

---

# Integrativ kreftbehandling – fagmiljøene må ta ansvar

---

DEBATT

KRISTINA LINDEMANN

klinde@ous-hf.no

Kristina Lindemann er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Seksjon for gynekologisk kreft og leder for Senter for gynekologisk kreft ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Hun leder Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for gynekologisk onkologi i Norge og er medlem av vitenskapelig komité for Nordic Society of Gynaecologic Oncology – Clinical Trial Unit (NSGO-CTU).

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt konsulenthonorar fra AstraZeneca, Nycode, GSK, Eisai, MSD og Regeneron og forelesningshonorar fra GSK. Hun rådgir Karyopharm og er sammen med onkolog Elisabeth Areklett initiativtaker for LifeHouse, et nonprofit retreat-tilbud for pasienter under eller etter kreftbehandling.

---

**Livsstil, egenmestring og sekundærprevensjon har dokumentert betydning for helse og livskvalitet etter kreft. Likevel har fagmiljøene i liten grad tilbudt strukturert, evidensbasert pasientveiledning på disse områdene.**



Foto: Engin\_Akyurt / Pixabay

Når medisinen først og fremst fokuserer på diagnostikk og tumorrettet behandling, risikerer vi å miste pasienten som helhet av syne. Dette behovsvakuemet fylles av aktører med varierende medisinsk kompetanse, særlig på sosiale medier, som formidler råd som ofte er dårlig dokumentert, potensielt skadelige og økonomisk belastende. At heller ikke Nasjonal kreftstrategi 2025–2035 gir tydelige føringer for integrert livsstilsoppfølging, forsterker tomrommet [\(1\)](#). En kreftdiagnose kan være et vendepunkt for livsstilsendring – men oppfølgingen må være kunnskapsbasert, og fagmiljøene må delta aktivt i samfunnsdebatten.

---

## Mangler i dagens kreftstrategi

Nasjonal kreftstrategi legger vekt på forebygging, brukerorientering og helhetlige pasientforløp, men er lite konkret om systematisk, evidensbasert livsstilsoppfølging som en del av behandlingen. Et eksempel er ernæring, som i hovedsak omtales i sammenheng med kreftrelatert underernæring og behandlingsinduserte endringer i appetitt og næringsopptak. Ernæring reduseres dermed i stor grad til fravær av underernæring, fremfor å være et aktivt virkemiddel for prognose, seneffekter og forebygging av ny sykdom. Begreper som integrativ onkologi og strukturert sekundærprevensjon omtales ikke, og strategien mangler klare føringer for hvordan kunnskapsbaserte livsstilstiltak skal implementeres.

**«Når helsevesenet ikke tilbyr strukturert, kunnskapsbasert veiledning om livsstil og egenomsorg, må pasienter orientere seg på egen hånd, ofte via kilder med varierende kvalitet»**

---

## Et voksende pasientvolum – og et fragmentert tilbud

Nær 350 000 mennesker i Norge lever med eller etter kreft, over 100 000 flere enn for ti år siden (1). Mange lever med kronisk sykdom og betydelige seneffekter. Kreftbehandlingen blir stadig mer kompleks, med presisjonsdiagnostikk, skreddersydde behandlinger og en aldrende pasientpopulasjon med sammensatte behov. Helsetjenesten er primært organisert rundt kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling, mens tilbud om ernæringsveiledning, fysisk aktivitet, stressmestring og psykososial støtte er fragmentert og personavhengig. Når helsevesenet ikke tilbyr strukturert, kunnskapsbasert veiledning om livsstil og egenomsorg, må pasienter orientere seg på egen hånd, ofte via kilder med varierende kvalitet.

---

## Kreft som vendepunkt for sekundærprevensjon

For mange gir en kreftdiagnose høy motivasjon for livsstilsendring – et potensial som også omfatter pårørende. Dette gir en unik mulighet for sekundærprevensjon: forebygging av tilbakefall, ny kreftsykdom, seneffekter og annen kronisk sykdom. Livsstilsfaktorer som ernæring, fysisk aktivitet, vektkontroll, søvn og stress påvirker risiko for både kreftrelatert og ikke-kreftrelatert sykdom, inkludert hjerte- og karsykdom og diabetes. Likevel inngår disse faktorene sjelden som en strukturert del av kreftomsorgen, med klare mål, kompetansekrav og oppfølging over tid. Usystematisk eller dårlig dokumentert livsstilsrådgivning kan på sin side medføre stress, økonomiske kostnader, forsinket eller fravalgt behandling, og i verste fall redusert overlevelse. At mange pasienter ikke informerer behandlende lege om alternativ behandling, øker også risikoen for uheldige interaksjoner.

*«Fagmiljøene må ta eierskap til hele pasientreisen og tilby oppdaterte, nyanserte og praktiske råd»*

---

## Fagmiljøene må ta større ansvar

Pasienter og pårørende kan ikke forventes å skille dokumentert fra udokumentert informasjon på egen hånd. Fagmiljøene må ta eierskap til hele pasientreisen og tilby oppdaterte, nyanserte og praktiske råd. Det er ikke nok å si at pasienter «skal leve som vanlig». Helsetjenesten bør aktivt støtte sunne livsstilsvalg som ivaretar fysisk, psykisk og sosial helse, også under og etter kreftbehandling. Dette må gjenspeiles i alt fra maten på sykehusene til strukturert oppfølging etter endt behandling. Ernæring, fysisk aktivitet, stressmestring samt psykososial og seksuell helse bør integreres med samme

krav til kvalitet og evidens som kirurgi og medikamentell behandling. Internasjonalt finnes kreftsentre som inkluderer integrativ onkologi som en del av behandlingsplanen, basert på solid forskning.

Norge bør bevege seg i samme retning. Hvis ikke vi fyller dette rommet med kunnskapsbasert, tverrfaglig oppfølging, vil andre gjøre det. Da risikerer vi at velmente, men udokumenterte råd styrer livsviktige valg – til skade for pasientene og for tilliten til helsetjenesten.

---

## LITTERATUR

1. Regjeringen. Joint efforts against cancer. National cancer strategy 2025–2035.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/fd8233d7583e4a8dbd396c12d3aa77d1/en-gb/pdfs/joint-efforts-against-cancer.pdf> Lest 7.1.2026.

---

Publisert: 20. februar 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0807

Mottatt 22.12.2025, godkjent 7.1.2026.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.