AFRODITE

NR 3 / 2025 – 24. ÅRGANG

Lynch syndrom – den vanskelige arven side 7
Når kreft truer fruktbarheten side 10
Får hjelp for kroniske stråleskader side 14

gynkreftforeningen

– Det var viktig å vite at jeg hadde prøvd alt

side 12

SIDEN SIST

19–20. mai
Hovedstyremedlem Linda Hvidsten deltok på Digital Helse 2025 i Bergen med Alrek helseklynge, som er en møteplass for teknologi og digitalisering i helse og omsorg. Her ble det presentert spennende forskning på kvinner midt i livet.

16. juni
Leder Jorun Stallemo deltok på årsmøte i Mjøsa og omegn lokallag.

18–20. juni
Hovedstyret var samlet til styremøte og arbeidsmøte i Mandal.

30. juni
Digitalt planleggingsmøte i forbindelse med avvikling av regionalt grunnkurs for nye likepersoner i Kristiansand i regi av Kreftforeningen. Fra foreningen deltok Eva Kantor og Turid Andersen.

6. aug
Hovedstyremedlem Mette Dischington er foreningens representant i ENGAGe – som er den europeiske nettverket for pasientforeninger innen gynkreft. Denne dagen deltok Mette på et webinar med temaet «How to write an high quality abstract?».

11. aug
Digitalt planleggingsmøte om Kreftforeningens regionale grunnkurs for nye likepersoner i Kristiansand. Eva Kantor og Turid Andersen deltok.

12–14. aug
Gynkreftforeningen var representert på Arendalsuka og var med på å arrangere Det store Kvinnehelsemøtet i samarbeid med Endometrioseforeningen, Brystkreftforeningen og Hodepine Norge-Agder. Her holdt Jorun Stallemo et innledende innlegg og hovedstyremedlem Anne Klarise Namtvedt delte sin pasienthistorie om det å leve med senskader. Jorun Stallemo og hovedstyremedlem Mette Dischington og Eva Kantor deltok også på debattarrangement i regi av Kvinnehelsealliansen, hvor Gynkreftforeningen er medlem, som tok for seg manglende prioritering av kvinnehelse i politikken og penger til feltet. Arendalsuka ble avsluttet med deltakelse på Helsedebatten for Jorun, mens Mette satt i paneldebatt om reel brukermedvirkning i Norge i dag, i regi av ME forbundet.

Illustratør Mads Johan Øgaard gjorde et tegne-intervju med Mette og Klarise, hvor han tegnet det de fortalte om å ha ansvar for barn mens man selv er syk, er i behandling og alle utfordringene som kreftoverlevende. Han illustrerte dette som en mor som bruker kreativitet for å møte barna sine, i spillverden og med pokemonfigurer som sin superpower i kampen mot hverdagsutfordringene.

20. aug
Anniken Johnsen og Eva Kantor fra hovedstyret deltok på møte i Nasjonalt forum for likepersonssamarbeid i Kreftforeningens Vitensenter.

25. aug
Digitalt kvartalsmøte for alle lokallagsledere i Gynkreftforeningen.

26. aug
Digitalt hovedstyremøte i Gynkreftforeningen.

29. aug
Hovedstyremedlem Mette Dischington i møte i Kreftregisteret der temaet var screeningprogrammet og #sjekkdeg i norske kvinnefengsler.

1. sept
Hovedstyremedlem Mette Dischington i møte med Possibia, som er en gratis søkemotor for pasienter som leter etter kliniske studier.

5–6. sept
Gynkreftforeningen sto på stand på Jentemila på Bislett. Leder Jorun Stallemo var på plass og fikk hjelp av flere frivillige fra lokallagene.

9. sept
Lokallaget i Vestfold og Telemark arrangerte miniseminar om gynkreft. Leder Jorun Stallemo var på plass og ønsket velkommen, hovedstyremedlem Eva Kantor deltok.

15. sept
Hovedstyremedlem Mette Dischington på møte i Cervical Cancer Patient Committee i ENGAGe.

19–21. sept
Eva Kantor var kursleder på regionalt felles grunnkurs for nye likepersoner i Kristiansand, sammen med Turid Andersen fra foreningen. Kurset var i regi av Kreftforeningen.

22. sept
Digitalt samarbeidsmøte med Montebellosenteret, her deltok Jorun Stallemo.

24. sept
Lokallaget i Bergen og omegn arrangerte miniseminar om gynkreft. Leder Jorun Stallemo var på plass og ønsket velkommen.

Karen Rosnes Gissum, Line Bjørge, Vibeke Øvrebø, Camilla Krakstad og Jorun Stallemo.

Tilsluttet
KREFTFORENINGEN

Afrodite – medlemsblad for Gynkreftforeningen
ISSN 1504-5250 – Opplag 3150 eks.
Tekst, foto og prosjektledelse: Eddy Grønset, mobil 90 50 61 37, eddy@pekaill.no
Ansvarlig redaktør: Jorun N. Stallemo
Layout: Ina Frimannslund

Utgiver: Gynkreftforeningen Org. nr.: 987 297 972
Adresse: Gynkreftforeningen, Rosenkranz' gate 7, 0159 Oslo
Telefon: 97 53 56 59
E-post: kontakt@gynkreftforeningen.no
gynkreftforeningen.no

LEDER

Kjære leser!

Nå er høsten kommet og vi er i full gang med våre aktiviteter.

Vi startet opp med Arendalsuka som ble avviklet 11.–15. august hvor Gynkreftforeningen var med som deltager på Kvinnehelsemøte sammen med Brystkreftforeningen, Endometrioseforeningen, Hodepine Norge, Revmatikerforbundet og Sanitetskvinnene. Kvinnehelsemøte ble avviklet 12. august. Jeg hadde innlegg fra Gynkreftforeningen hvor jeg blant annet snakket om senskader etter gynkreftbehandling/strålebehandling.

Jeg var også til stede på Kvinnealliansen og Helsedebatten. Viktig å komme i dialog med politikerne og å sette kvinnehelse på kartet.

September er måneden for #kjennetter. I den forbindelse var jeg på stand på Bislett i to dager under Jentemila sammen med damer fra lokallagene våre i Oslo og Østfold. Her kom vi i dialog med mange flotte damer som ville prate med oss, og vi fikk satt Gynkreftforeningen på kartet. Vi snakket om viktigheten med å sjekke seg og kjenne etter og delte ut lilla sløyfer som mange løp med.

Denne høsten er det Miniseminarer rundt om i Norge der vi har lokallag. Vi har startet opp i Vestfold den 9. september hvor blant annet senskader var et av tema og Bergen 24. september hvor jeg har deltatt. Det har så langt vært stor interesse.

I løpet av høsten avvikles miniseminar i Harstad, Oslo, Trondheim, Stavanger, Kristiansand, Hamar, Fredrikstad og Ålesund. Jeg oppfordrer alle til å stille på disse seminarene som går på kveldstid mellom klokken 17.00–20.00. Seminarene blir annonsert på Gynkreftforeningen.no og på Facebook.

Vi er i dag 1700 medlemmer. Vi vil fortsette å ha stort fokus på medlemsverving. Jo flere vi er, jo sterkere er vår stemme. Det er også slik at dersom du er medlem av Gynkreftforeningen kan du være medlem av Kreftforeningen for 100 kroner, altså kroner 400 for begge, enkelt medlemskap i Gynkreftforeningen er 300,-.

Vi vet at 22 000 har hatt eller lever med gynekologisk kreft. Det blir oppdaget 1700 nye tilfeller hvert år. Så potensialet er stort, men utfordringer er å nå ut til alle. Så derfor er min oppfordring å få flere til å melde seg inn enten du er pasient, pårørende, familie eller venner.

Ønsker alle en fin høst.

Hilsen Jorun N. Stallemo
Leder hovedstyret i Gynkreftforeningen

Dette nummeret

3/2025

05 Lynch syndrom gir økt risiko for livmorkreft

07 Lynch syndrom – den vanskelige arven

10 Når kreft truer fruktbarheten

12 – Det var viktig å vite at jeg hadde prøvd alt

14 Hjelp for kroniske stråleskader

16 Ny poliklinikk for mannlige pårørende

18 Nytt fra lokallagene

20 Studier på gynkreft i Norge

22 Likeperson: Pårørende – en del av det hele

23 Kontakt oss

24 Torbjørn Paulsen er «vår» nye gynekolog og ekspert!

gynkreftforeningen

LUKKEDE DISKUSJONSFORUM

Gynkreftforeningen har opprettet lukkede diskusjonsfora for medlemmer på Facebook. Vi har et forum spesielt for yngre medlemmer under 45 år, og et for alle medlemmer. Har du ikke blitt invitert til disse gruppene, kan du sende en epost til:

kontakt@gynkreftforeningen.no

GSK er et globalt biofarmasøytisk selskap med ambisjon om å forene vitenskap, teknologi og talent, slik at vi sammen kan være i forkant av sykdomsutviklingen.

Vi har som mål å ha en positiv effekt på helsen til 2,5 milliarder mennesker innen utgangen av 2030.

Vi prioriterer utvikling av legemidler til spesialisthelsetjenesten og vaksiner for i størst mulig grad både behandle og forebygge sykdom. Kjernen i dette er vår forskning på immunforsvaret, genetikk og avansert teknologi, samt vår verdensledende kapasitet innen utvikling av vaksiner og medisiner. Vi fokuserer på fire terapeutiske områder: Infeksjonssykdommer, hiv, onkologi og immunologi/lungemedisin.

www.gsk.no

GlaxoSmithKline AS, Drammensveien 288, 0283 OSLO

NP-NO-ON-JRNA-240001, Januar 2024

Lynch syndrom gir økt risiko for livmorkreft

Lynch syndrom er et arvelig syndrom som gir betydelig økt risiko for flere typer kreft, blant annet livmorkreft. Hva bør kvinner være obs på, hvem bør gjennomgå en genetisk utredning og hvordan kan livmorkreft forebygges dersom man har syndromet? Vi har tatt en prat med overlege Astrid Stormorken ved Seksjon for arvelig kreft ved Oslo Universitetssykehus.

Lynch syndrom er et syndrom som er forårsaket av genfeil i et av MMR genene (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2). Dette gir en markant økt sannsynlighet for å utvikle kreft, særlig i tykk-og endetarm og livmor, men også i eggstokker, prostata, urinveier, magesekken, bukspyttkjertelen og hjernen. I Norge finnes det ingen oversikt over hvem, og hvor mange, som har Lynch syndrom, men dersom man sammenligner med andre land antar man at det dreier seg om mellom 13 000 til 20 000 personer. For kvinner med Lynch syndrom er risikoen for livmorkreft betydelig høyere enn hos øvrige kvinner.

Hva bør man være ekstra oppmerksom på?

– Mange går rundt med Lynch syndrom uten å være klar over det. Du bør særlig være oppmerksom dersom det er flere tilfeller av tykktarmskreft, livmorkreft eller eggstokkreft i familien – spesielt før 50-årsalder. Dersom noen i familien har hatt flere ulike kreftformer, og i familier der det er krefttilfeller gjennom flere generasjoner, skal man også være observant. I tillegg bør man utredes dersom en nær slektning har fått påvist en genfeil som kan øke risikoen for kreft, sier Stormorken.

Overlegen anbefaler å snakke med legen din om familiens kreftsykdommer dersom du er usikker på om din kreftdiagnose kan være relatert til Lynch syndrom.

Hvordan få genetisk utredning?

Her skilles det mellom pasienter i kreftbehandling og de som ikke har kreft, men der det foreligger en mistanke

relatert til familiehistorikk.

– Når det gjelder personer som er i behandling for kreft så vil behandlende lege ofte rekvirere et genpanel. Alle livmorsvulster skal undersøkes av patolog med hensyn til IHC (bortfall av MMR protein) eller mikrosatelitt instabilitet. Dersom det er funn i vev/gentest henvises pasienten til genetisk avdeling. For de som ikke har kreft, men der det er mistanke om økt risiko på grunn av familiens sykdomshistorie, vil fastlege kunne henvise videre til genetisk utredning. Det er ofte best å begynne gentestingen hos familiemedlemmer som allerede har hatt kreft, hvis det er mulig. På den måten får man et tydeligere svar på om kreftsykdommen skyldes en arvelig genfeil. Dersom det oppdages en genfeil hos den som har vært syk, kan andre i familien få tilbud om gentesting for å avklare om de også har økt risiko.

Hvordan foregår en genetisk utredning?

Utredningen innebærer en samtale med genetisk veileder eller lege i forkant av gentesten, hvor man får informasjon om hva en gentest kan bety for egen helse og for familien.

– Når noen henvises til oss så kartlegges familiens sykdomshistorikk når det kommer til krefttilfeller. Det er viktig for oss å forklare hvilken betydning dette kan ha for slektninger – uavhengig av kjønn. Deretter tas det blodprøver for å se etter genfeil. Du får grundig informasjon og veiledning både før og etter testingen, forklarer Stormorken.

Når det tas en test for en kjent genfeil kommer svaret som regel etter tre til fem uker.

Oppfølging ved Lynch syndrom

Dersom det viser seg at du har Lynch syndrom så får du tilbud om regelmessig oppfølging.

– For kvinner som er bærere anbefales en årlig gynekologisk kontroll med ultralyd og og i noen tilfeller celleprøve fra livmorhulen. Dette tilbudet får kvinner fra 30-årsalder, der Lynch syndrom er påvist.

Stormorken er tydelig på at tidlig oppdagelse og oppfølging er avgjørende for å forebygge alvorlig sykdom hos personer med Lynch syndrom, for både kvinner og menn.

– En genetisk utredning gir ikke bare mulighet for tettere oppfølging og forebyggende tiltak, men også for at nære slektninger kan få tilbud om testing og eventuell oppfølging.

Hva kan man gjøre for å forebygge kreft?

Dersom du har genfeil i et av MMR genene, finnes det tiltak du kan ta for å redusere risiko. Tarmundersøkelser i form av regelmessige koloskopier anbefales både for kvinner og menn, for å oppdage og fjerne polypper og forstadier til tarmkreft. Det er anbefalt koloskopi hvert andre år fra 25-års alder.

– Regelmessig oppfølging er svært viktig. Kvinner anbefales årlig gynekologisk undersøkelse, da dette kan oppdage forstadier eller kreft tidlig. Noen velger også å gjennomgå forebyggende kirurgi, dette innebærer å fjerne livmor og eggstokker for å redusere risikoen ytterligere. Som regel skjer dette i 40–50-års alderen, forklarer Stormorken.

Viktig å huske på

– Selv om man har en arvelig genfeil, betyr det ikke at man nødvendigvis får kreft – men risikoen er høyere enn hos resten av befolkningen. Samtidig gir kunnskapen om at det er arvelig kreft i familien gode muligheter for både forebygging og tidlig oppdagelse. Når du vet at du har en genfeil, kan du følges tett opp og få tilbud om tiltak som reduserer risikoen for å bli syk. Derfor er det viktig å ta kontakt med lege hvis du tror det kan være arvelig kreft i familien din.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: PRIVAT

Kort om gentester

En gentest er en medisinsk test der arvematerialet ditt analyseres for å avdekke informasjon om helse, risiko for ulike sykdommer eller om du kan føre arvelige egenskaper videre. I arvelig sammenheng innebærer en gentest at det tas en blodprøve for å undersøke om du har en genfeil som er til stede i alle kroppens celler. Det er alltid frivillig å ta en gentest. Når det gjelder arvelig kreft, gentestes som oftest ikke barn før

Norske forskere skal lede prosjektet PREDI-LYNCH, hvor målet er å utvikle enklere og mer treffsikre tester for å avdekke kreft i tarm, livmorslimhinne og urinveier hos personer som har fått påvist Lynch syndrom. Nylig bevilget EU 160 millioner til dette arbeidet, der forskere, leger, bioteknologiselskaper og brukerrepresentanter fra hele Europa er involvert.

Lynch syndrom – den vanskelige arven

Kreft har preget Mette Ege (77 år) sin familie i generasjoner. Mor, mormor og tante hadde alle hatt brystkreft, Mette fikk livmorkreft og datteren hennes døde av hjernesvulst. En gentest i 2011 ga mange svar, men også skyldfølelse.

Mette Ege var med og startet Gynkreftforeningen i 2001, hun har vært leder, aktiv i hovedstyret, samt likeperson gjennom mange år. I dag er hun æresmedlem, og fortsatt aktiv som likeperson.

– Jeg følte meg veldig alene da jeg fikk vite at jeg hadde Lynch syndrom, forteller Mette.

For henne har åpenhet, familien og muligheten til å hjelpe andre gjennom sitt engasjement i Gynkreftforeningen vært livsnødvendig.

Sjelden kombinasjon

For 14 år siden fikk Mette Ege en beskjed om at hun hadde Lynch syndrom, som er en mutasjon i MSH2-genet. Å være bærer av Lynch syndrom gir økt risiko for flere kreftformer, særlig i tykk-og endetarm, livmor og eggstokker. Mette har i tillegg BRCA1-mutasjon, som gir høy risiko for bryst- og eggstokkreft. Å bære begge genfeilene er sjeldent – og tilbake i 2011 gangen visste få leger mye om denne kombinasjonen.

– Da jeg fikk vite om Lynch syndromet, var det ingen rundt meg å snakke med. Jeg følte meg veldig alene, sier hun.

Livmorkreft som 45-åring

Som 45-åring opplevde Mette voldsomme blødninger, men ble ikke tatt på alvor. Hun fikk høre at det skyldtes forandringer i eggløsning i forbindelse med overgangsalder. Hun kjente selv på kroppen at dette ikke stemte, etter hvert gikk hun ned i vekt og ble mer og mer sliten. Først etter et år, og etter at hun insisterte på ny time, ble hun henvist til grundigere undersøkelser hos gynekolog, og videre til Akershus universitetssykehus.

– Planen var at det skulle gjøres en hysteroskopi, men legen endte med å gjøre en utskrapning - uten narkose (!). Det var mildt sagt grusomt vondt, men jeg var egentlig mest glad over å endelig bli tatt på alvor.

Mette ble sendt hjem og etter en knapp uke kom det et brev i postkassen der det sto at hun hadde livmorkreft.

– Jeg hadde gått til gynekolog hvert år, så jeg tenkte aldri at det kunne være kreft. Da beskjeden kom i posten, skjønte

jeg ingenting. Plutselig ble livet snudd på hodet, forteller Mette.

Måtte gå på østrogen

Kort tid etter kreftdiagnosen gjennomgikk Mette en omfattende operasjon, der både livmor, eggstokker og eggledere ble fjernet. Hun ble kastet inn i overgangsalderen.

– Det var et helvete faktisk. Jeg var oppe flere ganger om natten på grunn av svettetokter. Det var vanskelig å få hjelp, men til slutt kom jeg til en lege som startet meg opp på østrogen, selv om jeg egentlig ikke skulle ha det med min familiehistorikk. Hormonprøver var helt i bunn, jeg var benskjør, og fikk beskjed om at østrogen var helt nødvendig blant annet i forhold til min hjertehelse.

Mette gikk på østrogen i tre år, før hun ikke turte å gå på det lenger, men er tydelig på at det reddet henne fysisk og psykisk.

Kreft i familien

Tidlig i Mette sitt kreftforløp ble det tatt en gentest som ikke ga noen utslag, hun forbant derfor ikke livmorkreften med arvelighet. Frykten for brystkreft hadde hun med seg, hennes mor, mormor og tante hadde alle hadde brystkreft, og moren døde da Mette var bare 16 år. Mette gikk derfor årlig til mammografi.

I 2011 var Mette likeperson og fulgte en annen pasient til gentesting, der fattet legen også interesse for Mette sin historikk og overbeviste henne om at hun måtte ta en ny gentest selv.

– Så ble datteren min, brått syk. Hun fikk plutselig et epileptisk anfall og på sykehuset ble det avdekket at hun hadde en svulst i hjernen som legene ikke kunne gjøre noe med. Datteren døde i november 2012, hun var 28 år og nybakt mamma. Det var en helt forferdelig tid og enorm sorg for oss alle.

Et år etter at Mette tok gentesten fikk hun svaret i posten. Hun var bærer av både BRCA1 og Lynch, noe det viste seg at også datteren var.

Skyldfølelse

– Da svaret på gentesten kom kjente jeg på en voldsom skyldfølelse. Det å få vite at jeg hadde påført datteren kreften var hjerteskjærende. Folk rundt meg møtte meg ofte med å si at «det er jo ikke din skyld», men jeg skulle ønske flere uttrykte at de forsto at jeg følte det sånn! Samtidig var vi glade for å få vite hvorfor hun fikk hjernesvulst og at det ikke var noe vi kunne gjort for å forhindre at det skjedde.

Det var også en vanskelig prosess å fortelle resten av familien om resultatene på gentesten, og det førte til at det mange som måtte teste seg.

Ønsker seg mer oppmerksomhet rundt Lynch

I dag er Mette opptatt av å dele kunnskap om Lynch syndrom og takknemlig for at det finnes en test som kan avdekke genmutasjonen slik at flere kan gjøre forebyggende tiltak.

– Dersom jeg hadde visst at jeg hadde Lynch syndrom så hadde jeg jo fjernet livmoren. Etter at jeg fikk vite mer om Lynch har jeg gått til koloskopi årlig, samt fjernet brystene. Jeg er opptatt av å være åpen om min historie og bidra til at andre ikke skal føle på den ensomheten jeg gjorde da jeg fikk konstatert at jeg var bærer. Jeg kjenner sterkt på at åpenhet på mange måter reddet meg etter at vi mistet datteren vår, det førte til at jeg klarte å reise meg igjen og ga meg motivasjon til å hjelpe andre.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: PRIVAT

Hvorfor flytter vi #kjennetter til september?

Har du fått med deg at Gynkreftforeningen har flyttet #kjennetter fra januar til september?

For noen år siden flyttet vi kampanjen til januar, i stor grad fordi Kreftforeningen la sin kampanje #sjekkdeg til september og vi ønsket ikke at vårt budskap skulle drukne i søkelyset på kun livmorhalskreft for gynekologisk kreft er mer enn én kreftform. I år la Kreftforeningen sin kampanje til januar, dermed tilpasser vi oss på nytt og flytter #kjennetter tilbake til vår opprinnelige kampanjemåned – nemlig september!

September er også eggstokkreftmåneden, og da vi startet #kjennetter-kampanjen var det for å øke fokuset på eggstokkreft. Vi skal fortsatt dele informasjon og bidra til mer kunnskap om eggstokkreft, men også om de andre gynkreftformene.

September er dessuten er enklere måned for våre tillitsvalgte og lokallag å være ute på stand og treffe medlemmer og ikke-medlemmer. Vi tror også at september er en måned der det vil være mer rom for å få gjennomslag i pressen med de sakene vi ønsker å sette på agendaen.

Kunnskap bidrar til trygghet og redder liv. #kjennetter handler, bokstavelig talt, om å få kvinner til å kjenne etter og oppsøke lege og kreve en gynekologisk undersøkelse ved endringer i underlivet.

ONCOCAST

en podcast av MSD om kreft

MSD er et legemiddelselskap som er verdensledende innen kreftforskning og innovasjon. Vi jobber for en verden der kreft ikke bare blir behandlet, men kurert! Vi ønsker å gi håp til enda flere pasienter.

Sammen mot gynekologisk kreft

For å lytte til episoden kan du holde kameraet ditt over denne QR koden

Årlig rammes omtrent 1700 kvinner av en form for gynekologisk kreft i Norge, og mange kvinner lever også med seneffekter etter en tøff behandling. I denne episoden av Oncocast kan du lære mer om gynekologisk kreft gjennom samtaler med professor og overlege for gynekologisk kreft, Kristina Lindemann og tidligere styreleder i Gynkreftforeningen Siri Berg.
Lytt til episoden nå.

Oncocast er en podcast for deg som jobber med eller har interesse for kreft. Gjennom meningsfulle og relevante samtaler med våre gjester, der kunnskap og åpenhet står i fokus, setter vi søkelys på samfunnsaktuelle temaer om ulike aspekter ved kreft, kreftomsorg og kliniske studier.

MSD

Podcast-vertene
Walaa Abuelmagd og Elisabeth Næss

*Episoden ble spilt inn før Siri Berg gikk av som leder for Gynkreftforeningen

Ønsker du å lese mer om insidens og statistikk rundt gynekologisk kreft og andre kreftformer, les rapporten Cancer in Norway 2024, Kreftregisteret ved FHI

MSD (Norge) AS, Postboks 1579 Vika, 0118 Oslo

Copyright © 2025 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved.

NO-NON-00570 05/2025

Når kreft truer fruktbarheten

Gynekologisk kreft truer ikke bare livet – men for mange også drømmen om barn. Ved Fertilitetsklinikken på Haukeland kan kvinner fryse ned egg eller embryo før kreftbehandlingen starter, som en forsikring for fremtiden.

Siren Skrede er seksjonsleder ved Fertilitetsklinikken på Haukeland universitetssjukehus og har arbeidet der i tre tiår. Hun forteller at fertilitetsbevarende behandling for kreftpasienter fremdeles utgjør en liten del av klinikkens aktivitet, men at tilbudet er i ferd med å bli mer kjent.

Skrede og teamet hennes tilbyr ulike metoder for å bevare fruktbarheten – enten pasienten har partner eller ikke. Man kan fryse ned biter av eggstokkvev, ubefruktede egg eller befruktede egg (embryo). Hvilken løsning som velges, avhenger av medisinske vurderinger og pasientens eget ønske. Hun understreker at legene ved klinikken er i tett dialog med kreftlegene, slik at pasientene vurderes og henvises tidlig dersom fertilitetsbevarende behandling er aktuelt.

Seksjonsoverlege Hemamaalini Rajkumar understreker at vurderingen alltid må skreddersys:

– Så lenge kvinnen har livmor, vil det være muligheter. Men hvis livmoren må fjernes, blir situasjonen vanskelig. Norsk lov krever at egg settes tilbake i kvinnen de stammer fra.

Hun påpeker at egg kan settes inn i en kvinnelig partner i et likekjønnet forhold dersom paret ønsker det, men at surrogati ikke er tillatt i Norge.

Ved eggstokkreft kan det være risiko for spredning dersom man forsøker å hente ut egg.

– I slike tilfeller kan vi måtte fraråde fertilitetsbevaring, selv om det er et tøft budskap å gi, forklarer Rajkumar.

Fertilitetsklinikken i Marie Joy's Hus ved Haukeland Universitetssjukehus i Bergen.

Når tiden er knapp

Så snart pasienten er henvist, må fertilitetsbevaringen skje raskt. Vanligvis stimuleres eggstokkene med hormoner i rundt 10–14 dager for å modne frem flere egg samtidig. Deretter hentes de modne eggene ut ved et kort inngrep i lett narkose, og eggene (eller embryoene) fryses ned samme dag. I denne perioden utsettes oppstart av kreftbehandlingen tilsvarende, noe som krever nøye planlegging.

Rajkumar forklarer at de fleste pasientene har tid til å gjennomføre hormonstimuleringen før kreftbehandlingen starter, men at det finnes tilfeller der behandling må igangsettes umiddelbart og fertilitetsbevaring derfor ikke er mulig. Hun samarbeider tett med pasientens kreftleger for å sikre at fertilitetsbevaringen kan gjennomføres forsvarlig før annen behandling. Onkologene vurderer risikoen ved en kort utsettelse opp mot gevinsten av å bevare fruktbarheten.

I helt spesielle tilfeller – for eksempel hvis behandling må igangsettes umiddelbart – kan et alternativ være å fryse ned eggstokkvev i stedet for egg. Uttak av eggstokkvev krever ingen hormonstimulering i forkant og kan ofte gjøres samtidig med en operasjon. Denne metoden er mer eksperimentell, men kan være aktuell når tidspresset er stort. Eggstokkvevet kan senere transplanteres tilbake for å forsøke å gjenoppta eggproduksjonen. Tilbudet om nedfrysing av eggtokkvev er lagt til OUS som en nasjonal behandlingstjeneste.

Egg eller embryo?

For pasienter som har en partner oppstår

et ekstra dilemma: Bør man fryse ned ubefruktede egg, eller befruktede egg (embryo) sammen med partneren? Begge alternativer har fordeler og ulemper, og valget kan oppleves vanskelig.
– For en del kan det være litt emosjonelt vanskelig å sette i gang med egg- eller embryobehandlinger midt oppi en alvorlig kreftdiagnose, forteller Skrede. På den annen side kan det å sikre muligheten for et fremtidig familieliv gi en følelse av kontroll og håp for mange.

Fordelen med å fryse embryo er at man allerede har befruktede egg som man vet har begynt å utvikle seg.

– Embryoene har litt større sannsynlighet for at det skal gå bra, siden de allerede har delt seg noen ganger, forklarer Skrede. Ulempen er at det krever at man har en partner involvert, og juridisk kan embryo bare lages dersom paret oppfyller lovens krav (de må være gift eller samboere). Begge må samtykke til behandlingen, og embryoene kan senere kun brukes dersom begge parter fortsatt er enige om det. For eksempel vil en kvinne ikke kunne benytte et frossent embryo dersom forholdet til partneren skulle ta slutt i etterkant.

Ubefruktede egg, derimot, tilhører kvinnen alene. Disse kan befruktes med partnerens sæd (eller donorsæd) på et senere tidspunkt, når hun er klar for å prøve å bli gravid. Fordelen er fleksibilitet – men man vet ikke på forhånd om de opptinte eggene faktisk vil la seg befrukte og utvikle seg når den tid kommer. Ofte hentes det ut flere egg; av kanskje åtte egg kan det for eksempel bli tre levedyktige embryo som lar seg fryse ned. Et ubefruktet egg gir altså ingen garanti, bare en mulighet.

Rajkumar og kollegene veileder pasientene i disse vanskelige valgene.
– Det finnes eksempler på at man gjør begge deler, altså både befruktede egg (embryo) og ubefruktede egg, for å spre risikoen litt, forteller hun. På den måten kan pasienten få noen embryo klare til bruk, samtidig som hun har egne ubefruktede egg i reserve dersom livssituasjonen endrer seg.

Seksjonsleder Siren Skrede og seksjonsoverlege Hemamaalini Rajkumar ved Fertilitetsklinikken på Haukeland gir kreftpasienter håp om fremtidig familieliv.

Mer enn medisin

Tilbudet om fertilitetsbevaring har også en psykologisk effekt som går langt utover det medisinske. Skrede viser til den danske legen og forskeren Claus Yding Andersen ved Rigshospitalet i København, som har forelest om deres erfaringer.

– Den viktigste tilbakemeldingen fra pasientene hans var at selve tilbudet hadde en uventet positiv effekt under kreftbehandlingen. Pasientene tenker: «Jeg skal leve». Det gir dem fremtidshåp. Hvis legen tilbyr fertilitetsbevaring, signaliserer det at man tror behandlingen skal virke, og at pasienten kan stifte familie senere. Det betyr utrolig mye, sier Skrede.

Håp for fremtiden

Nedfryste egg eller embryo er ingen garanti for et fremtidig barn, men de gir en mulighet. Pasienten må være ferdigbehandlet for kreft og medisinsk klarert før hun kan forsøke å bli gravid. Det kan gjerne gå flere år fra eggene fryses ned til de eventuelt tas i bruk – i mellomtiden kan mye skje.

– Vi har et eksempel på en pasient som har vært gjennom dette, og som også ble gravid på egen hånd etterpå, forteller Skrede. For andre har de nedfryste eggene eller embryoene vært selve nøkkelen til å kunne bli foreldre. Uten fertilitetsbevarende behandling ville sjansen for genetiske egne barn vært lik null – nå har pasientene i det minste et håp. De frosne eggene og embryoene representerer et liv som kanskje kan blomstre etter kreften.

TEKST OG FOTO: MORTEN BRAKESTAD

Fertilitetsbevaring

- **Hvorfor?** Cellegift og strålebehandling kan skade eggstokkene og føre til varig infertilitet. Kirurgi for gynekologisk kreft kan også medføre tap av fruktbarhet.
- **Metoder:** Nedfrysing av eggstokkvev, ubefruktede egg eller befruktede egg (embryo) benyttes for å bevare fruktbarhet. Valg av metode avhenger av kreftype, tidsfaktor og om pasienten har partner.
- **Hormonterapi:** Uttak av egg (for frysing av egg/embryo) forutsetter ca. 10 dager med hormonstimulering og deretter et mindre inngrep for å hente ut eggcellene. Dette utsetter kreftbehandlingen tilsvarende.
- **Embryo vs egg:** Embryo kan kun lages dersom kvinnen har en partner som tilfredsstiller kravene i Bioteknologiloven (paret må være gift eller samboende). Et embryo eies av begge par; ubefruktede egg eies av kvinnen alene.
- **Aldersgrense:** Nedfryste egg, embryo og eggstokkvev kan oppbevares til kvinnen fyller 46 år. Bruk av materialet må skje før denne alderen, og når pasienten er kreftfri.
- **Økonomi:** Fertilitetsbevarende behandling ved kreft anses som medisinsk begrunnet. Tilbudet gis ved offentlige sykehus; kostnader til behandling dekkes av det offentlige.

– Det var viktig å vite at jeg hadde prøvd alt

Da Hege Alice Granøe Johansen (38) oppdaget at hun hadde eggstokkreft midt i et prøverørsforsøk, ble drømmen om egne barn brått satt på vent – før den måtte oppgis helt. Hun håper flere får tilbud om fertilitetsbevarende behandling og god støtte i prosessen.

Hege Alice hadde alltid ønsket seg barn, og bestemte seg tidlig for at hun ville prøve selv dersom hun ikke hadde blitt mor før fylte 33 år.

– Jeg kjente at tida gikk og ble mer og mer stresset – jeg ble jo ikke yngre, sier hun.

Etter noen forsøk i Danmark fikk hun plass til prøverørsbehandling på Rikshospitalet.

– Jeg ville ikke risikere å angre senere. Jeg hadde to befruktede egg på frys, og skulle sette inn det ene. Da valgte legen å stoppe forsøket en uke før innsett, bare for å være helt sikker på at alt var i orden. Det reddet sannsynligvis livet mitt.

Undersøkelsene viste klarcellet eggstokkreft, en aggressiv type som ofte oppdages sent.

– Jeg hadde ingen symptomer, så jeg er takknemlig for at det ble oppdaget når det ble.

Et håp – og et nytt tap

Hege Alice håpet lenge at hun kunne fullføre drømmen om barn etter behandling.

– Før den første operasjonen på Radiumhospitalet fikk jeg beskjed om at planen var å la livmoren stå, men at det kunne hende de måtte fjerne den avhengig av hva de fant. Etter operasjonen spurte jeg med en gang om livmoren var beholdt, og fikk heldigvis ja. Jeg setter enormt stor pris på at de gjorde et unntak og lot meg beholde livmoren i første omgang. Det ga meg håp og følelsen av at ingenting skulle stå uprøvd. Legene ønsket å gi meg mulighet til å bruke de befruktede eggene dersom jeg var kreftfri etter to år.

Men gleden ble kortvarig. Nye prøvesvar viste kreftceller, og hun måtte gjennom en ny operasjon der livmoren også ble fjernet.

– Det var et hardt slag. Men jeg er veldig takknemlig for at legene prøvde å gi meg en sjanse, selv om det til slutt ikke gikk.

Viktigheten av god informasjon og støtte

Prosessen var emosjonelt krevende, men Hege Alice opplevde at hun ble godt fulgt opp av helsevesenet.

– Jeg fikk tilbud om psykolog og hadde mange gode samtaler med sykehuspresten på Tønsberg sykehus. Hun var helt fantastisk – varm og støttende.

Hege Alice mener det er viktig at leger er tydelige om at endelig svar først foreligger etter at alle prøver er analysert.

– To ganger fikk jeg høre at alt så fint ut, før prøvesvarene viste kreftceller. Det hadde vært godt å få beskjed om at situasjonen kunne endre seg. Jeg tror rett og slett jeg var uheldig. Legene sa jo ikke noe som var usant – de kunne bare ikke se tegn til kreft før prøvene var analysert. Jeg bærer ikke nag for det, men det hadde vært fint å få tydelig beskjed om at prøvesvarene kunne endre situasjonen.

Endometriose og kreft

– I ettertid har jeg skjønt at endometriosen min sannsynligvis førte til kreften. Jeg hadde hatt symptomer tidligere, men ikke koblet det til noe alvorlig. Det viser hvor viktig det er at helsevesenet tar endometriose på alvor og følger opp kvinner med langvarige smerter. (Endometriose er en tilstand der livmorslimhinne vokser utenfor livmoren, noe som kan gi smerter og i sjeldne tilfeller øke risikoen for enkelte typer eggstokkreft.)

En avklart situasjon

Selv om sorgen over å ikke få egne barn er stor, beskriver Hege Alice også en følelse av lettelse over å være ferdig med forsøkene.

– Nå er det ingen flere muligheter å prøve. Det gjør det lettere å gå videre. Jeg har flere flotte tantebarn og en katt, og er takknemlig for at jeg lever.

Hun håper at hennes historie kan bidra til at flere kvinner blir tidlig henvist til fertilitetsvurdering.

– Jeg ønsker at andre skal få samme sjanse til å bevare fruktbarheten dersom det er mulig og medisinsk forsvarlig. Det betyr mye å vite at man har prøvd alt.

TEKST: MORTEN BRAKESTAD
FOTO: PRIVAT

Sammen kan vi gjøre kreft til en sykdom man kan leve med

Vi i AstraZeneca arbeider for at mennesker med kreft skal leve lengre og ha bedre livskvalitet.

Vi bygger videre på mer enn 40 års erfaring og flytter grensene for vitenskap med en omfattende portefølje av legemidler under utvikling innenfor kreft.

Vi gjør vårt beste hver dag for å være en god samarbeidspartner for behandlere, forskere og myndigheter i arbeidet med å forbedre livet til kreftpasienter og deres pårørende.

AstraZeneca

AstraZeneca Norge AS | Fredrik Selmers vei 6, Postboks 6050 Etterstad, 0601 Oslo | 21 00 64 00 | www.astrazeneca.no

NO-7333-02-2021-ONC

Får hjelp for kroniske stråleskader

Kvinnene ligger under trykk tilsvarende 14 meter under vann og puster rent oksygen. Mennesker med kroniske stråleskader kan få hjelp ved Haukeland universitetssykehus i Bergen.

Dr. Bernd Müller har kontor like i nærheten av der trykkamrene er. Han driver også med forskning, og følger opp pasienter som skal til behandling de neste månedene.

Dykkerlege står det på døren til Bernd Müller. Han er en av tre leger tilknyttet yrkesmedisinsk avdeling, som har ekspertise når det gjelder denne type behandling i trykkammer.

Hvert år er det omtrent 200 mennesker fra hele landet som blir innkalt hit, både kvinner og menn. De ligger på rekke og rad i det som ligner en kuvøse for voksne, men noen sitter også sammen i et stort kammer der det er plass til maksimalt tolv i samme rom. Som oftest er det dykkere eller mennesker med andre akutte tilstander som behandles i flermannskammeret.

– Vi vet at strålebehandling er positivt, fordi det dreper kreften, men det treffer også friskt vev i samme område. I 5 til 15 prosent av tilfellene kan pasienten få kroniske følger av bestråling, forteller Bernd Müller.

Han forklarer videre at det som skjer i kroppen er at de minste blodårene (kapillærene) går tette eller ødelegges, slik at det blir dårligere blodforsyning, i tillegg til at vevet endrer seg. Slimhinneorganer er mest utsatt. Blære, tarm og skjede er spesielt følsomme for den type bivirkninger. Og at det er for dårlig blodforsyning i vevet, gjør at vevet ikke klarer å fornye seg.

Stråleskade med forsinkelse

Müller har jobbet ved sykehuset i over 20 år, mange av dem nettopp med trykkammerbehandling eller hyperbar oksygenbehandling som det heter. I Bergen er det en nasjonal behandlingstjeneste for alle pasienter i Norge som har behov for planlagt trykkammerbehandling.

Mange vet ikke hva et trykkammer er, eller hva behandlingen går ut på. Han forklarer:

– En av hovedgruppene her er kvinner som har hatt gynekologisk kreft, det vil si kreft i livmorshalsen, livmor, i skjeden, eller eggstokkene. Det hyppigste er gjennomgått livmorhalskreft.

Müller opplyser videre at det er vanlig å ha akutte reaksjoner under bestråling og rett etterpå, men når det er gått tre til seks måneder og symptomene ikke er forsvunnet, kan det være tegn på kronisk stråleskade. Når det er blitt bekreftet av kreftleger eller andre spesialister, kan man henvises til denne behandlingen.

– Symptomene kan også oppstå eller komme tilbake mange år senere. Noen blir da bekymret for at det er kreften som har returnert, hvis de for eksempel får blødninger eller smerter. Men det kan være en stråleskade med forsinkelse.

Er hemmende for livskvaliteten

Stråleskader kan gi mange utslag, blant annet problemer som kan oppstå i forbindelse med toalettbesøk. Lekkasje, sterk trang eller hyppig vannlating eller avføring er hemmende for dem som opplever dette.

– Noen får fem minutters varsel før de må på do, andre kun ett minutt eller enda mindre, forteller Bernd Müller. Han legger til at lekkasjer er ubehagelige og et inngripende problem som går ut over det sosiale, påvirker selvbildet og livskvalitet generelt.

Kvinner med kroniske stråleskader kan også oppleve smerter i underlivet. En kvinne fortalte at hun hadde hatt indre stråling i skjeden, og at det hadde oppstått sår i underlivet. Det var smertefullt. Hun kjente bedring allerede under behandlingen i Bergen og var opprømt.

I trykkammeret blir også menn behandlet for kroniske stråleskader etter prostatakreft, og pasienter med stråleskader etter endetarm- eller tarmkreft. Eller de tilhører den andre hovedgruppen, som har hatt stråling til hals og hode-området.

Daglig behandling

Klokken 8, 10, 12 og 14 tar seks personer plass i de single trykkamrene. Det betyr 24 personer som får behandling fra mandag til fredag. I helgen er det fri. Det typiske er rundt 30 behandlinger i løpet av seks uker i strekk.

Når pasienten ligger på plass på båren, blir hver og en jordet. Dette for å unngå at det oppstår statisk elektrisitet i trykkamrene. Derfor må også sykepleierne stille de samme spørsmålene hver eneste dag før behandling: Har du noe krem på kroppen? Har du neglelakk eller soppmiddel på tærne? Har du på klokke

«Hører du meg?» Legen forsikrer seg om at kvinnen har det bra. Mange sykepleiere som jobber her, påser også at de som får behandling har det bra.

eller smykker? Har du ditt eget hår? Har du høreapparat eller pose på magen. Har du titan i brillene og truse som inneholder mer enn 90 prosent bomull? Enda flere spørsmål står på listen. For det hender at de som skal kjøres inn i kammeret har glemt å ta av ringer eller klokke. Det skjer som oftest på en mandag, etter fri i helgen. Alt dette er viktig for sikkerheten, siden oksygen under høyt trykk er forbundet med økt brannfare.

Hva skjer?

I selve trykkammeret er hovedpoenget å få i seg store konsentrasjoner av oksygen.

- Sykepleierne øker til 2,4 atmosfærers trykk. Det er mer enn dobbelt så høy konsentrasjon som det man kan oppnå med å puste rent oksygen «på overflaten», informerer dykkerlegen.

Beskrivelsen videre er nytt for de fleste. De som ligger i den gjennomsiktige kolben, puster inn rent oksygen istedenfor de vanlige 21 prosent vi har i luften. Molekylene er presset sammen. I løpet av de snaue to timene som behandlingen varer, kommer to ganger beskjeden om å ta på seg en maske. I fem minutter hver gang er det vanlig luft som pustes inn. Det må til for at hjernen ikke skal bli ladet med for mye oksygen, det vil si for å unngå oksygentoksitet til hjernen, som det heter.

– Får dere tilbakemeldinger om at behandlingen har effekten etter at pasienten har dratt hjem?

– Selve oppfølgingen skjer hos pasientens egen lege, men vi får en del tilbakemeldinger. De fleste har god effekt og det er en god del solskinnshistorier også. Rapporter forteller at mange med relevante stråleskader opplever mindre smerte, stopp av blødninger de ikke tidligere ble kvitt, og mindre lekkasje. De fleste får tydelig forbedring. men for noen betyr en liten endring ganske mye.

Får virkning på lang sikt

Oksygenkonsentrasjonen i blodet er ekstremt høy under behandlingen. Dette utløser noen reaksjoner i kroppen som er positive ved kroniske stråleskader: Utvekst av små blodårer blir stimulert, vevet blir friskere, det fornyer seg og blir med stabilt. Når det er vokst ut nye kapillærer blir blodforsyningen bedre. Effekten fortsetter lenge etter at pasienten har dratt hjem.

Müller har forflyttet seg inn i det lyse rommet der sykepleierne passer på at pasientene har det bra. Han tar opp telefonen, som gjør at han kan snakke med kvinnen som ligger i kapselen. Hvis hun ønsker å oppnå kontakt, er det bare å løfte en hånd eller banke forsiktig på akrylglasset.

– Blir det bivirkninger?

– Det kan oppstå, men det er ikke mange. Noen opplever litt trykk på ørene når trykket øker. Det løser vi. Som oftest hjelper det å drikke litt av vannet pasienten har i en kopp. Det åpner luftgangen til mellomøret bak i svelget og føles bra for ørene. Noen er ukomfortable og har angst eller klaustrofobi. Det avhjelper vi med en liten tablett. Enkelte får endret syn og blir mer nærsynte på grunn av behandlingen. Den store oksygenmengden påvirker øyets linse med en midlertidig endring. Som regel går dette over etter to-tre måneder.

TEKST OG FOTO: METTE BUGGE

Ny poliklinikk for mannlige pårørende

Hva trenger menn som står nær kvinner med gynekologisk kreft? Dette spørsmålet står sentralt i et nytt forskningsprosjekt ved Radiumhospitalet.

En sykepleierledet poliklinikk til mannlige pårørende er på trappene.

Målet er å utvikle en sykepleierledet poliklinikk som kan gi bedre støtte til mannlige pårørende – en gruppe som ofte føler seg oversett i møte med helsevesenet. Vi har snakket med Heidi Liland, som er kreftsykepleier og som jobber med det nye forskningsprosjektet.

– Jeg har jobbet over 20 år på Radiumhospitalet med gynkreftpasienter, og sett at menn ofte vegrer seg for å ta kontakt hvis det er noe de lurer på. Samtidig forteller mange at de ikke helt forstår hva som skjer eller hva slags informasjon de har fått. De føler seg ofte ensomme, forteller Liland.

Ideen til en egen poliklinikk for denne gruppen pårørende, ble til i samarbeid med Kristina Lindemann og Simen Alexsander Steindal, begge professorer. Sammen har de utformet prosjektet og gjort bakgrunnsundersøkelse som å se på hvilke ulike pårørendetilbud som finnes.

Fare for angst, depresjon og sosial isolasjon

– Vi har også gått gjennom internasjonal forskning om menn som pårørende. Den viser at menn ofte savner informasjon om hvordan behandlingen påvirker kvinnen, hvilke symptomer som kan oppstå, og hvordan behandlingsforløpet blir. Mange utvikler angst og depresjon, og blir mer sosialt isolert. De savner nærhet og intimitet. For mange endres seksuallivet betraktelig og det er ofte mye de tenker på og bekymrer seg over alene, forteller Liland.

I forskningsprosjektet har de sett nærmere på noen av dataene fra PEACE-studien. Dette er en internasjonal studie som tar for seg hvordan både pasienten og pårørende opplever viktigheten av - og tilfredsheten ved ulike aspekter som sykdomshåndtering, forholdet til legene, osv.

Kreftsykepleier Heidi Liland.

– Disse dataene peker i retning av at menn føler seg litt utenfor i rollen som pårørende og at de ikke alltid opplever at de blir hørt, forteller Liland.

– Vil du si at menn som pårørende til gynkreftpasienter skiller seg fra andre kreftpårørende?

– Ikke nødvendigvis. Jeg tror de ligner andre mannlige pårørende generelt, men vi har valgt å fokusere på denne gruppen fordi vi jobber med gynkreft. Det er en pårørendegruppe som i hovedsak består av menn. Gynkreft kan fortsatt være tabubelagt, og det kan være vanskelig for menn å snakke med venner om det. Det er en sykdom som griper dypt inn i kvinners liv – det er privat, og det blir ofte en ekstra byrde for den pårørende. Dette er min antakelse basert på det vi har sett så langt.

Planlegger pilotstudie i forkant av poliklinikken

På nåværende tidspunkt er forskningsgruppen i gang med workshops der

pårørende, sykepleiere, fastleger og leger fra gynkreftavdelingen ved Radiumhospitalet deltar. De skal utarbeide en plan for hvordan en poliklinikk for pårørende kan se ut, og hvilke tilbud den skal inneholde.

– Har dere noe tidsperspektiv på når poliklinikk vil være på plass?

– Det avhenger av resultater og videre arbeid, men i løpet av et år håper vi å ha kommet et godt stykke. Etter workshopene begynner vi å analysere materialet. Da får vi en tydeligere idé om hvordan poliklinikken skal utformes. Vi planlegger også en pilotstudie for å teste ut tilbudet – for å se om det faktisk blir tatt i bruk og om det oppleves som nyttig, forteller Liland.

– Hva håper dere menn som deltar i poliklinikken får ut av det – både underveis og på lengre sikt?

– Jeg håper de føler seg mer ivaretatt, og at de får et lavterskeltilbud der de kan stille spørsmål de kanskje ikke tør stille når de er sammen med partneren. At de kan snakke med sykepleiere om det som er vanskelig, og si det som det er – for eksempel at det er tøft å være pårørende. Vi ønsker også at det skal være mulig å koble dem til relevante tjenester. Hvis økonomi er en utfordring, kan vi sette dem i kontakt med sosionomtjenesten. Mange vet ikke hvordan de skal navigere hjelpesystemet. Det kan være en jungel og tappe en for energi, spesielt når man står i arbeid, har flere omsorgsoppgaver og en ny rolle hjemme.

Få benytter seg av eksisterende ordninger

Liland påpeker at bedre støtte til pårørende også kan komme pasienten til gode. Når pårørende føler seg ivaretatt og forstått, og får god informasjon, kan de være en bedre støtte for pasienten.

– De får mer overskudd, blir tryggere og vet hvem de kan kontakte ved behov. Det er viktig, spesielt når mange av pasientene er hjemme store deler av behandlingsforløpet. Det er hjemme de fleste spørsmål og utfordringer oppstår – ikke på sykehuset, understreker Liland.

– Er det noe som har overrasket deg i arbeidet med prosjektet?

– Det som har overrasket meg er at menn uttrykker behov for informasjon og støtte, men at de samtidig i liten grad benytter seg av de tilbudene som finnes.

Liland trekker frem at man ser det samme i annen forskning: Kvinner er flinkere til å oppsøke støtte og si ifra når de har det vanskelig.

– Menn er ofte mer private og synes det er vanskelig å ta kontakt med en fremmed og snakke om hvordan de har det. Dette kjenner vi igjen også fra andre områder, som hvorfor menn har høyere selvmordsrate – de snakker i mindre grad om vanskelige ting med andre.

TEKST: KJERSTI JUUL
FOTO: MORTEN BRAKESTD / PRIVAT

Hjelpemidler for seksuallivet kostnadsfritt på NAV-ordning

Disse hjelpemidlene og flere andre kan du ha rett på å få dekket kostnadsfritt. Besøk våre hjemmesider eller ta kontakt med oss for informasjon og veiledning.

Vagiwell dilatorsett
i myk silikon

Feminaform dilatorsett
i hardplast

Mikazuki vibrator

Inspire dilatorsett
i fast silikon

quintet.no - 55 98 15 55 - post@quintet.no

QUINTET

LOKALNYTT

Harstad og omegn lokallag

Den siste helgen i august deltok lokallaget på Stafett for livet, hvor mange stilte opp og gikk for kreftsaken. I år slo lokallaget seg sammen med Brystkreftforeningens sitt lokallag, og delte både telt og opplevelser.

– Fugl Fønix er Stafett for livet-laget til Eli Moursund. Eli var med på å starte lokallaget I Harstad for ti år siden. Etter flere kamper med eggstokkreften og senskader, ble hun igjen alvorlig syk i 2024. Hun visste ikke om hun ville overleve, men som navnet på laget sitt, klarte hun å kjempe seg tilbake. Vi er så stolte over det arbeidet Eli har gjort, ikke minst med etablering og drift av lokallaget i mange år, men den fysiske kampen for å komme seg etter alt kreften har gjort og tatt i fra henne. Mange flotte mennesker stilte opp og gikk runde etter runde for Eli, og det var en meget rørt hovedperson som koste seg med sine støttespillere denne helgen, forteller Mette Dischington, lokallagsleder.

I år fyller lokallaget ti år, og dette blir feiret med både miniseminar om livet etter kreften, og festmiddag 15.oktober på Quality Hotel Harstad. Hit kommer Åsa Karlsen sexolog, Hallvard Fjelltun, overlege og gynekolog ved UNN Harstad, og Hilde Angell Johnsen, fysioterapeut med spesialkompetanse på bekkenbunnslidelser. Kvelden avsluttes med festmiddag for medlemmer og andre inviterte.

Møre og Romsdal lokallag

Lokallaget melder om flere forskjellige aktiviteter. 15. mai ble det arrangert medlemstur til Alnes fyr. 27. mai deltok lokallagsleder May Hege Lyster på kick-off for ABC for god og inkluderende psykisk helse i regi av Møre og Romsdal fylkeskommune.

Utover dette har styret har hatt møte i august og september og planlegger miniseminar om gynkreft på Vardesenteret i Ålesund 14. oktober. Hit kommer Christina Duwe, overlege på gynekologisk avdeling ved sjukehuset i Ålesund, Gunnhild Nordstrand, fysioterapeut og sexolog, samt Vera Henriksen som deler erfaringer med livmorhalskreft.

Mjøsa og omegn lokallag

Lokallaget fikk på plass nytt styre i juni i år og startet umiddelbart arbeidet med å planlegge høstens aktiviteter. Dette er lokallaget for hele Innlandet!

6. september sto lokallaget på stand på Fagernes Byfest og 13–14. september stilte de med eget lag på Kreftforeningens Stafett for livet på Gjøvik, som tross en del regn ble et minnerikt og flott arrangement.

15. oktober inviterer lokallaget til miniseminar om gynkreft i Hamar, med flere interessante foredrag på programmet, blant annet lege Frode Skanke, som de siste 15 årene har jobbet med rehabilitering etter kreft på Røros rehabilitering. Hans foredrag denne kvelden er: «Et reddet liv skal også leves. Seneffekter etter kreft».

12. november inviterer lokallaget til medlemsmøte på Fagernes. Medlemmer på Innlandet oppfordres til å bli medlem av Facebookgruppen Gynkreftforeningen Mjøsa & omegn/Innlandet.

Tre av lokallagets styremedlemmer på standen på Stafett for livet.

Stavanger og omegn lokallag

Ni damer fra lokallaget i Stavanger og omegn var på en fin sommertur til Flor og fjære. Det ble guidet omvisning i hagen, nydelig lokalmat i drivhuset og gode samtaler!

Bergen og omegn lokallag

Lokallaget inviterte til temakveld om gynkreft 24. september i Bergen, der hadde med seg dyktige forelesere: kreftforskerne Line Bjørge og Camilla Krakstad, samt leder for Kreftsenter for opptrening og rehabilitering og phd Karen Gissum.

Vestfold og Telemark lokallag

Lokallaget arrangerte temakveld med fokus på senskader 9. september på Farris Bad. Det var godt fremmøte fra både medlemmer og helsepersonell, og seminaret ble streamet slik at det nådde ut til mange. Gynekolog og overlege ved Sykehuset i Vestfold Tonje Bohlin var på plass og holdt et svært nyttig foredrag om de vanligste senskadene som kan oppstå og hvilke behandlinger som finnes. Lokallagsleder Lise Dean delte sin pasienthistorie, og Jeanette Kvisla Helganes, sexolog og sykepleier fysikalsk medisinsk seksjon ved SiV, holdt et godt foredrag om seksuell helse etter behandling.

I tillegg har lokallaget deltatt som «fightere» på Stafett for livet i Sandefjord 13. september, og leder Lise Dean har vært deltaker flere møter med Sykehuset i Tønsberg i rollen som brukerrepresentant. Hun har også holdt innlegg med sin pasienthistorie på lærings- og mestringskurs for gynkreftpasienter.

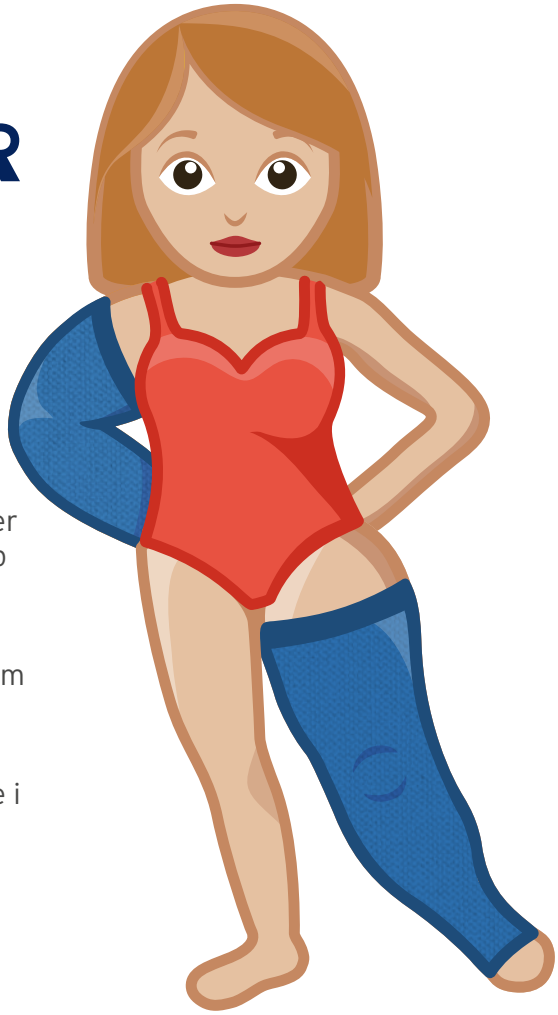
Oslo og Akershus lokallag

Lokallaget stilte med eget lag under Stafett for livet i Nittedal i 20. september. Åtte medlemmer deltok.

– Til tross for en del fryktelig vær så var dette er morsomt arrangement å være med på! Vi var den eneste pasientforeningen som deltok og fikk delt ut godt med brosjyrer, solgt noen pins og servert kake! Dette ble en flott opplevelse på mange plan og vi planlegger selvsagt å stille med lag neste år også. Da håper vi å få med mange flere, slik at vi kan få løpt mange flere runder. Vi har også planer om å jobbe litt med sponsorer for neste år.

Se **Gynkreftforeningen.no/vare-tilbud/kurs-og-aktiviteter/** for påmelding til arrangementer i lokallagene

ER BENA, MAGEN ELLER GENITALIA MER HOVEN ENN FØR? KAN DET VÆRE LYMFØDEM?



JOBST tilbyr kompresjonsløsninger for deg med lymfødem etter gynekologisk kreft. Kontakt en lymfødemfysioterapeut for hjelp – de finner du på **nllf.no**

Ønske du mer informasjon om seneffektene lymfødem eller inkontinens? Les på **Tena.no** eller **brosjyrene** våre om lymfødem som du får opp ved å **scanne QR kodene** i annonsen.

Ta gjerne kontakt med Lise Baklid på **lise.baklid@essity.com** om du ønsker mer informasjon, eller besøk på et medlemsmøte i lokallaget.

DEFY GRAVITY

JOBST TENA

Studier på gynkreft i Norge

For mange pasienter har deltakelse i kliniske studier gitt muligheter som ikke har vært tilgjengelig i standardbehandling.

Gynkreftforskningen i Norge holder et høyt nivå, og selv om vi selvfølgelig alltid ønsker oss enda flere studier og muligheter, så har vi både norske forskningsprosjekter og tilgang til internasjonale studier i form av at sykehus i Norge blir invitert til å delta større utenlandske studier.

Som et bidrag til at pasienter kan holder seg oppdatert og få informasjon om de studiene som pågår ved Radiumhospitalet, deler vi informasjon om pågående studier på gynkreft, som fortsatt inkluderer pasienter.

Oversikten er kvalitetssikret av Torbjørn Paulsen, gynekolog og overlege ved Oslo Universitetssykehus.

Hvordan bli med i en studie?

Som regel er det behandlende lege som har oversikt over studier som kan være aktuelle for en pasient, og som sender en forespørsel om pasienten kan vurderes for deltakelse i studien til det sykehuset som har ansvar for studien. Noen ganger er det pasienten selv som finner frem til studien, og enten tar det opp med sin behandlende lege eller tar direkte kontakt med studieansvarlig lege. For noen pasienter vil veien inn til en studie være via Ekspertpanelet. Pasienter som får saken sin vurdert i Ekspertpanelet vil kunne få råd om deltakelse i kliniske studier i Norge eller i utlandet, fortrinnsvis i Norden.
Det er viktig å vite at som deltaker i en studie har man alltid lov til å trekke seg fra en studie, når som helst i studien, uten å oppgi grunn.

Studier på livmorhalskreft

POD (Plan-of-the-Day)
Dette er randomisert studie på strålebehandling av livmorhalskreft. I studien vil forskerne undersøke om tre ulike stråleplaner kan redusere risikoen for bivirkninger, sammenlignet med standard behandling der det kun lages én stråleplan.

TroFuse-020
I denne studien sammenlignes effektiviteten og sikkerheten til legemiddelet MK-2870 med det som er behandlende leges valg som andrelinjebehandling for deltakere med tilbakevendende eller metastatisk livmorhalskreft. MK-2870 er et ADC, antistoff-legemiddel-konjugat.

e-Volve
Dette er også en studie som inkluderer et ADC. Kvinner med høyrisiko lokalt avansert livmorhalskreft som ikke har utviklet seg etter behandling med cellegift og stråleterapi får legemiddelet Volrustomig som vedlikeholdsbehandling.

Studier på eggstokkreft

TUBA-studien
Dette er en internasjonal studie for kvinner med genfeil i BRCA1 eller BRCA2. I studien skal det undersøkes om risikoen for å få eggstokkreft hos kvinner med genfeil er lik når eggledernе fjernes først og eggstokkene fjernes på et senere tidspunkt, sammenliknet med å fjerne eggstokkene og eggledernе samtidig.

HERO
Dette er en observasjonsstudie for kvinner som har fått påvist eggstokkreft, eggledernkreft eller kreft i bukhinnen. I studien får deltakerne tilbud om genetisk testing. Målet med studien er å lære mer om fordelingen av HRD og BRCA1/2 mutasjoner hos pasienter med avansert eggstokkreft på diagnosetidspunktet, og finne ut mer om hvordan de forskjellige gruppene responderte på behandling med PARP-hemmer.

Radspherin
I dette prosjektet blir legemiddelet Radspherin prøvd ut på pasienter med eggstokkreft med spredning til bukhulen. Hensikten med studien er å finne ut hvilken dose som kan brukes i videre studier, samt å evaluere bivirkninger relatert til legemidlet.

Studier på livmorkreft/ eggstokkreft

Behold2
Dette er en tidlig studie der forskere tester en ny medisin (GSK5733584) sammen med andre kreftmedisiner på pasienter med eggstokk- eller livmorkreft. Hensikten er å finne ut om dette er en trygg behandling, hvordan kroppen tåler medisinen, hvordan medisinen oppfører seg i kroppen, og om den har effekt mot kreften. Deltakerne blir delt inn i flere grupper, og hvem som får hvilke medisiner avgjøres ved loddtrekning.

Studier på livmorkreft

Sensor-studien
Målet med studien er for forskerne å lære mer om hvordan forskjeller i utredning og behandling av kreft i livmoren påvirker diagnostisering, risiko for tilbakefall og livskvalitet, særlig med tanke på utvikling av lymfødem. Forskerne vil innhente og registrere helseopplysninger, samt gjennomføre en

spørreundersøkelse for å kartlegge livskvalitet og særlig forekomsten av lymfødem etter behandling for livmorkreft.

Studier uavhengig av diagnose

IMPRESS-Norway
Her kan alle pasienter som har progresjon etter standard behandling, og som har mutasjoner som det finnes medikamenter som er godkjente for andre indikasjoner enn den krefttypen som pasienten har.
De fleste lokalsykehus i Norge deltar

PEACE
Et kartleggingsprosjekt for gynkreftpasienter med spredning, og som er i lindrende behandling. Pårørende kan også delta i studien. Målet med prosjektet er å finne ut hva pasienter selv mener når det kommer til hva de ønsker av behandling i den siste fasen av livet.

NEON
Dette er en nasjonal observasjonsstudie av kvinner med gynekologisk kreft som behandles med nye behandlingsmetoder som for eksempel immunterapi eller annen målrettet behandling.

PALLSOFT
I studien vil forskerne undersøke om den lindrende effekten av en enkelt strålebehandling er like god som den lindrende effekten av fem strålebehandlinger.

Kommende studier:

RAINFOL
Dette er en fase 3 studie som involverer et nytt ADC, antistoff-legemiddel-konjugat (Rina-S) og retter seg mot avansert livmorkreft.
Studien er planlagt å starte opp i høst.

Trofuse-033
I denne studien vil forskerne se på effekten av saci-T (antistoff-legemiddel-konjugat) i kombinasjon med Keytruda og cellegift hos pasienter som har livmorkreft med intakt DNA-reparasjon (pMMR), og som får sin første behandling mot sykdommen.
Studien er planlagt å starte opp i høst.

TEKST: RANNVEIG ØSNE

Pårørende – en del av det hele

– Vi skal ikke vinne et valg eller drive misjonsvirksomhet, men det er viktig at de som har nytte av det, får muligheten til å snakke med en likeperson, mener Bent Botten.

Da kona May Hege Lyster ble syk, ble Bent Botten med ett kastet inn i en ny tilværelse. Rollen som pårørende kan for mange føles som å bli satt litt på sidelinjen, samtidig som man har samme behov som den syke, i forhold til å få luftet frustrasjon og usikkerhet.

– Selv har jeg aldri følt meg på sidelinjen, men som en del av det hele. Da kona mi ønsket å bli likeperson, var det naturlig for meg å gå kurset sammen med henne og bli med på samlinger, forteller Botten.

Med det utgjør han en av likepersontjenestens få pårørende i Gynkreftforeningen, men har foreløpig ikke fått en eneste telefon etter to år som likeperson.

– Jeg hadde nok ikke ventet å få veldig mange telefoner, men jeg hadde heller ikke forventet å få null, understreker Botten.

– Hvordan kan man få flere til å benytte seg av likepersontjenesten?

– Å oppleve alvorlig sykdom enten det er i nær familie eller man selv får diagnosen, er en veldig sårbar situasjon for mange. Ikke alle har et ønske om samtale med en vilt fremmed på et sånt tidspunkt. Jeg tenker at det bør være en tjeneste som er tilgjengelig, men ikke påtrengende. Der folk som er i en slik situasjon må få styre det selv. Vi skal ikke vinne et valg eller drive misjonsvirksomhet. Informasjon om at tilbudet finnes er fint, men det er ikke viktig at så mange som mulig benytter det. Det er derimot viktig at de som har nytte av det, får muligheten til å snakke med en likeperson, påpeker Botten.

– Hvorfor er det fint å kunne prate med en likeperson?

– Likepersonarbeid er bra i veldig mange sammenhenger, også der man får muligheten til å snakke med noen som selv har kjent på kroppen hvordan det er å være i samme situasjon. Da min kone ble syk, var jeg riktignok selv aldri inne på tanken om å kontakte en likeperson. Jeg visste ikke engang at denne tjenesten fantes.

– Er det noen bestemte egenskaper som er gode å ha med seg i rollen som likeperson?

– Du kommer veldig langt med sunn fornuft og litt medmenneskelighet. Å være flink til å lytte er en selvfølge. En bevissthet om å ikke komme inn på medisinske spørsmål er også viktig.

– Hvilke utfordringer står pårørende overfor når sykdommen rammer?

– Når sykdommen blir oppdaget er det både sjokk, forvirring og frykt. Pårørende speiler det pasienten selv føler. Siden blir også dette en hverdag for mange, heldigvis. Man lever med kunnskapen om at det kan komme tilbakefall, noe som er mer eller mindre sannsynlig avhengig av sykdomstype og stadium. Melder man seg på likepersonkurs som pårørende lærer man seg også mer om sykdomsprosessene, det kan gi en følelse av å bli «innlemmet» snarere enn å stå på sidelinjen.

Bent Botten (57)

Hva ga deg mest håp da sykdommen rammet?
– Måten vi ble tatt imot på ved St.Olavs, og alle de dyktige menneskene vi snakket med der. Det ga håp og trygghet å føle at vi var i gode hender.

Hva klarer du deg ikke uten?
– God internettilkobling

Hvis jeg var helseminister, ville jeg ...?
– Sørget for gratis tannhelsetjenester til alle.

TEKST: KJERSTI JUUL
FOTO: PRIVAT

ADRESSER OG TELEFONNUMMER TIL TILLITSVALGTE OG LIKEPERSONER

STYRET

Leder og lokallagsansvarlig	Jorun Stallemo	jorun@gynkreftforeningen.no	97 54 42 85
Nestleder	Mette Dischington	Mette77dj@gmail.com	95 46 70 60
Medlem og likepersonansvarlig	Eva Kantor	anitakan@online.no	93 03 86 02
Medlem	Anne Klarise Namtvedt	anne.klarise@gmail.com	91 79 65 71
Medlem	Lisbeth Westergren	Lisbeth.Westergren64@gmail.com	47 02 64 90
Medlem	Anniken Johnsen	anniken_j@hotmail.com	90 07 16 76
Medlem	Linda Hvidsten	linda.karlsen80@gmail.com	40 88 91 27
Varamedlem	Siri Pallin Støen	siripast@gmail.com	90 66 02 58
Varamedlem	Torbjørn Paulsen	tpa@ous-hf.no	41 02 02 28

LOKALLAG

Agder lokallag	Lisbeth Westergren	agder@gynkreftforeningen.no	47 02 64 90
Bergen og omegn	Nina Sægrov Rognsøy	bergen@gynkreftforeningen.no	92 68 83 08
Harstad og omegn	Mette Dischington	harstadlokallag@gynkreftforeningen.no	95 46 70 60
Møre og Romsdal	May Hege Lyster	moreogromsdal@gynkreftforeningen.no	
Oslo og Akershus	Heidi Kristin Olsen	osloakershus@gynkreftforeningen.no	92 44 08 23
Telemark og Vestfold	Lise Dean	vestfoldtelemark@gynkreftforeningen.no	98 90 10 93
Tromsø	Heidi K. Haugen	tromso@gynkreftforeningen.no	90 86 93 50
Trøndelag	Anne Grete Stø	trondelag@gynkreftforeningen.no	91 75 28 83
Stavanger og omegn	Tone Nikolaisen	stavanger@gynkreftforeningen.no	90 08 02 68
Østfold	Eva Anita Kantor	ostfold@gynkreftforeningen.no	93 03 86 02
Mjøsa og omegn	Camilla Myrlid	mjosa@gynkreftforeningen.no	

GYNKREFTFORENINGENS LIKEPERSONTJENESTE

Trenger du noen å snakke med? Våre likepersoner er klare for samtaler.

En likeperson har selv vært igjennom en sykdomsperiode, enten som syk eller som pårørende, og kan dele sine erfaringer og samtidig være en person som forstår, støtter og veileder utenfor det medisinske behandlings-apparatet.

Slik går du frem for å komme i kontakt med våre likepersoner
Vervet som likeperson er basert på frivillighet. Det er ikke alltid våre likepersoner er tilgjengelig på telefon, vi anbefaler derfor deg som ønsker kontakt med en likeperson om å sende en **e-post eller SMS** for å avtale tid, og eventuelt sted, for en samtale. Våre likepersoner kan avtale samtaler på telefon, møtes til en samtale over en kopp kaffe, eller hjelpen kan skje skiftelig gjennom e-post, Messenger eller SMS.

Er du usikker på hvem du skal kontakte? Send en epost til: **likepersontjenesten@gynkreftforeningen.no** så hjelper vi deg videre.

Dersom du ønsker å snakke med en likeperson i ditt lokallag så kan du kontakte likepersonansvarlige i lokallagene:

LIKEPERSONANSVALIGE I LOKALLAG

Østfold lokallag	Eva Kantor	93 03 86 02	anitakan@online.no
Agder lokallag	Lisbeth Westergren,	47 02 64 90	lisbeth.westergren64@gmail.com
Oslo og Akershus lokallag	Bente Kierulf Anniken Johnsen	93 40 13 55 90 07 16 76	bente@kierulf.priv.no anniken_j@hotmail.com
Mjøsa og omegn lokallag	Lillian Lunde	97 17 58 14	lillfje@online.no
Bergen og omegn lokallag	Wenche Jæger	90 23 77 52	w-jaeger@online.no
Trøndelag lokallag	Anne Grete Stø	91 75 28 83	annemor79@hotmail.com
Harstad og omegn lokallag	Mette Dischington	95 46 70 60	mette77dj@gmail.co

Stavanger og omegn lokallag, Tromsø lokallag, Møre og Romsdal lokallag og Vestfold og Telemark lokallag: ta kontakt med likepersontjenesten@gynkreftforeningen.no

Her finner du kontaktinfo til alle våre likepersoner i hele landet:

Returadresse
Gynkreftforeningen
Rosenkranz' gate 7
0159 Oslo

Torbjørn Paulsen er «vår» nye gynekolog og ekspert!

Torbjørn Paulsen, gynekolog og overlege ved Oslo Universitetssykehus vil besvare alle spørsmål som kommer inn til «Spør gynekologen» fremover. Vi har tatt en prat med Torbjørn for å bli litt bedre kjent med ham.

Torbjørn har 30 års erfaring med utreding og behandling av gynkreft. Doktorgraden tok han på et arbeid om eggstokkreft ved Kreftregisteret hvor han viste at pasienter med avansert eggstokkreft hadde bedre overlevelse hvis de ble operert på et av regionsykehusene. Artikkelen havnet på helseministerens bord, og funnet bidro til sentralisering av behandlingen i Norge.

I mars i år gikk han av med pensjon, men fortsetter med poliklinikk ved Radiumhospitalet en til to ganger per uke, i tillegg til flere andre jern i ilden.

– Jeg er veileder for en doktorgradskandidat. Videre har jeg startet opp et forskningsprosjekt om antiøstrogen og annen medikamentell vedlikeholdsbehandling hos pasienter med lavgradig serøs ovarialcancer sammen med et medisinsk firma; NordicRWD.

Hvorfor valgte du gynekologi som spesialisering?

– Som nyutdannet lege på var det vanskelig å få jobb på 80-tallet. Etter avtjent siviltjeneste søkte jeg på annonser i Tidsskriftet for den Norske Legeforening. Jeg fikk napp på en annonse fra Porsgrunn, hvor jeg var vikar for en eldre kvinnelig kollega i allmennpraksis. Mesteparten av hennes pasienter var godt voksne kvinner. Jeg søkte meg videre til Ullevål sykehus for å lære mer om kvinnelige sykdommer,

og det viste seg raskt å være et svært så actionpreget fag med keisersnitt dag og natt! Da jeg så ble spesialist søkte jeg meg til Radiumhospitalet hvor jeg visste at forskningen sto høyt og fikk lære om sykdommer jeg hadde liten erfaring med fra før.

Er det fagfelt innen gynkreft som du brenner for?

– Eggstokkreftpasienter er den gruppen jeg har et spesielt forhold til. Jeg fikk mye ny innsikt om disse pasientene gjennom fem år med forskning. Jeg så da at denne pasientgruppen fikk ulik behandling etter hvor de ble operert. Som leder for Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft fra 2000 til 2024 var jeg opptatt av at det ikke skulle spille noen rolle hvor man bodde i landet – alle pasienter skulle ha tilgang til god behandling.

De siste årene har jeg hatt fokus på lindrende behandling, som er veldig viktig for å gi pasientene best mulig livskvalitet. Gjennom alle disse årene med pasientkontakt har det blitt klart hvor viktig samtalen med pasient og pårørende er. Jeg er sikker på at en god samtale gjør en forskjell og kan bedre pasientens og pårørendes livskvalitet.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: PRIVAT

Spør gynekologen

Har du spørsmål relatert til gynekologisk kreft? Fremover vil Torbjørn Paulsen besvare spørsmål som sendes inn til «Spør gynekologen» – du finner tjenesten på nettsiden vår.

Gynkreftforeningen takker Astrid H Liavaag, overlege PhD og forsker ved gynekologisk avdeling på Sørlandet Sykehus i Arendal, for hennes fantastiske innsats med å besvare alle medisinske spørsmål som har kommet inn til oss de siste årene!