

LEDER:  
Cecilie Olsen



## Individuell kreftbehandling til eldre

**Forekomsten av kreft** er økende med alderen og med et økende antall eldre, vil helsetjenesten møte betydelig flere eldre med kreft i årene framover. I dag er det flest eldre som dør av kreft og flest eldre som trenger palliativ behandling. Dette vil føre til økte helseutfordringer knyttet til behandling og omsorg av eldre pasienter med kreft.

Eldre pasienter med kreft vil ha samme behov for riktig omsorg og behandling av sin kreftsykdom som yngre pasienter, men med andre forutsetninger. Eldre personer som får diagnostisert kreft, har i gjennomsnitt fire andre alvorlige sykdommer. Aldring gir tap av funksjonelle reserver og økt sårbarhet for sykdom. Kronologisk alder er ikke det samme som biologisk alder og aldringsprosessen er individualisert. Derfor må også kreftbehandlingen tilpasses individuelt.

Da eldre ofte er oversett og utelukket fra kliniske studier, kan mangelfull behandling føre til både over- og underbehandling av kreftsykdom hos den eldre pasienten. Studier viser at eldre tilbys mindre kirurgisk behandling, kjemoterapi og stråling for sin kreftsykdom enn yngre pasienter. Ofte tilbys eldre en generell palliativ behandling. Kronologisk alder alene bør ikke ekskludere eldre fra å motta adekvat kreftbehandling.

**Geriatriske pasienter** har et mangfoldig sykdomsbilde og har ofte underliggende sykdommer som kommer i tillegg til nyoppstått kreftsykdom. Komplikasjoner til store kreftoperasjoner og bivirkning av stråle- eller kjemoterapi kan påføre pasienten ytterlige plager, påvirke underliggende sykdom og føre til redusert livskvalitet. Det vil derfor være viktig at pasient og pårørendes ønsker blir lyttet til før en avgjørelse om aktuell behandling blir tatt. I takt med økt forekomst av kreft hos eldre, opptrer også demenssykdommer i økende grad etter hvert som man blir eldre. Et stort antall eldre som får oppdaget kreft, vil i tillegg være rammet av demens. Det vil kreve et særskilt ansvar for individuelt tilpasset behandling og omsorg til disse pasientene.

**Flere pårørende** kan fortelle at eldre pasienter diskrimineres, og ikke blir prioritert til undersøkelse eller behandling av kreft. Forskrevet har de bevitnet utsagn som «det er å forvente at det dukker opp noen plager når man er nesten 80 år». Slike holdninger til eldre generelt og kreftbehandling hos eldre spesielt, kan resultere i store tilfældigheter når det gjelder hvilke pasienter som får tilbud om rett behandling for sine plager. I tillegg til helsepersonells holdninger kan både bosted, sykehus, pårønderessurser og økonomi bety en forskjell for hvilket tilbud om behandling som blir gitt. Forsinket utredning av symptomer og plager på sykdom, vil ha betydning og utfall for valg av behandling og prognose av en kreftsykdom.

**Når behandling ikke** fører til helbredelse, er god palliativ behandling og omsorg avgjørende for pasientens livskvalitet den siste levetiden. Lindring av pasientens smerter og plagsomme symptomer, i tillegg til tiltak mot psykiske, fysiske og åndelige problemer blir fokuset i en palliativ behandling. Tverrfaglighet, god kompetanse, samarbeid med pårørende og individrettet omsorg og behandling til pasienten er viktige faktorer i en palliativ enhet.

**Retningslinjer for behandling** av kreft omhandler eldre kun i begrenset omfang, og da gjerne i forbindelse med hvilke behandlingstilbud som ikke skal iverksettes grunnet pasientens høye alder. For å kunne tilby eldre pasienter med kreft det beste optimale utfallet, bør eldre over 75 år i mye større grad inkluderes i forskningsstudier. Kunnskap om økt overlevelse etter kreftbehandling sett i sammenheng med pasientens livskvalitet er også nødvendig.

*Cecilie Olsen*

LEDER NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE  
I GERIATRI OG DEMENS