
Vellykket kreftbehandling – men hva så?

REDAKSJONELT

ANNE ØRBO

Anne Ørbo (f. 1951) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og i patologi. Hun er professor ved Universitetet i Tromsø og overlege ved patologisk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø.

Morfologisk avdeling

Institutt for medisinsk biologi

9038 Universitetet i Tromsø

Hvert år får mer enn 2 000 norske kvinner diagnosen brystkreft, mens antall nye tilfeller av gynekologisk kreft er noe lavere. Vi vet at mange kvinner som har gjennomført vellykket kreftbehandling, sliter med langvarige og kanskje livsvarige fysiske og psykososiale problemer, og de faller ofte utenfor i arbeidslivet. Dette er problemer som helsevesenet og samfunnet for øvrig har vært lite oppmerksomme på. Spesielt brystkreft, men også gynekologisk kreft rammer stadig flere. Fordi diagnostikken og behandlingen forbedres, vil det være en økende gruppe kvinner som lever lenger etter gjennomgått kreftbehandling. Vi vet i dag mye om overlevelse etter behandling av mammacancer og gynekologisk cancer, men langt mindre om disse kvinnenes livskvalitet og levevilkår. Tradisjonelt har medisinen beskjeftiget seg med det somatiske utfallet av slike sykdommer. Kreftforeningens omsorgssentre og enkelte støttegrupper har i den senere tid satt søkelys på betydningen av helhetlig tilnærming, inkludert sosial og psykisk støtte for disse pasientkategoriene.

Ifølge en artikkel av Kåresen & Langmark i dette nummer av Tidsskriftet (1) ser det ut til at de fleste pasientene er ganske tilfreds med helsevesenets innsats i forbindelse med den primære behandlingssituasjonen. Både behandling, informasjon og måten informasjonen ble gitt på, ble rapportert å være tilfredsstillende. En kreftdiagnose representerer et stort psykisk traume. Fra psykiatrien vet man at strakstiltak for individer som er utsatt for kriser og sterke påkjenninger, er av stor betydning for senere mestring og akseptering. Hjelp til bearbeiding av det traumet en kreftdiagnose innebærer i den akutte

fasen, er uhyre viktig. De fleste av pasientene hadde nettverk og familie rundt seg i denne fasen av sykdommen, selv om mange, spesielt de enslige, savnet noen å snakke med.

Så lenge pasientene er i den primære behandlingsfasen, ser det ut til at helsevesenet fungerer relativt godt. Men vi har svært lite kunnskap om hva som skjer med pasientene når de etter behandlingen i stor grad må takle hverdagen på egen hånd og gjerne blir oppfattet av omgivelsene som friske. Vi vet at mange av dem som har fått strålebehandling og kjemoterapi, lett blir trette og er i dårlig fysisk form. Dette er en situasjon som kan vare lenge. De fleste vil ha behov for individuell oppfølging lenge etter at primærbehandlingen er avsluttet. Rehabilitering med særlig vekt på mestringsstrategier og fysisk aktivitet, slik det er beskrevet i artikkelen til Fismen og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (2), gav gode resultater for 50 kvinner som nylig var behandlet for mammacancer. De fleste av dem som var med i dette behandlings- og terapiopplegget, kom tilbake i arbeid og rapporterte psykisk bedring. Denne typen støtteopplegg kan være en fruktbar vei tilbake til et mest mulig normalt liv.

Det er imidlertid meget bekymringsfullt at nær halvparten av kvinnene som hadde gjennomgått behandling for brystkreft eller gynekologisk kreft, ikke kom tilbake i arbeidslivet (1). Hele 55 % mistet jobben, og mange hadde økonomiske problemer med forsikringer, banklån etc. Vi vet at det er en sammenheng mellom økonomi og helse i alle aldersgrupper. Det er sannsynlig at kvinner med høyere utdanning, høy inntekt og sterkt yrkesfaglig engasjement vil mestre situasjonen bedre enn kvinner med lavere eller manglende utdanning og kvinner med tungt kroppsarbeid. At en stor gruppe av tidligere aktive kvinner faller utenfor i yrkeslivet og blir uføre etter kreftoperasjon, må ha flere ulike årsaker. Faktorer som utdanning, premorbid personlighet og tidligere helse vil alltid være av betydning for mestring og livskvalitet etter kreftsykdom. Brystkreft og gynekologisk kreft medfører dessuten skade på seksualorganer. Dette gir ofte bekymring over tap av verdi som kvinne og seksualpartner.

Hvilke tiltak kan man sette i verk, og hva slags instanser kan man pålegge ansvar for denne store pasientgruppen? Hva kan gjøres for å medvirke til bedre livskvalitet og tilbakeføring til arbeid? Dette er en gruppe som krever mye tid og oppmerksomhet, og mange vil antakelig ha behov for årelang og individuell oppfølging.

Rehabiliteringsgrupper etter modell av Hauglandsenteret er uhyre viktig. Dette bør bli et tilbud til langt flere, kanskje til alle kreftopererte. Kreftforeningens omsorgssentre gjør i dag et stort og viktig arbeid, men bør nå frem til enda flere pasienter. Selvhjelpsgrupper med mer og mindre profesjonell ledelse bør kunne iverksettes i regi av slike sentre. Mer systematiske tiltak for omskolering og tilrettelegging fra arbeidsgiver bør være alternativ. Spesiell fysioterapi og oppfølging av sosionom kan være av stor betydning. For mange vil dette representere hjelp til selvhjelp.

Ifølge den offentlige utredningen *Kvinnens helse i Norge* er det behov for mer kunnskap om hva som er riktig og virkningsfull helhetlig intervensjon overfor kvinner med invalidiserende kroniske somatiske og psykosomatiske plager (3). Kvinner er ofte tapere på omsorgssiden når de selv trenger omsorg. Det er

behov for mer kunnskap om denne pasientgruppen, og studier som kartlegger livskvalitet og levevilkår bør iverksettes. Først når vi har større kunnskap og oversikt over problemene, kan viktige tiltak planlegges og settes i verk.

LITTERATUR

1. Kåresen R, Langmark F. Kreftopererte kvinners psykiske, sosiale og økonomiske forhold Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2741 – 8.
2. Fismen K, Osland IJ, Fismen E, Borge L, Martinsen EW, Hjort P et al. Rehabilitering av kvinner med brystkreft Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2749 – 54.
3. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.

Publisert: 30. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.