliv og en mer sårbar og uforutsigbar kropp. Til tross for at kvinnene ikke hadde et ytre kroppslig tap var den innvendige kroppslige endringen både påtrengende og til tider gjenstridig. Disse endringene var også utfordrende for kvinnene som seksualpartner. De hadde mistet en kroppslig konkret men usynlig del av seg som var nær knyttet til seksuell identitet og funksjon. Kvinnene kjente seg hemmet i intim, kroppslig kjærlighet til partner. Det å forstå og forholde seg til endringene i kroppen inkludert intime og sårbare tema ble av kvinnene beskrevet som en ensom prosess. Hva savnet kvinnene i møte med helsepersonell? De ønsket å snakke om

endringene i kvinnekroppen inkludert de seksuelle endringene. Da ville de ha forberedt seg bedre og det kunne hjulpet de til større opplevelse av kontroll over egen kropp og eget liv (Sekse, 2011).

Informasjon om mulige seksuelle konsekvenser kan fjerne misforståelser, avkrefte myter, gi mindre utrygghet og bedre behandlingsmotivasjon (Graugaard et al., 2006).

Mytene kan være redsel for å «smitte» sin partner, opplevelse av urenheter eller opplevelse av stigmatisering hvis kreften kan tilskrives seksuell aktivitet. I tillegg frykt for at kreften kan blusse opp igjen ved å være seksuelt aktiv (Graugaard et al., 2006). Kreftsykepleiere kan med støtte og informasjon bidra til forbedret seksuell helse for pasienter med underlivskreft (Kunnskapsenteret, 2012).

Kreft i underlivet påvirker seksualitet og kroppsbilde i negativ retning for mange kvinner. Vår oppgave som helsearbeidere er å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter med seksuelle problemer (Kunnskapsenteret, 2012).

## «Informasjon om seksuelle konsekvenser kan fjerne misforståelser.»

Det er individuelle forskjeller hvorvidt dette går ut over kvinnes samlede livskvalitet. Uansett må vi informere og diskutere de forventede bivirkninger med våre pasienter hvor forebyggende og lindrende



**SAMTALE:** Kreft i underlivet påvirker seksualitet og kroppsbilde i negativ retning for mange kvinner. En samtale med lege eller sykepleier om bivirkninger, samt forebyggende og lindrende tiltak, kan bidra til at kvinnen får det bedre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

tiltak tas med i samtalen. Dette ansvaret kan gjerne deles av behandlende lege og pasientens sykepleier. Prognosen for seksuellivets bedres hvis pasient og eventuell partner informeres om konsekvenser av behandling og muligheter etter behandling (Almås og Pirelli Benestad, 2006). Det er dette mange kvinner etterlyser i møte med helsepersonell. ■

### Referanser:

- Aertz, L., Enzlin, P., Verhaeghe, J., Vergote, I. og Amant, F. (2009). Sexual and psychological functioning in women after pelvic surgery for gynaecological cancer. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 30(6).
- Almås, E. og Pirelli Benestad, E.E. (2006). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Graugaard, C., Möhl, B. og Hertoft, P. (2006). *Krop, sykdom & seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Katz, A. (2005). The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(1).
- Kreftforeningen (2013). *Rehabilitering og mestring blant kreft-rammede*. Rapport.
- Krychman, M.L., Pereira, L., Carter, J. og Amsterdam, A. (2006). *Sexual Oncology: Sexual Health Issues in Women with Cancer*. *Oncology*, Vol. 71.
- Kunnskapsenteret (2012). *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*. Rapport nr 2-2012.
- Liavaag, A.H., Dørum, A., Bjørø, T., Oksefjell, H., Fosså, S.D., Trope, C., og Dahl, A.A. (2008). A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. A therapeutic approach. *Gynecologic Oncology*, 108(2).
- Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. (2013). *Kreftoverlevare. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mercadante, S., Vitrano, V. og Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Cancer Care*, 18.
- Ratner, E.S., Foran, K.A., Schwartz, P.E. og Minkin, M.J. (2010). Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*, 66(1), 23-26.
- Sekse, R.J.T. (2011). *Livet etter underlivskreft*. Avhandling for graden philosophiae doctor ved Universitetet i Bergen.
- Smith, L.E. (2010). *Sexual Function of the Gynecologic Cancer Survivor*. *Oncology Nurse Edition*, Vol. 24, No 10.



#### STRÅLEBEHANDLING I 1955:

Betatronen var et moderne apparat da dette bildet ble tatt i oktober 1955 på Radiumhospitalet. Apparatet produserte høyenergetisk stråling, og ble brukt til strålebehandling av pasienter. Apparatet ble installert ved sykehuset i 1952, og var da det første apparatet av sitt slag i Norge.

Den første betatron ble bygd av amerikaneren D. W. Kerst i 1940, men prinsippet den virker etter, var tidligere angitt av blant andre nordmannen Rolf Widerøe i 1928.

På bildet demonstrerer sykepleier Kristine Gjermundsen ved Radiumhospitalet hvordan man setter på plass tubusen, som er betatronens «munnstykke».

Kilde: Scanpix/Store norske leksikon/snl.no



## Staten kjøper mer kreftutredning fra private

Andelen pasienter ved Aleris Kreftsenter som fikk kostnadene dekket av det offentlige er seksdoblet i løpet av ett år.

I januar i år betalte 365 pasienter av egen lomme, mens 244 fikk offentlig refusjon.

I løpet av ett år har andelen pasienter som får dekket kostnadene av det offentlige økt betraktelig. Via ulike avtaler med helseregionene, dekket det offentlige kostnadene for 36 prosent av pasientene ved Aleris Kreftsenter i januar måned i år.

Det er en seksdobling siden samme periode i fjor, hvor dette gjaldt bare 6 prosent av pasientene.

De offentlige avtalene gjelder blant annet brystkreftutredning, PET/CT-undersøkelser og gastroenterologiske undersøkelser, mens helseforsikring også dekker behandling, opplyser adm. direktør Grethe Aasved i Aleris Helse.

Kilde: Dagensmedisin.no

## Instanyl "Takeda Nycomed"

Opioidanalgetikum.

ATC-nr.: N02A B03

**NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose:** Hver dose inneholder: Fentanyl/strat. tilsv. fentanyl 50 µg, esp. 100 µg og 200 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, rensset vann. **Indikasjoner:** Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalentisk dose av andre opioider i én uke eller lenger. **Dosering:** Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. **Voksne: Dosejustering:** For titrering bør den bakentfyllende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerteepisodene ikke overskride 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Hver titrering (dosesstyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med den dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosejustering og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever >1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakentfyllende opioidbehandling kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. døgn. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. **Seponering:** Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakentfyllende smertebehandling behandles som forskrevet, og seponering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilstrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Administrering:** Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Bruk hos opioidnaive pasienter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblodning. **Forsiktighetsregler:** Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebral tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet til pasienter med bradykardi. Opioider kan forårsake hypotoni, særlig hos pasienter med hypovolem og skal derfor brukes med forsiktighet. Dersom tilbakevendende episoder med neseblodning eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Iatrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Seponeringssymptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig. **Interaksjoner:** Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, ketokonazol, itraconazol, troleandomycin, klaritromycin og neflavinir) eller moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir og verapamil), kan potensielt forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP 3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50%, mens tid til C<sub>max</sub> (T<sub>max</sub>) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaksantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonister/-antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbupfin, pentazocin) anbefales ikke. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Amning:** Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Fentanyl skal bare brukes av ammende dersom nyfoten oppveier den potensielle risikoen både for mor og barn. **Bivirkninger:** Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller forverringssjans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige** (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerte/kar: Rodme, hetteoktor. Hud: Hyperhidrose. Lufteveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Obstipasjon, stomattitt, munntørhet. Hjerte/kar: Hypotensjon. Hud: Smerter i huden, puritus. Lufteveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dyssesti, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, innsmi. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. **Ukjent:** Lufteveier: Perforasjon av neseseptum. Psykiske: Hallusinasjon. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotermi, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miøse, kramp og respirasjonsdepresjon. **Behandling:** Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioidantagonister som nalokson. Effekten av overdoseringen kan være lengre enn effekten av antidotet. Gjentatte injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02A B03 side 4. **Egenskaper: Klassifisering:** Opioidanalgetikum. Fenylipepidinderivat. **Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som en ren agonist med lav affinitet for δ- og κ-opioide reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofil. Absorberes svært raskt gjennom neseshinnen. **Biotilgjengelighet** er ca. 89%. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkeltdose på 50-200 µg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. **Proteinbinding:** Ca. 80%. **Fordeling:** Distribueres raskt til hjerne, hjerte, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. **Halveringstid:** Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. **Metabolisme:** Primært i leveren via CYP 3A4. **Utskillelse:** Ca. 75% utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9% gjenfinnes i feces, primært som metabolitter.

Sist endret: 01.11.2013

Instanyl, NESESPRAY, oppløsning:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
50 µg/dose	6 doser (endosebeholder m/spraypumpe)	447992	kr 444,60	N02AB03_1
	10 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069038	kr 705,10	N02AB03_1
	20 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069049	kr 1356,50	N02AB03_1
	40 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069061	kr 2659,20	N02AB03_1
100 µg/dose	6 doser (endosebeholder m/spraypumpe)	540395	kr 471,30	N02AB03_1
	10 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069004	kr 749,60	N02AB03_1
	20 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069016	kr 1445,50	N02AB03_1
	40 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069027	kr 2837,20	N02AB03_1
200 µg/dose	6 doser (endosebeholder m/spraypumpe)	396565	kr 471,30	N02AB03_1
	10 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069072	kr 749,60	N02AB03_1
	20 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069083	kr 1445,50	N02AB03_1
	40 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069094	kr 2837,20	N02AB03_1

### Referanser:

- 1 Preparatomtale Instanyl.
- 2 Portenoy RK et al., Pain. 1999;81:129-34.
- 3 Constantino HR et al. Int J Pharm. 2007;337(1-2):1-24.
- 4 Dale O et al. Acta Anaesthesiol Scand. 2002;46:759-70.



DET ER NÅR SMERTENE  
ER SOM STERKEST AT  
MINUTTENE TELLER MEST

R1-4001

Gjennombruddssmerter er kortvarige smerteforverringer som er på sitt mest intense allerede etter noen minutter.<sup>1,2</sup> Det er nettopp da det er viktig å bruke et preparat med svært hurtig innsettende effekt som følger smertekurven.

Instanyl er skreddersydd for gjennombruddssmerter hos kreftpasienter, og gir smertelindring innen 10 minutter.<sup>1</sup> Instanyl er en fentanyl nesesypray som er enkel i bruk og sikrer rask absorpsjon gjennom slimhinnen i nesa.<sup>3,4</sup>



Nycomed: a Takeda Company

Intranasal fentanyl SPRAY  
**INSTANYL**®

skreddersydd for gjennombruddssmerter<sup>1</sup>

# Hverdagsliv med prostatakreft

Prostatakreft kan gi potensproblem, urinlekkasje og andre plager som påvirker hverdagslivet til den som har kreft og ektefellen. Hvordan opplever de det?



Av **Bente Ervik**, kreftsykepleier, PhD, Kreftavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge og Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø

I dette innlegget vil jeg presentere noen resultat fra min dr. gradsstudie - «Everyday life with prostate cancer: A qualitative study of men's and spouses' experiences» (1). Jeg har valgt ut områder som spesielt tar opp utfordringer relatert til fokus i temaheftet; «Endret kroppsbilde ved kreftsykdom og behandling», og presenterer det i en populærvitenskaplig form. For en dypere forståelse av metode, funn og diskusjon i studien henvises det til avhandlingen som helhet.

## Bakgrunn for studien

Min interesse for å studere pasient- og hverdags erfaringer bygger på mange års arbeid i kreftomsorgen, og et ønske om å finne ut mer om hvordan livet med kreft leves og oppleves hjemme. De senere årene har liggetiden i sykehus gått ned, og mange reaksjoner, tanker og følelser oppstår og blir tydelig først etter at en er kommet hjem.

Kreftsykdom og kreftbehandling kan gi mange bivirkninger og plager for pasientene. Noen bivirkninger går over ved avsluttet behandling, mens andre vedvarer og mange lever med plager resten av livet. Kreftsykdom rammer ikke bare den som får sykdommen, men pårørende blir i stor grad involvert i sykdomsprosessen. Studier som fokuserer på pasienter (og pårørendes) erfaringer med å få og leve med sykdom er viktige for å gi bedre forståelse for problemer som kan oppstå, og for hvordan helsevesenet kan bidra i behandling og lindring av disse. Kunnskap som kan være til nytte både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

## Metode - deltakere

Studien bygger på kvalitative intervju av 13 menn med prostatakreft og 9 kvinnelige ektefeller. Mennene var i alderen 52-83 år, de hadde lokalisert eller lokalavansert prostatakreft der det av ulike årsaker ikke var aktuelt med operasjon eller strålebehandling. De ble enten behandlet med hormoner (N=10) (i form av et LHRH analog eller antiandrogen preparat, se under prostatakreft) eller var under «aktiv oppfølging» (n=3). Det er i hovedsak menn som ble behandlet med hormoner jeg referer til her.

Ut fra en etisk vurdering ble ektefellene rekruttert via menn med prostatakreft. Det viste seg å være vanskelig å rekruttere ektefeller til menn som fikk hormonbehandling, og ektefellene i studien er gift med menn som var operert eller hadde fått strålebehandling. Kvinnene var i alderen 52-68 år. Hovedfokus i denne delen var ektefellers erfaringer, men også menns erfaringer ble formidlet gjennom ektefellenes fortellinger.

## Prostatakreft

Prostatakreft er den hyppigste kreftformen hos menn i Norge med 4978 nye tilfeller i 2011. Noe som utgjør cirka 30 % av alle nye krefttilfeller hos menn (2). Sykdommen er ofte omtalt som en «gammelmannssykdom», og omtrent 90 % av de nye tilfeller oppstår hos menn over 60 år, men i de senere årene har vi sett en økning hos menn under 60 år (2).

Valg av behandling følger «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk,





**OPTIMISTER:** Å ha en positiv innstilling blir beskrevet som vesentlig både av mennene med kreft og av ektefellene deres. De synes det er viktig å se muligheter. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

behandling og oppfølging av prostatakreft» (3). Operasjon, radikal prostatectomi og strålebehandling er de vanligste behandlingsformene med et kurativt formål. I noen situasjoner er «aktiv oppfølging» et alternativ for å utsette potensiell kurativ behandling og dermed de mulige bivirkninger som vi vet kan oppstå. Hormonbehandling alene benyttes dersom operasjon eller strålebehandling ikke er en mulighet ved diagnosetidspunktet. Hensikten er å holde sykdommen i sjakk og hindre plagsomme symptomer. Hormonbehandling kan også være aktuelt i kombinasjon med operasjon og strålebehandling (3;4). De nevnte behandlingsformene kan medføre bivirkninger og ulike plager, der erektil dysfunksjon/potensproblemer og plager fra urinveier med lekkasje og hyppig vannlating er de vanligste (3). Selv om de fleste problemene bedrer seg i løpet av det første året etter operasjon og strålebehandling, viser tidligere studier vedvarende potensproblemer hos opp til 70-80 % av menn etter radikal prostatectomi, og vannlatingproblemer hos opptil 20-40 % (5;6). Forbedringer i kirurgiske teknikker og økt fokus på bekkenbunnstrening har redusert problemene noe i de senere årene (7). Strålebehandling kan gi proktitt hos opp til 20 % av mennene, og erektil dysfunksjon kan oppstå etter mange år hos opptil 30-45 % (3). Hormonbehandling kan medføre bivirkninger hos mange, hvor hetetokter, osteoporose, tretthet

(fatigue), mangel på seksuell lyst og impotens er de vanligste (8;9). Det er viktig å være oppmerksom på at ikke alle menn får disse bivirkningen. Tallene for hvor mange som plages varierer i ulike studier, og graden av plagsomhet kan også variere, men for mange menn vil behandlingen kunne gi plager for resten av livet.

#### **Kropp og maskulinitet**

De fleste mennene i studien opplevde det som et sjokk å ha en så alvorlig sykdom som kreft uten tydeligere fysiske symptomer ved diagnosetidspunktet, og det tok en tid å ta inn at det faktisk var kreft. Den første tiden etter at diagnosen var stilt var de fleste mennene opptatt av kreftdiagnosen, for selv om mange i dag blir friske av kreft er det fortsatt en skremmende sykdom å få.

## **«Ektefellen var den helt sentrale støttepersonen for mennene.»**

De kroppslige endringene ble tydelige gjennom bivirkninger av behandlingen, og mennenes oppmerksomhet ble etter en tid rettet mot fysiske følger av sykdommen og bivirkninger av behandling.

Mange beskrev at de opplevde seg «alene» hjemme, med en uro i forhold til hvordan de skulle forstå og forholde seg til kroppslige endringer, Hva var vanlig? Flere hadde de samme problemene med hyppig vannlating som før diagnosen – og det var vanskelig å vite når de skulle kontakte fastlegen for fysiske plager.

## «Til tross for at sykdommen ga ulike plager dominerte den ikke i hverdagen.»

Seksualitet var et tema for alle mennene i intervjuene. Spesielt de yngste, de rundt 60 år og som fikk hormonbehandling, var opptatt av mangel på seksuell lyst og redusert eller manglende evne til ereksjon. Mennene brukte utsagn som «... ingen seksuell reaksjon... den er tørket ut» og at «tiden som førsteelsker er over» for å beskrive endringene. De eldste mennene ga uttrykk for at de hadde forsont seg med at seksuallivet var endret, og sa at det var en liten pris å betale for å forlenge livet.

Mange menn var og opptatt av hvilken betydning potensproblemene hadde for ektefellene og relasjonen dem i mellom. De synes det var trasig at sykdommen hadde så stor innvirkning på ektefellenes situasjon. En mann som fikk hormonbehandling reflekterte over manglende lyst og sa at «... Det setter en jo som mann helt ut av spill... skulle gjerne ha snakket med de (legene) om det er noe mer å gjøre... jeg er jo ikke så gammel. Men det er klart for meg som spiser medisiner så merker jeg det ikke, men kanskje hun jeg bor sammen med, det er jo...». Noen ektefeller opplevde de seksuelle utfordringene som problematiske for seg selv, og for relasjonen mellom dem som ektefeller. Andre ga uttrykk for at mindre fokus på samleie og redusert seksuell aktivitet er en naturlig utvikling når en blir eldre, de fokuserte på andre sider av samlivet. Seksualitet og potensproblemer er et følsomt område og felles for mange par var et ønske om å skåne hverandre, og for kvinnene å støtte opp om mennenes maskulinitet. «... jeg var veldig redd for å såre XXX, og ... redd for å bli såret selv også, men jeg følte egentlig at jeg hadde så fokus på han at jeg på en måte glemte meg selv». Noen ektefeller mente at sykdommen knyttet dem nærmere sammen. En sterk «vi-følelse» ble tydelig i alle intervjuene med ektefellene, dette var noe de sto i sammen. Noen ektefeller beskrev at de følte seg sterkere sammen som par enn tidligere.

I poliklinikken var seksualitet et tema i oppfølgingen, men mange menn opplevde at legene fokuserte for mye på informasjon om medikamentell behandling for impotens, og mindre på andre sider av seksuallivet. Dette er i tråd med funn i tidligere studier av kroppslige endringer ved prostatakreft. Det er ofte et stort fokus på å få ereksjon, og for noen menn kan det oppleves som et ekstra press i en situasjon med alvorlig sykdom (10).

Selv om urinlekkasje og er en relativt hyppig bivirkning ved prostatakreft har det vært mindre fokus på dette problemet i forskning. Mange menn opplevde det som plagsomt i hverdagen, og noe som krevde planlegging av aktiviteter og reiser. Ingen av mennene fortalte om bruk av bleier eller natt truser, men ektefeller beskrev det som utfordrende for de mennene som var i en sårn situasjon.

Hetetokter og vektøkning i forbindelse med hormonbehandling ble beskrevet som ubehagelig. Noen merket at kroppen var «svakere», de opplevde økt tretthet, treghet og klarte ikke lenger det samme som før. Som for vannlatingsproblemer er dette et område som er lite studert hos menn med prostatakreft. En mann beskrev endringen slik: «... før om årene har jeg gått på ski, har vært gjennomvåt av svette når jeg kom hjem, istapper i håret, ... i sommer (har jeg) vært og plukket bær». Selv om dette innebar en stor endring, levde han godt med det i hverdagen.

Kroppen er vår tilgang til verden sier Merleau-Ponty (11) og en endret kropp kan medføre en endret måte å være i verden på. Samtidig vil omgivelsene ha forventninger til hvordan menn (og kvinner) opptrer. I de vestlige samfunn er maskulinitet knyttet til kropp og hvordan menn opptrer og fremtrer (12). Det ideelle er å være muskuløs med en sterk, atletisk fysikk (13). Bivirkninger fra behandling av prostatakreft kan for mange true opplevelsen av maskulinitet. Både menn og ektefeller var opptatt av det «å være mann» og ektefeller beskrev det å bidra til å opprettholde mannens opplevelse av manndom som viktig. De fysiske endringene åpnet for refleksjoner knyttet til maskulinitet i intervjuene av mennene, og det å være mann i videre forstand enn rent seksuelt.

### Å forholde seg til kroppslige endringer

Til tross for at sykdommen ga mange menn ulike plager dominerte den ikke i hverdagen. De fleste ønsket å leve som før og gjorde det med noen tilpassninger. Samtidig beskrev de en økt oppmerksomhet i forhold til kroppslige endringer. Når kroppen fungerer forholder vi oss ikke til den, vi tenker ikke over

den i det daglige. Først når noe er annerledes, som bivirkninger av behandling, blir vi oppmerksomme og kroppen blir tydelig for oss (14). Mange beskrev at det var lett å bli urolig når det oppsto smerter eller ukjente tegn fra kroppen, og de relaterte alle «ondter» eller endringer til kreftsykdommen. De kroppslige endringer ble fort en kilde for usikkerhet og engstelse i hverdagen.

I forhold til brystkreft hos kvinner er prostatakreft en sykdom det ikke er så mye offentlig oppmerksomhet eller informasjon knyttet til. En mann sammenlignet oppmerksomheten på denne måten; «... kona mi har holdt «Kvinner og klær» i alle år, man kan nesten ikke åpne et nummer uten at det står et eller annet om brystkreft ... Jeg har hatt «Vi menn», og har lest det i alle år... det har ikke stått et pip». Prostatakreft og bivirkninger ved behandling handler om intime ting, og kan fortsatt sies å være et tabubelagt emne selv om prostatakreftforeningen (PROFO) de senere årene har gjort et stort og viktig arbeid i forhold til informasjon og større åpenhet om prostatakreft.

Ektefellen var den helt sentrale støttepersonen for mennene i denne studien, noe som er tydelig i studier fra andre land også (15;16). Det påstås at menn har et distansert forhold til sykdom både verbalt, sosialt og mentalt og ikke har så lett for å snakke om følelser (17;18). Samtidig sies det at menn gjerne snakker om sykdom bare det gis rom og anledning til det (18). Mennene i denne studien var åpne om sin situasjon, men de var tydelig på at de ønsket å snakke om sykdommen og de kroppslige endringene med noen som hadde kunnskap. Dette kunne være andre med prostatakreft eller helsearbeidere med kunnskap om prostatakreft; «... å snakke med Gud og hvermandsen er ikke fruktbart... det er ingen vits og bidrar bare til å sette en selv i dårlig humør».

Å ha en positiv innstilling ble beskrevet som vesentlig både av mennene og ektefellene, i betydningen å se muligheter og ikke å bli overveldet av situasjonen. Den danske livsfilosofien betoner

#### SMERTER GIR BEKYMNING:

Mange blir urolige og engstelige når de kjenner smerter, og frykter at smertene skyldes kreftsykdommen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



**LETTERE MED LATTER:** Humor bidrar til å redusere forlegenhet og å lede oppmerksomheten bort fra sensitive tema. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

livsmot som sentralt ved endringer i livet, og for å tilpasse seg til en ny livssituasjon, eller en måte å leve med sykdommen i hverdagen (19-22). Humor og galgenhumor ble trukket fram som viktige elementer i hverdagen. Humor kan bidra til å redusere forlegenhet og lede oppmerksomheten bort fra sensitive tema (23), men mennene var opptatt av situasjon og hvem som «initierte» humor. En ektefelle fortalte hvordan de kunne spøke med det å bruke natt-truser på grunn av lekkasje, «... da fleiper vi litt med at han kler på seg «Up and go» (bleier)».

Alt i alt beskrev mennene og deres ektefeller at de levde godt med sykdommen, de hadde tilpasset seg situasjonen på hver sine måter. For mennenes del var de mer ettertenksomme, og i type beredskap for at noe skulle skje i forhold til sykdommen,

de kjente etter. Det kan synes som ektefellene ble mer oppmerksom på sine egne behov etter hvert. Den første tiden sto mennene og deres behov i fremste rekke og de var sentral for mennenes mestring. Som en mann sa; «*Som mannlig kreftsyk trenger du humor, mot og en kjerring som presser på*».

Prostatakraft og kroppslige endringer på grunn av sykdom og behandling gir menn og deres ektefeller ulike utfordringer i hverdagslivet. Disse problemstillingene utfordrer også helsevesenet, spesielt knyttet til; informasjon og kommunikasjon – ikke bare informasjon om remedier for impotens, organisering av oppfølging for denne pasientgruppen, hvordan støtte opp om pasienter og pårørendes ressurser, og ikke minst bør ektefeller inkluderes tydeligere underveis og i oppfølging (om mennene tillater). ■

**«Humor og galgenhumor ble trukket fram som viktige elementer i hverdagen.»**

# Sykepleien på nettbrett



Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Referanser:

1. Ervik B. Everyday life with prostate cancer: A qualitative study of men's and spouses' experiences. Universitetet i Tromsø; 2012.
2. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2011 Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo; 2013.
3. Johannesen D.C., Klepp O., Berge V., et al. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakreft. Oslo: Helsedirektoratet; 2009 Dec.
4. Schulman C.C., Irani J., Morote J., et al. Androgen-Deprivation Therapy in Prostate Cancer: A European Expert Panel Review. European Association of Urology 2010;9:675-91.
5. Parker W., Wang R., Chang H., Wood D.J. Five year Expanded Prostate cancer Index Composite-based quality of life outcomes after prostatectomy for localized prostate cancer. British Journal of Urology International 2011;107(4):585-90.
6. Talcott J.A., Manola J., Clark J.A., et al. Time Course and Predictors of Symptoms After Primary Prostate Cancer Therapy. Journal of Clinical Oncology 2003;21(21):3979-86.
7. Overgård M., Angelsen A., Lydersen S., Mørkve S. Does Physiotherapist-Guided Pelvic Floor Muscle Training Reduce Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy? A Randomized Controlled Trial. European Urology 2008;54(2):438-48.
8. Statens legemiddelverk. Terapi anbefalinger. Nytt om legemidler Statens legemiddelverk; 2004. Report No.: 27.4.
9. Stone P., Hardy J., Huddart R., et al. Fatigue in patients with prostate cancer receiving hormone therapy. European Journal of Cancer 2000;36(9):1134-41.
10. Wassersug R.J. Mastering Emasculation. Journal of Clinical Oncology 2009;27(4):634-6.
11. Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag, 1994.
12. Watson J. Male Bodies health, culture and identity. Buckingham Philadelphia: Open University Press, 2000.
13. Oliffe J. Embodied masculinity and androgen deprivation therapy. Sociology of Health & Illness 2006;28(4):410-32.
14. Leder D. The absent body. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1990.
15. Fergus K.D., Gray R.E., Fitch M.I., et al. Active Consideration: Conceptualizing Patient-Provided Support for Spouse Caregivers in the Context of Prostate Cancer. Qualitative Health Research 2002;12(4):492-514.
16. Harden J., Northhouse L., Mood D. Qualitative Analysis of Couples' Experience With Prostate Cancer by Age Cohort. Cancer Nursing 2006;29(5):367-77.
17. Manii D., Ammerman D. Man and Cancer: A study of the Needs of Male Cancer Patients in Treatment. Journal of Psychosocial Oncology 2008;26(2):87-102.
18. Simonsen S.S. Mænd, sundhæt og sygdom - ronkedorfenomenet Forlaget Klim, 2006.
19. Delmar C. The phenomenology of life phenomena - in a nursing context. Nursing Philosophy 2006;7:235-46.
20. Løgstrup K.E. Udfordringer Forlaget Mimer, 1988.
21. Løgstrup K.E. Den etiske fordring 1999.
22. Pahuus M. Livsfilosofi. Lykke og lidelse i eksistens og litteratur. Århus: Philosophia, 1995.
23. George A., Fleming P. Factors affecting men's help-seeking in the early detection of prostate cancer: implication for health promotion. The Journal of Men's Health & Gender 2004;1(4):345-52.

## 19. juni kommer første utgave av Sykepleien i nettbrettversjon.

Last ned appen fra appstore, og du får tilgang til Sykepleien ved å registrere deg med medlemsnummer.

Ikke-medlemmer kan kjøpe enkeltutgaver eller abonnere.

Brettversjonen vil inneholde de samme artiklene som papirmagasinet, men flere bilder, film mm som vil gjøre det til en rikere opplevelse. Har du lastet ned, kan du lese bladet på iPaden uten å ha nettilgang.





Om ti minutter

skal jeg gi en svært syk pasient en god nyhet

Tenk deg et liv med ekstrem nattesvette, forstørret milt, skjelettsmerter og utmattelse.<sup>1,2</sup> Og tenk deg et liv med betydelig reduserte plager.<sup>1,2</sup>

Jakavi er et viktig fremskritt i behandlingen av myelofibrose. Jakavi reduserer de alvorlige symptomene og gir økt overlevelse for pasienter med myelofibrose.<sup>1,2,3,4,5</sup>



 **JAKAVI**<sup>TM</sup>

En ny mulighet

# Brystkrefterertes kroppsførståelse

Det er flott dersom moderne kirurgi og andre hjelpemidler gjør at kvinner føler seg tilfreds med egen kropp, men det er trist dersom man føler seg mislykket fordi andre definerer hva som er normal og forventet standard for kropp, helse og utseende.



Tekst **Vibeke Bårnes**, Cand.polit. sosialantropologi, Universitetsbibliotekar i samfunnsfag UIT Norges arktiske universitet

Jeg vil i denne artikkelen se på flere sider ved kreftererte kvinners kropp og kroppsførståelse sett i lys av samtidas kroppsbilder, krav og forventninger til skjønnhet, slanking og helse.

Min faglige bakgrunn er ikke innen medisin eller helse. Jeg er samfunnsviter og har i mange år interessert meg for det som kalles kroppssosiologi, det vil si den samfunnskapte kroppen, og kroppsanthropologi, den kulturskapte kroppen. Denne artikkelen er en bearbeidet utgave av et foredrag med tittelen *Kvinner, kropp og kreft: kulturhistoriske betraktninger omkring brystkreft, kroppsbilder og identitet*, som jeg har holdt ved ulike anledninger.

Når man snakker om kvinnebryst og kvinners kropp generelt, må man se det i lys av de kroppsidealer og den kroppsetetikk slik det defineres og realiseres i dagens samfunn. Begrepet kroppsbilder bruker jeg om måten kroppen som fysisk, sosialt og symbolsk fenomen blir tolket og oppfattet. Identitet er det psykologiske og kulturelle selvbildet som blir reflektert, bekreftet og eventuelt forsterket i samspill med den sosiale virkeligheten rundt oss. Bevisstheten rundt det å ha en kropp og å være i en kropp

er veldig fokusert i det vi kan kalle det postmoderne samfunnet. Og den visuelle kulturen, – det at vi er omgitt av bilder overalt, gjennom tv, film, reklame, papirmedier og sosiale medier, gjør at vi ser kropper overalt. Også vår egen kropp blir vi bevisst og ser på nye måter fordi bilder innbyr til sammenlikning.

Historisk sett har menneskekroppen aldri hatt så mange muligheter til å endres og opereres som i dag. Individualisme og frihet til å velge livsstil etter egen smak og tidas trender, gjør at man kan forme og modifisere kroppen til et ønsket resultat. Kroppen er gått fra å være en tilstand til å bli en gjenstand som kan manipuleres etter ønsker og behov. Man kan si at kroppen er gått over fra å være natur til å bli et kulturprodukt. Visuelt sett er enkelte deler av kroppen mer fokusert enn andre, for eksempel kvinnebryst.

## Brystkreftererte kropper

I Norge avdekkes det opp mot 3000 nye tilfeller av brystkreft hvert år (1). Det betyr i sin tur at cirka 35 000 kvinner rundt oss er brystkreftererte, men det ser vi vanligvis ikke, ikke engang i svømmebassenget, fordi de aller fleste bruker proteser, er brystbevarende operert eller

kirurgisk rekonstruert. For offentligheten kan de stort sett skjule sin asymmetri, men for seg selv og sine nærmeste vil det fysiske, og kanskje også det psykiske resultatet av et brysttap, alltid være der. Brystkreft er altså en sykdom som gir fysiske og synlige spor eller arr, også etter at man er erklært frisk eller symptomfri.

For bare noen tiår tilbake måtte man gå til medisinsk spesiallitteratur for å finne bilder av brystopererte kvinner. De siste årene har stadig flere kvinner stått frem offentlig med bilder og fortellinger om sin kreftsykdom. Denne åpenheten betyr mye for mange kreftererte. Samtidig skal vi være oppmerksomme på at ikke alle kvinner er komfortable med så mye fokus på egen kropp og sykdom.

Kvinnebrystet er et privat og intimt organ, men samtidig er det gjenstand for offentlig oppmerksomhet, evaluering og kritikk. Hva betyr det så for ei kvinne å miste en kroppsdell som er så ladet med symbolikk, følelser og allmenn interesse? Da kan vi først spørre oss hva er og hva betyr et kvinnebryst?

## Bryst og kultur

Det er spesielt i Europa og USA at kvinnebryst har fått et seksualisert og





**VI SES IKKE:** Omtrent 35 000 norske kvinner er brystkrefteropererte, men det ser vi vanligvis ikke, fordi de aller fleste bruker proteser, er brystbevarende operert eller kirurgisk rekonstruert. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

kommersielt uttrykk. I mange kulturer i Afrika, Sør-Amerika og på stillehavsøyene der kvinner tradisjonelt har gått med utildekt overkropp, har brystene ikke fått det erotiske og seksuelle innholdet det har fått i Vesten. I vår del av verden blir kvinnebryst ikke lenger først og fremst forbundet med sin naturlige funksjon som melkeprodusenter for spedbarn. Det er faktisk blitt sånn at dersom man ammer unger som er forbi babystadiet, synes mange i vår kultur at det er ekkelt og unaturlig. Nå blir brystene nesten utelukkende vurdert som blikkfang eller erotiske attributter. Det dominerende kroppsidealet i mote- og underholdningsverden signaliserer at man skal være så slank som mulig på hele kroppen, unntatt brystene. De bør være store eller i hvert fall så struttende

som mulig. Jeg finner ikke eksakte tall, men man regner med at det er mer enn ti ganger så mange friske kvinner som har innoperert kosmetiske silikonpupper som det er krefteropererte med medisinsk begrunnede brystimplantater.

Kvinnekroppen er tilgjengelig for alle i symbolsk og metaforisk forstand. Den er blottet og utstilt gjennom det kroppsfikserte og seksualiserte blikket som reklame og underholdning uavlatelig tilbyr oss. I dag reagerer ingen på halvnakne kvinnekropper i det offentlige rom, det være seg store utringninger, mage- og navleblotting, intime piercinger og tatoveringer eller trange og kroppsutleverende klær. Jeg har tenkt på dette paradokset: På relativt kort tid, historisk sett, aksepterer vi nå det meste innen kropp, klær og moter, til og med at småjenter går i miniutgaver

av kvinneklær og at eldre damer kan vise kløft, som det heter.

Så hvorfor blir så mange provosert når kvinner fra andre kulturer dekker til kroppen sin med fotside kjoler, og skaut eller hijab som skjuler hår og hals?

Det er i dagens vestlige kultur lite akseptert med offentlig eksponering av kroppslige defekter eller avvik, det være seg brystløse eller skallete kvinner eller andre fysiske amputasjoner og handicap. Til og med ubarberte kvinnelegger og hår under armene oppleves som sosialt stigmatiserende og vekker avsky hos enkelte. I dag er det vanlig at unge jenter og kvinner også intimerbarerer seg.

### Kroppsfokus

Kvinner blir hele tida gjort oppmerksom på at det alltid går an å se penere,

## «Ekte skjønnhet, sunnhet og selvtillit kan ikke kjøpes, konstrueres eller opereres.»

slankere og yngre ut. I en større Narvesen-kiosk telte jeg mer enn 80 glansete blad og magasin som retter seg mot kvinner og omhandler mote, sminke, slanking og trening. Det er en bestemt type kroppsideal og skjønnhetsstandard som dominerer, noe av det ligger nær opptil det vi kan kalle en pornografisk estetikk. Det å være sexy og kroppsliveleverende etter kommersielt definerte normer har blitt normalisert.

Flere undersøkelser (2) viser at et flertall av unge jenter og voksne kvinner er misfornøyd med vekta eller utseendet sitt, og at mange kunne tenke seg plastisk operasjoner på ett eller flere områder på kroppen. Dette kroppsfokuset fører også til at svært mange opplever at de ikke matcher de rådende idealene. Vi vet også at stadig flere utvikler sin misnøye så langt at det fører til kroppshat i form av spiseforstyrrelser og selvskading. Jeg har også tenkt over dette paradokset: Dagens unge jenter blir overrasket når de hører at da vi var ung på 70-tallet, brukte vi ikke BH, solte oss med bar overkropp, barberte aldri kroppshår og prøvde å ha et naturlig forhold til nakenhet og kropp. I dag kan de fleste jenter og unge kvinner ikke tenke seg å sole seg toppløs i offentlighet, og lærere kan fortelle at de fleste dusjer med undertøyet på, om de i det hele tatt dusjer. Det naturlige nakne er igjen blitt det skamfulle og skjulte. Men samtidig og ironisk nok er mange av dagens unge jenter villige til å blotte brystene sine, posere utfordrende eller legge ut nakenbilder av seg selv på internett, eller de blogger og twitterer uanstrengt om egne sexerfaringer og andre intime forhold.

Kvinner blir nå mer enn noen gang vurdert på sitt totale utseende, men vi blir også evaluert og redusert til våre enkelte kroppsdeler. Det har nylig vært en større mediedebatt (3) om de mange

nedsettende navnene på kvinners aldring og kroppslige endring: Kalkunhals, grevinneheng på underarmer, ridebukselår, muffinmage, hønserumpe om rynker rundt munnen, appelsinhud, bølgepappnegler med mer. Hos menn har jeg, bortsett fra ølmage og måne på hodet, ikke funnet like mange festlige navn på kroppslig forfall. Tvert imot kanskje, for en gråhåret, tjukk mann blir gjerne omtalt som en gråsprenget herre med pondus!

### Språk, makt og avmakt

For de fleste brystkrefteropererte skal det mot til for å fremstå med kroppslige avvik i ei tid der den såkalte idealkroppen har normativ status. I tillegg opplever mange å bli utsatt for moralske vurderinger for hvordan folk ser ut og bør se ut. Erfaringer og fortellinger jeg har tilegnet meg i møte med brystkrefteropererte, forteller om kvinner som flere år etter operasjonen ikke klarer å se seg selv i speilet når de kommer ut av dusjen, ikke kler seg naken for sin egen mann, og ei kvinne vegret seg for å ha barnebarna på fanget av redsel for at de skulle oppdage protesen.

To medievante kvinner (4) startet for et par år siden en aksjon og ei Facebookside for å få ned ventetida på rekonstruksjon av bryst etter kreft. Vel og bra kanskje, men språkbruken deres fikk mange til å reagere. De argumenterte med at brystkrefteropererte kvinner føler seg skamferte, ufeminine og usexy, og at rekonstruksjon nærmest er nødvendig for å bli «en hel kvinne med god livskvalitet». Da må man spørre seg hvorfor det eventuelt er slik, og hvem som har definisjonsmakt til å uttale seg om hva som er vakkert, feminint og såkalt «riktig» utseende. Dette har med kvinnesyn og kroppsforståelse å gjøre. I stedet for å bli møtt med at «vi venter fanden meg ikke

på ny pupp etter kreft», skulle jeg ønske at man møter dem som nettopp har fått en brystkreftdiagnose eller er nyoperert, med at man også kan føle seg vakker, stolt og feminin med et flatt bryst og et hårløst hode.

Da jeg selv måtte fjerne et bryst og mistet alt kroppshår for snart sju år siden, ble jeg straks tilbudt løs silikonprotese og rekvisisjon på parykk. (Det kom faktisk noen fra Kreftforeningen til sykehuset med en vattprotese til såret var grodd, som om det gjaldt å skjule alle spor så fort som mulig.) Jeg opplevde ingen alternative forbilder eller noen som ga uttrykk for at det også er greit å gå uten protese eller parykk; det måtte jeg selv finne ut av. Mange brystopererte kvinner jeg kjenner, ble såret og støtt over uttalelsene fra disse rekonstruksjonsforkjemperne, mens jeg bare ble irritert og provosert. Jeg føler meg slett ikke skamferte og ukvinnelig. Tvert imot; jeg er lykkelig over at det kreftsyke brystet ble operert vekk, og jeg er stolt over arret mitt som jeg ikke ser noen grunn til å skjule, verken med eller uten klær. Da jeg spurte mannen min hva han syntes om at jeg kom til å få bare ett bryst, svarte han enkelt og pragmatisk: «Ja, ja, ett flatt bryst og ett flott bryst!». Hvorfor forteller jeg dette? Fordi holdninger og språkbruk har mye å si for hvordan vi oppfatter og opplever en situasjon. Språk er makt. Ord og begreper vi bruker er definierende. Dersom vi sier at en brystoperert kvinne er skamferte, usexy og ukvinnelig, påvirker det holdninger og verdier omkring kropp og helse, både bevisst og ubevisst. Bruker vi derimot oppmuntrende og positive ord og betegnelser på noe, så blir det gjerne det eller vi opplever det som det. Vi vet jo alle at ei halvfull flaske vin høres mye bedre ut enn ei halvtom, selv om det er samme



**ENKEL LØSNING:** Brystkreftererte kvinner må kunne føle seg fine selv uten å få konstruert et nytt bryst ved operasjon. Hvis man vil ha en enkel løsning, finnes det mange typer løse proteser. Fordelen med dem er at de kan skiftes ut ved behov og slitasje, og de er uten bivirkninger. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

flaska. Jeg tror det ville være bra om helsearbeidere innen kreftomsorgen kunne formidle at det er helt greit å finne sin egen måte å være krefterert på ved å ta hensyn til egne reaksjoner og finne sin identitet som pasient og kvinne.

#### Fra kroppsfokus og kompleksitet til stolthet og synliggjøring?

For bare noen tiår tilbake, måtte man gå til medisinsk spesiallitteratur for å finne bilder av brystopererte kvinner. Jeg vokste opp med tre tanter som var brystkreftererte. Jeg visste om det, men det ble aldri snakket om, og jeg kunne heller ikke se det på dem. Det er særlig de siste årene jeg har sett ei endring i åpenhet omkring brystopererte kropper, der flere kvinner, spesielt yngre, lar seg avbilde avkledd på overkroppen. Ofte er det i forbindelse med diskusjonen rundt ventelistene på rekonstruksjon, men også for å vise at kreftererte har fine kropper. Det kan også ses på som en reaksjon mot at nakne kropper, og spesielt kvinnekropper til filmstjerner, modeller og andre kjendiser nærmest er blitt overeksponert i alle slags medier. I

USA har feminister og kunstnere synliggjort brystkreftererte kvinner på en ny måte. Ved å eksponere brystopererte kropper vil de fremme stolthet og bevisstgjøring omkring det å leve med ettervirkninger av kreft. Arret er et symbol på overlevelse og seier: «We are the survivors!».

The Scar Project (5) er et kunstprosjekt der fotografen David Jay har tatt bilder av utallige brystkreftererte og lagd utstillinger og nettsider, for å øke bevisstheten omkring brystkreft og vise kroppene bak de rosa sløyfene, som han selv uttrykker det. Stolthet over og synliggjøring av kropper preget av sykdom og operasjoner kan kanskje også føre til at kvinner med andre opplevde «skavanker» eller egendefinerte utilstrekkeligheter, kan få økt selvtillit og et nytt syn på egen kropp.

## «Vi må tørre å være annerledes.»

The Breast Cancer Awareness Body Paint Project (6) er et annet prosjekt fra USA. Designeren Michael Colanero tar i bruk humor og kroppsmaler og dekore-

rer alle slags kropper for å samle penger til et fond som skal hjelpe brystkreftererte kvinner under 30 år.

#### Rekonstruksjon eller ikke?

I medier og den offentlige debatt har rekonstruksjon blitt framstilt som det eneste riktige og viktige for brystkreftererte, og brystkreftererte får vanligvis en positiv, men ensidig framstilling av hva dette innebærer. Rekonstruksjon av bryst med eget kroppsvev er en stor og inngripende operasjon, som vanligvis og forhåpentligvis skal være irreversibel. Jeg tror det er viktig at brystopererte kvinner venter ei stund med å ta stilling til et slikt omfattende inngrep. Kanskje kan ventetiden være viktig for å få tenkt igjennom om det er det man virkelig vil, om et enklere inngrep eller andre former for proteser er bra nok, eller om

det kanskje føles greit med den kroppen man har. Man trenger tid til å bli fortrolig og trygg på sin «nye» overkropp og finne ut hva som fungerer best i forhold



**SKJØNNHET KOMMER INNENFRA:** Ekte skjønnhet, sunnhet og selvtillit kan ikke kjøpes, konstrueres eller opereres. Det kommer innenfra. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

til ens egen hverdag og livsstil. Kroppsform og brysttyngde kan også ha noe å si for hvilken løsning man velger.

Jeg har i flere år hatt bassentrening med andre brystkreftererte, og det er flere som, mens de står på venteliste, har uttrykt tvil om de skal rekonstruere seg eller ikke. Noen gir også uttrykk for at størrelsen på det gjenværende brystet er mer problematisk enn mangelen av det andre. Kanskje brystreduksjon på det friske brystet er en bedre løsning for dem? Tyngden av både ett og to bryst kan føre til belastningsproblemer for rygg og skuldre.

Det fins mange typer løse proteser, også de som kan festes direkte på huden. Fordelen med løse proteser er at de kan skiftes ut ved behov og slitasje, de er gratis og uten bivirkninger. De fleste kvinner endrer jo form og størrelse på brystene på grunn av amming, aldring, vektøkning eller slanking. Da vil gjerne det ekte brystet bli mer og mer ulikt det rekonstruerte.

Da jeg som relativt nyoperert fikk informasjon om rekonstruksjon på et seminar, ble det fortalt lite eller ingenting om negative eller uheldige sider ved et slikt omfattende inngrep. Kvinner bør derfor rådes til å bruke tid og erfaringer fra andre før de selv tar en beslutning om rekonstruksjon. De fleste rekonstruksjoner er sikkert vellykkete medisinsk sett, men vi hører jo stort sett bare om de kvinnene som er fornøyd med resultatet. På et seminar for ferdigbehandlete brystkreftpasienter, fikk vi høre flere rekonstruerte som var misfornøyd, reoperert opptil flere ganger eller direkte plaget av resultatet. Som utenforstående kan man lett tro at kvinner med «usynlige» kreftformer, som for eksempel livmor- eller eggstokkreft, har det mindre problematisk enn de som har fått fjernet bryst. Men en kvinne som først hadde fjernet et bryst og senere måtte fjerne det meste i underlivet, fortalte at fraværet av brystet aldri hadde plaget henne. Derimot var ettervirkningene av underlivsopera-

sjonen, med tørre slimhinner, ødelagt seksuelliv og generelt dårlig livskvalitet, et mye større problem for henne.

Brystkreftutsatte kvinner ønsker seg først og fremst et nytt bryst på grunn av det eller de operative inngrepene de har vært utsatt for. Men også friske kvinner med egne bryst ønsker seg ofte silikoninnlegg, brystforstørrelser eller andre endringer i puppene sine. Det er sikkert mange grunner til det, og man trenger vanligvis ikke begrunne slike ønsker når man selv betaler på private klinikker. Men det er interessant å tenke på at mangel på selvtillit, kompleksitet på grunn av utseendet eller andre personlige problemer kan ligge bak, og at de nye brystene ikke nødvendigvis løser noen problemer. En kosmetisk kirurg fortalte på et seminar at de fleste friske kvinner som ønsker silikon er i 20-årsalderen når de få lagt inn implantater, men at de ofte tar dem ut igjen i 30-årsalderen. Enkelte blir også frarådet silikonforstørrelser når man skjønner at det er helt andre problemer de sliter med.

Personlig har jeg tatt et valg om ikke å rekonstrueres. Fravær av et bryst har aldri plaget meg. Arret minner meg kun om at jeg er heldig som er frisk og symptomfri. Jeg har en løs silikonprotese, men den blir aldri brukt, ikke engang til selskapsbruk, slik jeg hadde trodd. Jeg er nå så vant til å være flat på den ene siden at jeg ikke tenker på det. Tap av et bryst er faktisk et ikke-problem sammenliknet med at jeg måtte fjerne alle lymfene under armen. I begynnelsen fikk jeg lymfødeme og ble også akuttinnlagt for roseninfeksjon. Men selv om jeg ikke er plaget lenger, ville jeg faktisk gladelig byttet bort det friske brystet mot å få lymfene og immunforsvaret tilbake i armen.

Mange tenker kanskje ikke på hvor arrete de blir etter en rekonstruksjon, også på andre deler av kroppen der kroppsvevet hentes fra. Dette er arr som blir mer synlige med alderen og slappere hud. Det opplyses heller ikke

## «Jeg føler meg slett ikke skamfært og ukvinnelig.»

at det rekonstruerte brystet har lite eller ingen følsomhet, og at man derved mister brystet som erogen sone. Motsatt er arret etter mastektomi svært følsomt og mottakelig for berøring, og ved å være seg bevisst dette som et vakkert og sensitivt område, kan man få en positiv opplevelse av brysttapet. Ikke bare språket, men holdninger og opplevelser er subjektive og egendefinerte. Vi bestemmer faktisk selv i stor grad hva som er viktig og hvordan vi vil ha det. Dette er en type bevisstgjøring jeg savner på kurs som tilbys pasienter der man ellers fokuserer på kosthold, trening, yoga eller mindfulness. Kvinner opplever selvsagt et brysttap svært ulikt; noen takler det etter hvert helt greit, mens andre aldri klarer å forsone seg med det. Det må vi akseptere, men en god hjelp ville være å få frem ulikhetene og mangfoldet hos brystkrefterte og alminneliggjørende sykdom, tap av kroppsdel og andre funksjoner som en del av det levde liv.

### Kroppsaksept og selvtillit

Jeg har i denne artikkelen gjennomgått flere sider ved krefterte kvinners kropp og kroppsforståelse. Hvordan ei kvinne kan og bør se ut er historisk, kulturelt og sosialt betinget og underlagt trender og ideologier i samtida.

Det er flott dersom moderne kirurgi og andre hjelpemidler gjør at kvinner føler seg tilfreds og fortrolig med egen kropp og identitet, men det er trist dersom man føler seg misfornøyd og mislykket fordi andre definerer hva som er normal og forventet standard for kropp, helse og utseende. Ekte skjønnhet, sunnhet og selvtillit kan ikke kjøpes, konstrueres eller opereres. Det er det vi selv som utstråler fordi det også kommer innenfra. Vi må tørre å være annerledes og særegen på egne premisser. Det er vi selv som må ha et

komfortabelt og bevisst forhold til egen kropp og være med på å definere eller omdefinere hva skjønnhet, sunnhet og selvtillit skal innebære. Det gjør vi best ved å være bevisst på språkbruk, holdninger, forbilder og fokus.

Denne artikkelen er skrevet ut ifra egne erfaringer som brystkreftertert og mine interesser for kvinners kropp i et samfunnsperspektiv. Mitt håp er at dette kan føre til refleksjon, debatt og et helhetlig og gjerne alternativt syn på brystkrefterte kvinner, og alle andre kvinner, som sliter med kroppsrelatert selvbilde og selvtillit. ■

### Referanser:

1. <http://brystkreftforeningen.no/om-brystkreft>
2. Hauge, Benedicte: Kropp, identitet og mat: En kvalitativ studie av kvinnelige medlemmer i vektklubb.no. Masteroppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo, 2007.
3. Breen, Marta: «Den kvinnelige anatomi» i Dagsavisen 21.03.2014 og NRK1, Debatten 27.02.2014 «Ørd som hater kvinner».
4. P4-programleder Lise Askvik: «Nå er jeg ei forbanna megge». Dagbladet 23.02.2012:30, del 2
5. Søk The scar project på Internett eller denne webadressen: <http://www.davidjayphotography.com/GalleryMain.asp?GalleryID=64806&AKey=QN29HFXP>
6. Søk The Breast Cancer Awareness Body Paint Project på Internett eller denne webadressen: <http://bodyartbykeegan.com/gallery/bcabpp/>

### Anbefalt litteratur:

Ervik, Bente: Å lengte etter hverdagen: om opplevelsen av å få brystkreft og veien tilbake til hverdagen. Hovedoppgave i pedagogikk. Universitetet i Tromsø, 2002.

Hammer, Astrid Sandvik: Å miste et bryst – noe mer enn å miste en kroppsdel? Hovedoppgave i helsefag – NTNU, Trondheim, 1998.

Johansen, Venke Frederike: Når det intime blir offentlig: Om kvinners åpenhet om brystkreft og om markedsføring av brystkreftsaken. Ph.d., Universitetet i Bergen, 2012.

Mikkelsen, Mari: Fordi jeg fortjener det!: Skjønnhet som identitetsmarkør blant unge kvinner i Oslo. Mastergradsoppgave i sosialantropologi, Universitetet i Oslo, 2010.

Aas, Gjoril Bergva: Håndtering av brystkreft: En studie av kropp, kjønn og identitet i møte med kvinner som har opplevd brystkreft. Masteroppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo, 2005.

# – Jeg vil fortsette å sprengre grenser

21 år gammel våknet jeg opp i en seng med bare én fot, en hofte mindre og halve setet var vekk. På toppen av det hadde jeg en «dritepose» på magen. Jeg følte meg som et lite menneske. Tekst Raymond Hoel

**A**ret var 2005. Jeg var en fremadstormende fotballspiller i min beste alder. 21 år, gikk første semester på college i USA, og dominerte på fotballbanen, til tross for store smerter i ryggen. Etter et fem måneders opphold i USA ble ryggsmertene for store, og jeg måtte ta det tunge valget om å dra hjem igjen til Norge. Her ble det prøvd med kiroprakter, fysioterapi og gjort gjentatte røntgenundersøkelser, uten noe resultat.

18. August 2005, var jeg på en røntgenundersøkelse som skulle bli avgjørende for livet mitt videre. Det var ikke gått mer enn et par timer etter undersøkelsen, da mamma ble ringt opp av radiografen og fikk beskjed om å kjøre til akuttmottaket på Haukeland sykehus.

## ■ Kjent fra Ingen grenser

Artikkelforfatteren Raymond Hoel var med i TV2 programmet «Ingen grenser» i 2013. Seerne fikk følge Hoel og ti andre deltakere på ekspedisjon i 30 dager. Alle deltakerne i programmet hadde en form for handikap.

Da vi kom frem til Haukeland fikk vi beskjed om at de hadde mistanke om at jeg hadde en tumor i ryggen. Jeg ble først lagt inn på ortopedisk avdeling, mens jeg ventet på svar på biopsien som ble tatt. Mistanken var rett. Jeg hadde en kreftsvulst i ryggen.

Hva tenker man da? Jeg husker ikke eksakt hva jeg tenkte, men tanker som: «Er dette mulig da, en meget aktiv og sunn ungdom – som kreftsyk? Hvilke konsekvenser får dette for kroppen min?»

Hvordan forholder man seg til en slik sykdom, som dessverre tar så mange menneskeliv, når man bare er 21 år? Noe av det første jeg tenkte var at «Jeg er et konkurransemenneske, denne kampen skal jeg vinne», uten at jeg visste noe som helst om hva denne kampen ville innebære.

## Måtte amputere

Behandlingsforløpet var seks cellegiftkurer før en eventuelt stor og komplisert operasjon. Jeg ble forespeilet at en slik operasjon ville kunne gi meg store svekkelser i begge beina, og jeg

ville være heldig om jeg noen gang ville kunne stå igjen. Jeg ville mest sannsynlig få kontinensproblemer og, i verste fall, en utlagt tarm. Med andre ord: Muligheter for at jeg ikke vil kunne styre vannlatingen min, en «dritepose» på magen, og mest sannsynlig rullestolbruker. Det å få en slik beskjed som 21-åring var tøft.

Nå ble det ikke helt som legene hadde forespeilet seg. Jeg fikk seks cellegiftkurer, og dro så til Karolinska universitetssykehus for å opereres, som planlagt. Da jeg var på Karolinska skulle jeg gjennom en stomioperasjon, og jeg skulle fjerne svulsten fra ryggen. Kirurgen var i gang med å operere tarmen, men måtte avbryte operasjonen fordi de så at svulsten kunne ikke fjernes uten at de måtte kutte blodtilførselen til venstre bein. Og uten blod dør foten. Legene forklarte hva som hadde skjedd, og de anbefalte meg å amputere foten. Jeg gjorde som legene anbefalte. Etter å ha mistet 13 liter blod, og hatt hjertestans tre ganger under operasjonen, var svulsten fjernet. Der lå jeg i sengen med en fot, en hofte mindre, og halve setet



**MÅTTE AMPUTERE:** Artikkeiforfatteren Raymond Hoel måtte amputere foten som følge av kreftsvulst i ryggen. Foto: NTB Scanpix/ Tor Erik H. Mathiesen/VG.

var vekk. På toppen av det hadde jeg en «dritepose» på magen, var inkontinent og så å si følelsesløs fra livet og ned på grunn av store nerveskader.

Jeg kom tilbake til Norge og gjennomførte 12 cellegiftkurer og seks uker stråling, før opptrening og kampen mot seg selv begynte.

Jeg følte meg på den tiden som et lite menneske. Identitetsløs: Jeg hadde mistet livet med fotballen og følelsen i underlivet, noe som gjorde at jeg følte meg lite mandig. Hvordan skulle jeg kunne leve et liv uten fotball og sex? Jeg så på meg selv i speilet og tenkte: «Hvem vil ligge ved siden av dette i en seng?» Selvbildet hadde fått skikkelig juling.

### Bedre selvbilde

Hvordan bygge opp igjen et skadet selvbildet?

Det som er så flott med selvbildet er at det kan endres til det bedre, gjennom «enkle» øvelser. Det viktigste er å klare å ikke ha for stort fokus på alle de negative tankene du har om deg selv, men

ditt eget selvbilde. For meg begynte det med at jeg repeterte til meg selv veldig mange ganger hva jeg var fornøyd med, og styrte all oppmerksomhet mot disse områdene. Både fysisk og psykisk, og igjennom å «booste» meg selv på denne måten, merket jeg at holdningen til og lysten på livet, og ikke minst, opp-

## «Jeg har allerede gått omtrent 20 meter på krykker.»

heller ta tak i positive sider ved deg selv og hva du er fornøyd med. Ikke hør på hva alle andre sier og mener om deg, det er til sjunde og sist du som er sjef over

merksomheten fra folk, ble annerledes. Det er ikke noe «quick fix», men det tar ikke lang tid før du så smått begynner å merke at tankesettet ditt er i endring,

og de negative tankene du hadde før, forsvinner mer og mer. Jeg merket små endringer veldig kjapt og brukte så disse

## «Det som er så flott med selvbildet er at det kan endres til det bedre.»

endringene videre til å fortsette byggingen av selvbildet. Det har tatt meg lang tid.

### Energi og overskudd

Det er vel de siste tre til fire årene jeg virkelig har vært fornøyd med meg selv, og det har utløst energi og overskudd til å virkelig gjøre det jeg vil med livet.

Og hva vil jeg?

Planene for fremtiden er å få fullført sosionomstudiet, få meg en sikker og

stabil jobb og slå meg til ro med kjæresten og hennes to barn. Jeg vil gifte meg gående/stående på krykker, og min største drøm er å bli pappa. Jeg vet ennå ikke om jeg kan bli «biologisk far» på grunn av all behandlingen jeg har gjennomgått, men på en eller annen måte skal jeg bli pappa!

Jeg vil fortsette å sprengre grenser

gjennom å prøve nye aktiviteter. Sitski, piggkjelke og sykling er alle aktiviteter jeg har planer om å gjennomføre, og jeg skal kanskje få hoppet fallskjerm i mai. The sky is the limit om man har vilje og litt kreativitet. Jeg har også veldig lyst å komme meg til paralympics, men jeg må først finne en sport jeg vil satse på. Basket er dessverre en for liten sport i Norge til å kunne matche nivået internasjonalt. Jeg vil fortsette treningen for å se hvor mye jeg kan klare å komme meg på krykker. Dette har jeg fått mange beskjeder om at ikke er mulig, men jeg har allerede gått omtrent 20 meter på krykker. Dette er med på å planene og ønskene for fremtiden triggeres – og lever! ■



Det er i alle kurs mulig å ha med seg samlivspartner/nærstående

## Montebellosenteret tilbyr unikt opphold for de som har eller har hatt kreft.

www.dobertano Foto: Dahn Hweem



«Livet kan få nye perspektiv og gis nye muligheter»

Alle kursopphold handler om å få faglig kunnskap, dele erfaringer og oppleve fellesskap med andre mennesker i samme situasjon.

«Kreft - hva nå?» kurs er diagnoserelatert og hovedmålsettingen er «Lær å leve med endringer som følge av kreft». **Temakurs** har fokus på tema knyttet til utfordringene videre i livet. Fokus i **familiekurs** er barnas behov, mestring og støtte fra andre barn og unge i samme situasjon.

Mer informasjon finner du på [www.montebellosenteret.no](http://www.montebellosenteret.no) eller kontakt oss på e-post eller telefon.

Tilbudet er landsdekkende og det søkes direkte til MBS.



Montebellosenteret, Kurstedvegen 5, 2610 Mesnali  
Tlf 62 35 11 00, [post@montebello-senteret.no](mailto:post@montebello-senteret.no)  
[www.montebellosenteret.no](http://www.montebellosenteret.no)

**MONTEBELLO**  
Nytt perspektiv på livet



## Spre informasjonen!

Kari Haugland

E-post: kari.haugland@austevoll.kommune.no



Spania, 5. - 7. juni 2014

## 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care

Fagfolk innen palliativ pleie samles i den spanske byen Lleida i Katalonia i juni for å delta på 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care. Ny forskning blir presentert og diskutert, og man kan knytte kontakter med kolleger fra andre land. Mer informasjon: [www.eapcnet.eu/research2014/](http://www.eapcnet.eu/research2014/)

Rica Holmenkollen Park Hotel, Oslo 20.-21. november 2014

## Onkologisk Forum

Mer informasjon kommer på <http://onkologiskforum.org/>

Canada 9.-12. september 2014

## 20th International Congress on Palliative Care

Konferansen finner sted i Montreal i Canada. Mer informasjon om konferansen og byen finner du på konferansens hjemmeside: <http://www.palliativecare.ca/>

Danmark, 8-10. mai 2015

## EAPC København 2015

I mai 2015 arrangeres The 14th World Congress of the EAPC i København. Påmelding starter allerede våren 2014. Mer informasjon på <http://www.eapc-2015.org/>

Radisson BLU Royal Garden, Trondheim 17.-19. september 2014

## Den 13. landskonferanse i palliasjon

Norsk forening for palliativ medisin og Norsk palliativ forening ønsker velkommen til den 13. landskonferansen om utfordringer ved livets slutt. Info om program og påmeldingskjema er nå lagt ut på landskonferansen sine nettsider. Poster-abstractfrist er 1. juni 2014.

### Noen punkter fra programmet:

- Framtid i palliasjon – hvor står vi og hvor går vi?
- Hvor skal pasienten leve og dø?
- Kommunikasjon og den vanskelige samtalen
- Tverrfaglighet og det palliative teamets roller

Tyrkia, 18.-19. september 2014

## EONS-9 Congress

Den Europeiske kreftsykepleierkongressen arrangeres av EONS i Istanbul i Turkey september.

Påmelding og informasjon på:

<http://www.cancernurse.eu/communication/eons9.html>

## Årets sykepleier i kreftomsorg Norsk pris 2014

Forum for kreftsykepleie (FKS) deler årlig ut pris til en sykepleier som utmerker seg spesielt i kreftomsorgen. FKS oppfordrer sine medlemmer og lesere av tidsskriftet Kreftsykepleie til å sende inn forslag på en sykepleier som har gjort en spesiell innsats innenfor fagfeltet.

### Hvem kan bli nominert:

- Vedkommende arbeider innen klinisk sykepleie, fagutvikling eller forskning.
- Vedkommende gjør en innsats som utmerker seg – overfor pasienter med kreftsykdom, pårørende eller overfor kollegaer.

Send kandidatens navn, arbeidssted, telefonnummer samt begrunnelse for nomineringen til:

FKS NSF's Faggruppe v/ Lillian Rolfsen Grønsund  
Lyngveien 16, 4400 Flekkefjord

Telefon: 416 95892 / E-post: [lillian@norgespost.no](mailto:lillian@norgespost.no)

Frist 1. september 2014



## E-sigaretter fører ikke til røykeslutt

E-sigaretter hjelper deg ikke til å slutte å røyke, ifølge en studie i JAMA Internal Medicine.

Pamela Ling, forsker ved University of California, og hennes kolleger fulgte 949 personer og deres røykevaner.

De som hadde brukt e-sigaretter hadde ikke større sannsynlighet enn andre røykere for å ha sluttet eller for å ha redusert røykingen etter et år. Studien er publisert i JAMA Internal Medicine.

Ling sier at reklame som sier at e-sigaretter er effektive for røykeslutt burde vært forbudt inntil slike påstander blir støttet av forskningen.

Forskerne påpeker selv at en svakhet med studien er det lave antallet brukere av e-sigaretter, kun 88 av deltakerne røykte e-sigaretter.

Kilde:Dagensmedisin.no



**Bidra til å forebygge  
cytostatikainduisert kvalme og  
oppkast<sup>(\*CINV)</sup> før det starter**

– med EMEND® som en del av kombinasjonsregimet

**EMEND®** (aprepitant, MSD) **IVEMEND®** (fosaprepitant dimeglumine, MSD)

Bedre beskyttelse fra starten

\* CINV = Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting

Før forskrivning av EMEND®, se preparatomtalen



## Bli medlem i Forum for Kreftsykepleie

Forum for Kreftsykepleie er en av Norsk Sykepleierforbunds faggrupper, og har som formål å spre kunnskap om utviklingen av kreftsykepleie til sykepleiere. Forum for kreftsykepleie har 17 lokalgrupper spredt over hele landet og samarbeider med nasjonale og internasjonale organisasjoner. Les mer om oss på [www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere](http://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere)

### Medlemsfordeler

- Du vil kunne søke stipendmidler som tildeles kreftsykepleiere fra interne og eksterne fond for deltakelse på seminarer og konferanser.
- Du vil få rabatt på Norsk konferanse i kreftsykepleie som FKS arrangerer hvert 2. år.
- Deltakelse i lokalgruppe av FKS.
- Du får tilsendt «Kreftsykepleie».

### Kontingenter

- Individuelt medlemskap kr 300,- per år (kun for medlemmer av NSF).
- Individuelt abonnement: Ikke medlemmer av NSF kr 300,- per år. Pensjonister kr 150,- per år.
- Høgskoler og helseinstitusjoner kr 500,- pr år
- Firma kr 800,- per år.

### Hvem kan bli medlem?

- Sykepleiere som arbeider med kreftpasienter, eller som er interessert i kreftsykepleie og er medlemmer av NSF.
- Medlemskap oppnås ved å betale kontingent.
- Sykepleiere som ikke er medlemmer av NSF kan tegne abonnement på tidsskriftet Kreftsykepleie.
- Sykepleierhøgskoler, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement på tidsskriftet «Kreftsykepleie».

Evt. spørsmål sendes til: [FKSblimedlem@gmail.com](mailto:FKSblimedlem@gmail.com)  
Send din påmelding til: [medlemstjenester@sykepleierforbundet.no](mailto:medlemstjenester@sykepleierforbundet.no)  
Tlf. 02409 (be om medlemstjenester)