

AFR ODI TE

NR 3 / 2021 – 20. ÅRGANG

Følger ikke Ekspertpanelets råd side 6

@kreftutenfilter side 11

Doktorgrad om eggstokkreft side 18

 gynkreftforeningen



BENTE VILMING OM SISTE FORSKNINGSNYTT

Lovende studier om immunterapi

side 14

KALENDEREN

Slik har kalenderen for Gynkreftforeningen sett ut det siste kvartalet:

11. jun

Leder i Gynkreftforeningen, Siri Berg, i møte med Kreftforeningen, hvor hun ble presentert som foreningens nye leder

15. jun

Styreleder og sekretariatet i møte med legemiddelselskapet MSD

16. jun

Leder, Siri Berg, i møte med Kreftforeningen og andre pasientforeninger for planlegging av Verdens Kreftdag 4. feb 2022

17. jun

Representanter fra hovedstyret i medlemsmøte med studieforbundet Funkis

18. jun

Leder, Siri Berg, deltok på webinar om Beslutningsforum Nye metoder

22. juli

Leder, Siri Berg, i møte med Kristina Lindemann i forbindelse med PEACE (Palliation in gynaecology: Patients Expectations and Assessment of Satisfaction with Care)

16.-19. aug

Representanter fra hovedstyret sto på stand og deltok på arrangementer under Arendalsuka

23. aug

Leder, Siri Berg i møte med Kreftforeningen i forbindelse med #sjekkedeg

24. aug

Styremedlem Beate Steen Nilsen og styreleder deltok på møte med IKI Brukerråd (Kreftgenetikk og informatikk). Temaet var persontilpasset medisin og forskning

24. aug

Leder, Siri Berg hadde møte med søsterorganisasjonene i Sverige, Danmark og Finland, hvor temaet var palliasjon

25.-26. aug

Varamedlem i styret, Ingunn Langeland, deltok på Rehabiliteringskonferansen i Haugesund. Ingunn jobber med rehabilitering i sin rolle i hovedstyret.

– Det var en kjekk og lærerik konferanse, hvor det også ble tid til noe gruppearbeid og samtaler. Temaet rehabilitering er et økende behov framover. Vi i Gynkreftforening må jobbe for at det ikke blir et etterslep i kampen om plassene på rehabilitering, sier Ingunn.

26. aug

Leder, Siri Berg i møte med Kreftforeningen i forbindelse med #sjekkedeg

26. aug

Leder, Siri Berg på møte med arbeidsgruppen Verdens Kreftdag



08. sept

Leder, Siri Berg på møte med leder og nestleder for Endometrioseforeningen



16.-19. AUGUST ARENDAJSUKA

Eddy Grønset
Jorun Stallemo, Beate Steen Nilsen og Siri Berg sto på Gynkreftforeningens stand under Arendalsuka.

Tilsluttet



KREFTFORENINGEN

Afrodite – medlemsblad for Gynkreftforeningen

ISSN 1504-5250 – Opplag 2700 eks.

Tekst, foto og prosjektledelse: Eddy Grønset, mobil 90 50 61 37, eddy@pekaill.no

Ansvarlig redaktør: Siri Berg

Layout: Elin Iversen

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!



Jeg har vært leder i foreningen i litt over tre måneder, og det har vært en bratt læringskurve. Jeg har lært mye, og det har vært interessant å knytte nye nettverk til beste for Gynkreftforeningen. Allerede første uken som leder var det fire møter.

Det nye styret møttes til første styremøte 10. juni, her ble ansvarsområder fordelt, og Jorunn Stallemo ble enstemmig valgt til nestleder. Videre ble det flere møter i løpet av juni hvor jeg ble presentert som ny leder for flere samarbeidspartnere.

Jeg har også møtt leder og nestlederen i Endometrioseforeningen for erfaringsutveksling og vurdere mulig samarbeid. Jeg er brukermedvirker og deltar i flere prosjekter og brukerråd som er veldig interessant: «Senskader i bekkenbunn etter gynekologisk kreft», «HPV screening – kvinners erfaring og informasjonsbehov», «Immunterapi og gynkreft». Vi håper å kunne arrangere fysiske kurs for nye brukermedvirkere og likepersoner rett over nyttår.

Jeg håper at mange av dere ønsker å være med på kursene, og jeg kan for egen del si at det gir energi å delta i forskning. Vil tro at det samme er tilfelle for likepersonene, ettersom jeg ikke har dette kurset tenker jeg å delta ved første anledning. Jeg deltok også for første gang på Arendalsuka sammen med flere fra hovedstyret. Det var en nyttig opplevelse, og vi har evaluert vår deltagelse slik at vi kan forberede oss bedre neste år, kanskje ha et eget arrangement eller sammen med andre som jobber med å få belyst kvinnehelse.

Ellers har jeg hatt møter med Kreftforeningen i forbindelse med #sjekkdag, og vi har fått lovnad om at vi skal få delta i planleggingen av kampanjen neste år. Jeg er også invitert til å delta i en gruppe sammen våre søsterforeninger i Sverige, Danmark og Finland. Det er startet opp en arbeidsgruppe i regi av Kreftforeningen i forbindelse med neste års «Verdens kreftdag» som er 4. februar. Jeg deltar i arbeidet sammen med flere andre pasientforeninger, tema for dagen i 2022 er frivillighet. Neste år er jo frivillighetens år, og vi ønsker å sette fokus på frivillighet som likepersoner, brukermedvirkere og tillitsvalgte i lokallag og styret. Styret har jobbet med et utkast til aktiviteter for foreningen ut året og i 2022. Dette vil bli presentert på tillitsvalgt-samlingen vi skal ha i Oslo 23. og 24. oktober. Da håper vi å få mange innspill om hva vi kan gjøre for å sette Gynkreftforeningen på kartet, bli bedre kjent og få flere medlemmer.

Ha fine høstdager!

Hilsen Siri Berg,
leder i Gynkreftforeningen

Dette nummeret

3 / 2021

- 05 Bekymringsfull kreftstatistikk
- 06 Fikk ikke behandlingen Ekspertpanelet anbefalte
- 08 Spør gynekologen
- 11 Ida Øye Bjørkvold: @kreftutenfilter
- 14 Lovende studier om immunterapi
- 16 Spennende forskningsnytt på europeisk legekongress
- 17 Nytt fra lokallagene
- 18 Doktorgrad om eggstokkreft
- 20 Juristen: Arbeidsavklaringspenger
- 22 Våre likepersoner
- 24 Nyutviklet operasjonsteknikk



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



INVENTING FOR LIFE



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen.
Tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.
Copyright © 2021 MSD (Norge) AS. All rights reserved. NO-NON-00223 02/21

Vi er bekymret over fjorårets krefttall

Tallene fra den nylig publiserte rapporten fra Kreftregisteret, «Cancer in Norway 2020», bekymrer leder i Gynkreftforeningen, Siri Berg. – Vi ser en nedgang i all gynekologisk kreft, men størst for livmorhalskreft og eggstokkreft. Når vi vet at Livmorhalsprogrammet stanset utsendelser av påminnelser i mars 2020 frem til mai, så frykter vi at det kan være mange kvinner med uoppdaget livmorhalskreft blant de som ikke tok celleprøve som anbefalt.

Kreftregisteret forventer å se en økning i forekomst av livmorhalskreft i 2021 på grunn av forsinket diagnostikk i 2020, samtidig som de estimerer at det var 55 000 færre som tok livmorhalsprøve i fjor.

– I tillegg til at det haster med å hente inn etterslepet etter pandemiåret vet vi også at det er over 200 000 kvinner som heller ikke har tatt livmorhalsprøve på ti år. Det er svært viktig at regjeringen nå prioriterer ressurser for å sikre at flest mulig får tatt celleprøve så fort som mulig. At regjeringen har satt av 20,5 millioner kroner i statsbudsjettet for 2022 til hjemmetesting er selvfølgelig positivt, men det er viktig at vi opprettholder fokuset på hvor viktig det er å teste seg regelmessig, enten det er hos lege eller hjemme, og at innføring av hjemmetest blir et varig tilbud, sier Siri Berg.

Flere fikk kreft i 2020

«Cancer in Norway» oppsummerer krefttallene for hvert år. Totalt sett viser årets rapport at kreftforekomsten ikke har gått ned i løpet av pandemiåret, noe som i seg selv er en god nyhet. Kreftdiagnostikken falt markant samtidig som nedstengningen kom i mars 2020. Statistikkene fra Kreftregisteret viser imidlertid at diagnostikken tok seg opp igjen mot slutten av fjoråret, og bekymringene for at det var mange som satt hjemme med uoppdaget kreft, viste seg å ikke stemme. Alt i alt viser rapporten at 35 515 nordmenn ble diagnostisert med kreft i 2020, dette er en økning fra 2019 med 536 krefttilfeller, altså ikke en veldig stor økning.

Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft

Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, er en egen rapport

som utarbeides i samarbeid med Kreftregisteret og de kliniske miljøene i Norge. I rapporten publiseres resultater for eggstokk-, eggleder- og bukhinnekreft, samt for første gang i år, livmorhalskreft.

Behandling varierer for eggstokk-, eggleder – og bukhinnekreftspasienter

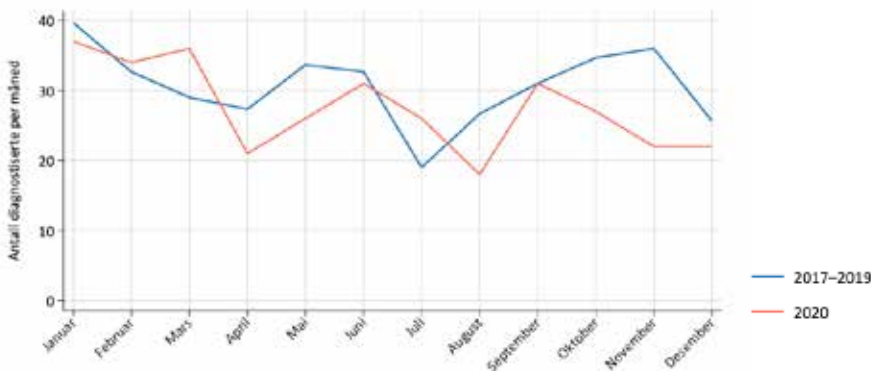
Rapporten viser at forekomsten av eggstokk-, eggleder- og bukhinnekreft har minket de siste årene for kvinner mellom 50 og 69 år, men har holdt seg stabil i aldersgruppen over 70 år. I fjor fikk 463 kvinner eggstokk-, eggleder – og bukhinnekreft. 81,6 prosent av kvinnene som oppsøkte lege hadde symptomer. Rapporten viser at andelen av pasientene som blir operert varierer ut ifra hvor pasientene bor. Totalt i landet opereres 75,1 prosent av pasientene. I Helse Midt ble 85,5 prosent av pasientene operert i 2020 mot 71,1 prosent av pasientene i Helse Nord. Resultatene viser også en del variasjon i andelen som blir operert etter hvor pasienten bor innad i helse-regionene. En viktig indikator på god

kirurgi er fravær av resttumor. Rapporten viser at i 2020 hadde 73,4 prosent av pasientene i Norge ingen resttumor etter operasjonen, men tallene varierer fra sykehus til sykehus. UNN i Tromsø rapporterer 80,8 prosent uten resttumor, mens Stavanger universitetssykehus rapporterer 45,0 prosent uten resttumor.

330 nye tilfeller av livmorhalskreft

Rapporten viser at det i 2020 var 330 kvinner som ble diagnostisert med livmorhalskreft og 57,1 prosent av kvinnene hadde hatt symptomer før de gikk til legen, og medianalderen for livmorhalskreft er 46 år. Årsrapporten viser at det totalt i landet opereres 55,7 prosent av pasientene, enten med konisering eller fjerning av livmor. 41,5 prosent av pasientene fikk strålebehandling. Resultatene viser også en del variasjon i andelen som blir operert etter hvor pasienten bor innad i helseregionene.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE



Figuren viser et lavere antall krefttilfeller sammenlignet med tidligere år fra mars til mai. I sommermånedene diagnostiseres litt over normalt antall krefttilfeller før man igjen ser en nedgang fra september til november. I desember ser man at antall nye krefttilfeller øker til over normalen. Denne utviklingen i antall krefttilfeller gjennom året kan skyldes at pasientene gikk senere til lege under perioder med nedstenging. Kilde: Kreftregisteret

Reagerer på forskjellsbehandling

Line Duus (38) har vært gjennom de behandlingsmuligheter som i dag tilbys for sin livmorhalskreft. Gleden var derfor stor da Ekspertpanelet tilrådet at hun skulle få prøve en såkalt off-label behandling med immunterapi. Men hennes lege fikk nei fra ledelsen ved Sørlandet sykehus til å gi henne behandlingen. Hadde hun tilhørt en annen helseregion enn Helse Sør-Øst, ville hun høyst sannsynlig fått prøve behandlingen.

– Jeg vet at pasienter i en tilsvarende situasjon som min, har fått prøve dette i Bergen etter anbefaling fra Ekspertpanelet. Jeg reagerer på en slik forskjellsbehandling, sier Line Duus.

Dessverre er hun ikke alene om å oppleve dette.

På Lillehammer snakker vi med Margrete Skår (55). Også hun har

vært gjennom de fleste av de behandlingsmuligheter som i dag er godkjent for bruk i det norske helsevesenet.

– Min lege ved Radiumhospitalet kontaktet Ekspertpanelet, som gav råd om at jeg burde få prøve behandling med immunterapi. Dette rådet ble ikke fulgt av fagdirektøren ved Helse Sør-Øst. Legen ved Radiumhospitalet har muntlig formidlet avslaget fra fagdirektøren til meg, men jeg fant begrunnelsen uklår, sier Skår.

Feilbehandlet og urettferdig behandlet

Margrete Skår føler seg urettferdig behandlet av helsevesenet.

– Jeg har altså bare fått en muntlig beskjed om at jeg ikke får denne behandlingen, men det ble sagt at fagdirektøren viser til et dårlig datagrunnlag for denne behandlingen. Men i så fall bør det jo være tilfelle også i andre helseregioner? Jeg synes det er en underlig helsepolitikk om beslutningsgrunnlaget er ulikt ulike steder. For den enkelte av oss så handler dette om livsnødvendig behandling. I mitt tilfelle lever jeg med en livstruende sykdom forårsaket av en pasientskade helsevesenet bekrefter å ha gjort. I 2015 tok jeg celleprøve og fikk beskjed om at den var fin, men etter regransking viste det seg at celleprøven ikke var undersøkt godt nok i utgangspunktet. Jeg fikk påvist



Line Duus ble glad da Ekspertpanelet anbefalte at hun fikk prøve immunterapi mot sin livstruende sykdom, men gleden ble kortvarig da hennes lege ble nektet å gi henne behandlingen fra helseforetakets fagdirektør.

livmorhalskreft i februar 2020. Jeg skulle ønske oppfølgingen av min pasientskade hadde vært noe annet enn å nekte meg en behandling anbefalt av Ekspertpanelet, og som kan dermed kunne gi meg håp, sier Margrete Skår. Hun stoler på Ekspertpanelet, og bekoster nå deres anbefalte behandling selv.

– Helsepolitisk synes jeg dette er helt feil å måtte gjøre, sier hun.

EKSPERTUTVALGET

Ekspertpanelet skal i den enkelte sak blant annet gjøre følgende:

- Vurdere og gi råd om det er aktuelle kliniske studier/utprøvende behandling i Norge eller i utlandet, fortrinnsvis i Norden. Utprøvende behandling må være innenfor godkjente protokoller med kriterier for deltagelse og hvor det finnes dokumentert effekt.
- Vurdere og eventuelt gi råd om off-label behandling med legemidler hvor det finnes dokumentert effekt.
- Vurdere og eventuelt gi råd om udokumentert behandling som pasienten selv har innhentet informasjon om og ønsker vurdering av.

Går til det private

Også Line Duus har fått feiltolket sin celleprøve i 2015. Hadde alarmer gått som den skulle da hun tok den rutinemessige prøven, så hadde hun høyst sannsynlig ikke fått livmorhalskreft. Hun har vært gjennom en tøff tid med flere behandlinger og gjentatte tilbakefall. Ekspertpanelet anbefaler at hun får prøve immunterapi og at studier av høyest mulig kvalitet viser at dette gir signifikant økt overlevelse for hennes pasientgruppe som ellers har svært begrensede behandlingsmuligheter.

– Jeg har ikke tid til å vente på at denne behandlingen skal bli ferdig dokumentert og deretter behandlet av Beslutningsforum. Jeg venter på pasientskadeerstatning for de lidelsene jeg har blitt påført som følge av at de feiltolket celleprøven min. Nå får jeg bruke disse pengene til å kjøpe meg denne behandlingen privat. Det føles skikkelig urettferdig, sier Line Duus.

Reagerer på forskjellsbehandling

Leder av Ekspertutvalget Halfdan Sørbye, sier at Ekspertutvalgets mandat er å gi råd, og at det er opp til helseforetakene å følge opp.

– Da helseminister Bent Høie opprettet Ekspertutvalget, sa han at han forventet at rådene blir fulgt. Vi har ikke myndighet til å overprøve helseforetakene når de ikke følger våre anbefalinger, men følger med på dette. Det vi ser nå er at det ikke lenger gis et likt helsetilbud til pasienter fra ulike deler av landet. Noen helseforetak følger våre anbefalinger og noen gjør det ikke i alle tilfeller. For disse to pasientene var vårt faglige råd helt klart. Hele fagmiljøet står bak dette, sier han.

Også overlege Kristina Lindemann ved Radiumhospitalet skulle gjerne gitt de to damene behandlingen med immunterapi, og hun reagerer sterkt på den forskjellsbehandlingen hun nå ser.

– Ferske studier viser at behandling med immunterapi kan være svært nyttig for denne pasientgruppen, og jeg håper på at behandlingen etter hvert vil bli godkjent for bruk i det offentlige helsevesenet. Men det er en lang prosess

som skal til før dette blir godkjent. Det i seg selv synes jeg er lite tilfredsstillende for oss i fagmiljøet. Det som er vanskelig å forstå nå er at det samme datagrunnlaget og den samme tilrådnings fra Ekspertpanelet blir fortolket forskjellige avhengig av hvor pasienten behandles. Denne situasjonen er umulig å forklare til pasientene som har store forventninger til Ekspertpanelet og forventer at deres råd følges av helseforetakene. Det er dette de ble forespeilet fra politikerne når panelet ble opprettet. Her har vi også et datagrunnlag som tilsier at denne behandlingen er bedre enn dagens standardbehandling med kjemoterapi i gruppen som helhet, selv om langt fra alle vil dra nytte av behandlingen. Det opprører meg som lege i et offentlig helsevesen å se at det gjøres slik forskjell avhengig av hvor i landet du bor, sier Kristina Lindemann.

Gir bare råd

Konstituert administrerende direktør Jan Frich i Helse Sør-Øst sier at han ikke kjenner til de enkelte sakene til Margrete Skår og Line Duus, men han presiserer at Ekspertpanelet bare skal gi råd.

– Det skal være lik praksis i utgangspunktet på hvordan vi følger disse rådene, men husk at det er enkeltpasienter med ulike sykdomsforløp. Det må derfor være opp til det enkelte sykehus å vurdere rådene opp mot hva de ser er aktuelt for den enkelte pasient, sier han.

Og på det enkelte sykehus er det lite svar å få. Sigbjørn Smeland, som er leder for Radiumhospitalet, er ikke villig til å gi noen begrunnelse for hvorfor de ikke har fulgt Ekspertpanelets råd i denne saken.

– Ekspertpanelet er rådgivende, og definitivt ikke besluttsende. Vi har våre egne kriterier vi bruker, og det er ikke alltid Ekspertpanelet forholder seg til dem, sier han.

Helse- og omsorgsdepartementet

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen (H) i Helse- og omsorgsdepartementet sier at de forventer at Ekspertpanelets råd blir lyttet til og vurdert. Men det er opp til behandlingsansvarlig lege eller sykehus i samråd med pasienten å avgjøre om behandlingsrådet skal følges.

UHOLDBART!

– Hvis ikke Ekspertpaneletsråd følges, er det å gi falske forhåpninger til alvorlig syke mennesker. Her viser forskningen at det er gode resultater. Når Ekspertutvalget anbefaler det så er det uhørt at de ikke får dette tilbudet. Sier Gynkreftforeningens leder Siri Berg. Hun støttes fullt ut av foreningens nestleder, Jorun Stallemo

– Her viser både administrerende direktør i helseforetaket og statssekretær til at behandlende lege sitter med ansvaret. Behandlende lege er jo tydelig på at hun gjerne vil gi disse pasientene dette tilbudet. Hun er stoppet av sin sjef. Her forventer vi helt andre signaler fra ny politisk ledelse, og Gynkreftforeningen kommer til å følge dette opp til ny helseminister, sier hun.

– Dette er utprøvende behandling, men en behandling som nå er dokumentert gjennom studier er effektiv for mange. Her har vi to pasienter som er villig til å prøve, og slik sett være med på å gi dokumentasjon om behandlingen virker eller ikke. Jeg forventer at det tas menneskelige hensyn og at man slipper å oppleve forskjellsbehandling i en svært vanskelig situasjon, sier Siri Berg.

– Kan dere akseptere at geografisk tilhørighet og helseregion avgjør om du får en anbefalt behandling eller ikke?

– Hensynet til likeverdighet gjelder ikke fullt ut ved utprøvende behandling, som det her er snakk om. Norske pasienter har ikke rett til utprøvende behandling. Det er imidlertid et mål å redusere variasjonen i hvordan utprøvende behandling tilbys og følges opp. Vi ga derfor helseregionene i oppdrag i 2020 å utvikle et felles rammeverk for utprøvende behandling.

TEKST: EDDY GRØNSET

FOTO: PRIVAT



Margrete Skår reagerer på at fagdirektøren i helseforetaket vil ta fra henne det håpet Ekspertpanelets anbefaling gir.



SPØR GYNEKOLOGEN

ANONYMT

De som sender inn spørsmål til gynekologen eller sexologen må naturligvis oppgi sin epostadresse for å få svar. Epostadressen vil bare være synlig for den som svarer. Gynekrettsforeningen vil anonymisert få tilgang til spørsmålene og svarene som gis, og vi vil kunne publisere noen av dem på nettsiden og her i Afrodite. Tanken bak dette er at spørsmålene som kommer inn sikkert også kan være aktuelle for andre å få svar på.



Olesya Solheim gjør dette arbeidet på frivillig basis ved siden av sin ordinære jobb. Du kan derfor ikke forvente svar med en gang du har sent inn et spørsmål. Tjenesten har på ingen måte tenkt å erstatte en legekonsultasjon, og personer som har akutte problemer eller symptomer de går og kjenner på, må oppsøke lege for å få dette undersøkt.



På vår nettside har vi et tilbud til deg som har spørsmål relatert til gynekologisk kreft; Spør gynekologen. Her svarer en av landets fremste eksperter på området, overlege Olesya Solheim ved Oslo Universitetssykehus, på de henvendelsene som kommer inn.

SPØRSMÅL:

– Hvor ofte anbefales en gynekologisk undersøkelse når man har fjernet livmor? Hvor ofte skal en pasient som har fjernet livmor ta celleprøve?

OLESYA SVARER:

– Dette er et litt vanskelig spørsmål siden oppfølging etter fjerning av livmor avhenger av årsaken til at livmoren ble fjernet: godartet/ondartet tilstand, om det er fjernet livmorhals eller ikke etc. Dersom livmor og livmorhals er fjernet grunnet en godartet tilstand, for eksempel muskelknote og pasienten ellers er frisk uten kreftopphopning i familien trenger man ikke å ta gynekologisk undersøkelse i det hele tatt. Imidlertid er det annerledes dersom livmor ble fjernet på grunn av kreft, om

livmorhalsen fortsatt er til stede, eller dersom det er økt risiko for kreftutvikling i familien. Jeg anbefaler alltid å få dette avklart med behandlende lege, altså om det er behov for å gjennomføre rutinemessige gynekologiske undersøkelser og i så fall hvor ofte disse skal gjennomføres.

SPØRSMÅL:

– Skal pasienter som er behandlet for livmorhalskreft ta celleprøve? Hvor ofte?

OLESYA SVARER:

– Dette er avhengig av hvordan pasienten ble behandlet og hvilken type kreft man ble behandlet for. Man pleier ikke å anbefale celleprøver hos de som blir behandlet med stråling for eksempel. Igjen – dette bør avklares med behandlende lege.

På nettsiden har vi også tjenesten «Spør sexologen» som besvares av sexolog Gunhild Næss.

SPØRSMÅL:

– Jeg ble operert for eggstokkrekft i år. Da ble eggstokker og livmor fjernet. Jeg har fortsatt mye vondt og bruker smertestillende hver dag. Nå har det også begynt å blø litt. Er det vanlig å ha vondt så lenge etter, og er det et dårlig tegn at det begynner å komme litt blod?

OLESYA SVARER:

– Du bør ta kontakt med din behandlende lege, man pleier ikke å ha smerter og blødninger etter operasjon. Slike symptomer lenge etter operasjon kan gi mistanke om tilbakefall, og dette er noe du bør få sjekket snarest.

SPØRSMÅL:

– Jeg fulgte med på webinarret foreningen hadde om BRCA1/BRCA2 og fikk med meg at det er viktig å tilføre kroppen gestagen i tillegg til østrogen dersom man har fjernet eggstokker, og fortsatt har livmoren intakt. Hva er gestagen og hvorfor er dette viktig (forebygger dette kreft i livmor?) Jeg har i mange år brukt Trisekvens hormontabletter inneholder disse gestagen?

OLESYA SVARER:

– Det er riktig at man skal bruke kombinasjonspreparater som inneholder gestagen ved intakt livmor. Dette er fordi ensidig østrogenstimulering kan føre til utvikling av celleforandringer i slimhinnene i livmor. Trisekvens inneholder noretisteron som er gestagen.

SPØRSMÅL:

– Jeg ble behandlet for livmorhalskreft for tre år siden. Legen min sa at nå er risikoen for tilbakefall så og si over. Men må jeg fortsette å ta celleprøver og gynekologisk undersøkelse? Hva ser legen etter på en slik gynekologisk undersøkelse, og hvorfor er det i så fall viktig å fortsette med både celleprøver og gynekologisk undersøkelse?

OLESYA SVARER:

– Ifølge Nasjonale retningslinjer skal man kontrollere pasienter etter behandling for livmorhalskreft i fem år totalt. Det er sant at risikoen for tilbakefall tre år etter avsluttet behandling er liten. Det er imidlertid viktig med celleprøve og gynekologisk undersøkelse fordi dette er undersøkelser som hjelper oss å oppdage tilbakefall i vaginaltoppen.



Aleris Kreftsenter

NORGES LEDENDE PRIVATE KREFTSENTER

Hos oss får du full utredning, innovativ og persontilpasset behandling samt tverrfaglig oppfølging.

Ingen ventetid. Uten henvisning.

Kontakt oss for mer informasjon tlf: 22 54 11 78 • aleris.no/kreft

Ansvarlig lege: Øystein Henske Flatebø


Aleris

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.



Fikk livmorhalskreft som 23-åring:

– Kvinner må bli tatt på alvor!

På Instagramkontoen @kreftutenfilter deler Ida Øye Bjørkvold (28 år) øyeblikk fra livet med uhelbredelig livmorhalskreft med sine 20 000 følgere. At alle kvinner som kjenner på endringer i underlivet, uansett alder, skal bli tatt på alvor, bli undersøkt og få tatt en celleprøve er hennes viktigste kampsak.

Da Ida var 23 år hadde hun uregelmessige og voldsomme blødninger. Hun kjente på seg at noe ikke stemte. Men hos fastlegen ble hun ikke tatt på alvor og fikk ikke undersøkelsen hun selv ønsket.

– Jenter på min alder får ikke kreft, sa fastlegen min. Selv om jeg ba om celleprøve så fikk jeg ikke det. Det var utrolig vondt å ikke bli hørt, forteller Ida.

Mistanken om at noe ikke stemte ble bekreftet kort tid etterpå, hos privat gynekolog.

Gigantisk svulst

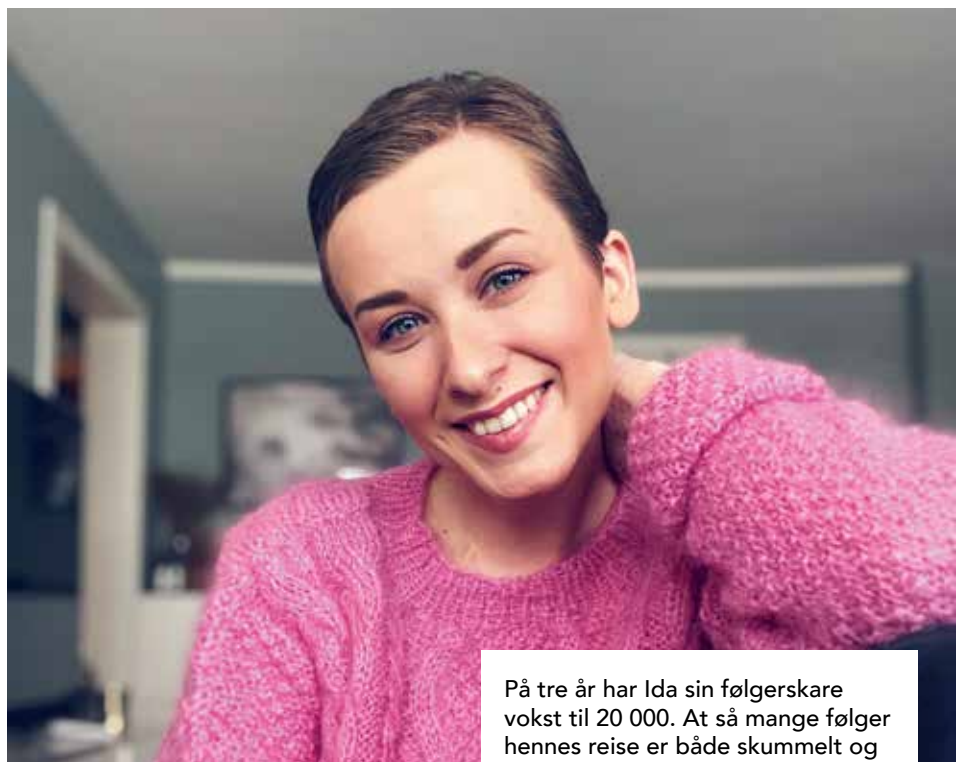
– Å slå seg til ro med det fastlegen hadde sagt var ikke aktuelt. Jeg oppsøkte derfor en privat gynekolog. Mens jeg lå i undersøkelsesstolen fikk jeg beskjed om at jeg hadde kreft.

Gynekologen hadde funnet en stor, synlig svulst som blødde i livmorhalsen. Det var ikke behov for å ta celleprøve. Ida fikk beskjed om å ringe moren sin umiddelbart – resten husker hun lite av.

– Jeg satt der, fortsatt med skoene i hendene, og hørte på det som ble sagt, men fikk det ikke med meg.

Tøff behandling

Etter at svulsten ble oppdaget gikk alt fort, en måned senere var Ida i gang med behandling ved Radiumhospitalet. Svulsten lot seg ikke operere, hun fikk derfor cellegift i kombinasjon med innvendig og utvendig stråling. I to



På tre år har Ida sin følgerskare vokst til 20 000. At så mange følger hennes reise er både skummelt og fint på samme tid sier Ida.

måneder fikk hun stråling, hver dag fra mandag til lørdag. Det så ut som behandlingen hadde effekt – legene fant ingen kreftceller når behandlingen var ferdig. Men seks måneder senere kjente hun at hun begynte å få smerter og følte seg sliten. Undersøkelsene viste at kreften var tilbake.

– Jeg fikk beskjed om at jeg aldri kom til å bli frisk igjen. Det var et enormt sjokk! Jeg hadde aldri hørt om noen på min alder som hadde en slik type uhel-

bredelig kreft!

Kreften var tilbake – både i livmorhalsen og bukhinnen. Ida ble satt på cellegiftbehandling for å holde kreften i sjakk.

Har valgt å dele

– Før tilbakefallet kom hadde jeg bestemt meg for å være åpen med de rundt meg, men det var noen dager etter

De gode dagene deles
– som 17. mai feiring fra
sofaen i år.



at jeg hadde fått beskjed om at kreften var tilbake at jeg tok beslutningen om å dele mer og fortelle historien min. Først tenkte jeg at det var fint for venner og kjente å vite, jeg begynte derfor å dele på Instagram. Jeg tenkte jo at jeg kom til å kanskje få 500 følgere, men allerede etter ett døgn hadde jeg 2 000 følgere! Det var både skummelt og fint på samme tid!

Ida fikk kontakt med andre, på samme alder, i samme situasjon, og sammen fant de trøst i hverandre. Hun inspirerte også andre til å være åpne, noe som betydde mye for henne. Men hun fant samtidig raskt ut at hun måtte sette noen grenser for seg selv i valget hun hadde tatt om å dele og være åpen.

– Jeg legger kun ut ting jeg vil dele, og jeg skal ikke føle meg presset til å dele. Når det kommer til samarbeid så er dette ikke noe jeg har gjort, selv om jeg har fått forespørslar.

På tre år har kontoen vokst til 20 000 følgere som støtter Ida på reisen hennes.

Nytt tilbakeslag

Behandlingen som skulle holde sykdommen i sjakk hadde god effekt. Fra 2018 til 2020 gikk alt bra, Ida fikk regelmessige cellegiftkurer og alt så bra ut. Men rett

før koronaen kom kjente hun på smerter igjen, og nye undersøkelser bekreftet mistanken om at kreften var tilbake.

– At tilbakefallet kom samtidig som alt stengte ned var veldig vanskelig. Det var spesielt vondt å være i en så sårbar situasjon og ikke kunne klemme. På 18 måneder klemte jeg ikke foreldrene mine, og bestemoren min måtte jeg fortelle om tilbakefallet på telefon.

Legene satte Ida på en ny cellegiftkur, samme som hun hadde fått sist, men etter tre måneder så de at den ikke hadde effekt. Hun fikk da beskjed om at det ikke var mer de kunne gjøre for henne.

Nye muligheter

– Da begynte jeg å sjekke tilbudet privat – og fant en behandling som kunne hjelpe meg, problemet var at den kostet



– Jeg legger kun ut ting jeg vil dele, og jeg skal ikke føle meg presset til å dele.

to millioner kroner, penger jeg selvfølgelig ikke hadde. Men så kom jeg i kontakt med Jan Kåre Heiberg, som mistet kona Marthe til livmorhalskreft i 2019. Han satte i gang en innsamling for meg, og i løpet av det første døgnet kom det inn over en million kroner! Jeg var helt satt ut, det var helt fantastisk fint og rørende!

Kort tid senere fikk imidlertid Ida beskjed om at legene hadde funnet et forskningsprosjekt hun kunne delta på. Innsamlingsaksjonen ble stoppet.

– Jeg kjente meg nesten som en svindler og var så stresset at jeg nesten ikke klarte å glede meg over beskjeden fra Radiumhospitalet. Det var viktig for meg å få fortalt alle som hadde støttet meg hva som hadde skjedd.

Beholder troen på forskning

Ida kom med i studien som ledes av overlege Kristina Lindemann, hvor pasientene får HPV16-vaksine i kombinasjon med immunterapi.

– Jeg var med en stund, og jeg tror jeg prøvde å overbevise kroppen om at dette gikk bra. Men, jeg kjente at smertene ble sterkere og ved den siste MR-under-



Endelig kunne Ida klemme bestemoren sin, etter 18 lange måneder.

– Jenter på min alder får ikke kreft, sa fastlegen min. Selv om jeg ba om celleprøve så fikk jeg ikke det.

Ida Øye Bjørkvold

søkelsen viste bildene at svulsten fortsatte å vokse og at jeg hadde fått spredning til musklene, noe som er fryktelig sjeldent og smertefullt.

Nå hadde det private helsevesenet heller ingen alternative tilbud, Ida ble startet på cellegift igjen.

– Det er utrolig tøft når noe du håper så inderlig på at skal hjelpe deg ikke fungerer. Samtidig så har jeg stor tro på forskning og prøver å holde meg oppdatert på alt som skjer.

Stor støtte i foreldrene

– Allerede i den første samtalen med gynekologen observerte jeg at mamma forandret seg, hun gikk inn i en slags kampmodus – som hun har vært i siden. Det er jeg enormt takknemlig for.

I dag bor Ida i egen leilighet, men moren hennes sover hos henne nesten hver natt. Begge foreldrene hjelper henne på dagtid. Behandlingen hun har vært igjennom har resultert i nyrer som ikke fungerer, ødem i bena og stråleskader på tarmen, og i kombinasjon med kreftbehandling så klarer hun seg ikke selv.



Ida er svært takknemlig for støtten hun har i forelderene sine. Siden hun fikk kreftbeskjeden forteller hun at moren har vært i kampmodus.



– Jeg har et stort håp for fremtiden, for forskning og nye behandlingsformer – men om det som kommer er noe som jeg får prøve det vet jeg ikke.

– Jeg går fortsatt ukentlig på cellegift og er veldig sliten av det. Foreløpig klarer jeg meg uten rullestol, men vet at det kommer. Jeg må se det positive i at jeg har foreldre som gjør så mye for meg, jeg hadde ikke klart meg uten dem.

«Sjalu» på hverdagen

– I sommer har jeg slitt mye med sjalusi når jeg ser folk som for eksempel går i shorts på vei til grilling, eller som har pakket en bag og skal bade og sole seg. Det er hverdagslige situasjoner for andre, men jeg kjenner på sorgen over aldri å få oppleve de tingene.

Ida forteller at hun har begynt å snakke om døden, selv om det er vondt så er det viktig for henne.

– Jeg har et stort håp for fremtiden, for forskning og nye behandlingsformer – men om det som kommer er noe som jeg får prøve det vet jeg ikke. Jeg har ikke mistet håpet om at det skal komme en behandling som kan hjelpe meg, men jeg er på samme tid realist. Jeg kan ikke gå rundt å tro at jeg er udødelig.

Kort tid etter at vi intervjuet Ida var hun på sykehuset og fikk en svært tung beskjed. Etter hennes ønske deler vi meldingen hun har sendt ut til familie og venner:

«Jeg har fått litt nytt å forholde meg til. Vil informere om dette, så det kommer fra meg og ingen andre. Jeg og mine absolutt nærmeste har brukt en ukes tid på å snakke sammen og å skjønne hva som skjer. Kort fortalt, så er jeg tatt av all behandling fordi kreften fortsetter å vokse i kroppen min. Det er mange vonde, men også fine samtaler som kommer fremover. Jeg lever fortsatt i et håp for forskning, og det håpet skal det nok mye til å klare å slukke i meg. Samtidig som håpet er tilstede, er det også viktig å klare å tenke realistisk oppi det hele. For legenes ord kan ikke rosemales eller gjøres penere denne gangen.»

Jeg og mine bruker fortsatt tiden, og syntes naturligvis det er tøffe tak».

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: PRIVAT

Aktuelle studier på immunterapi og gynekreft

Kristina Lindemann, overlege ved Radiumhospitalet og forsker og leder for nasjonal kompetansetjeneste for gynekologisk kreft, forteller om flere spennende forskningsprosjekter på immunterapi og livmorhalskreft ved Oslo universitetssykehus.

HPV16-vaksine i kombinasjon med immunterapi for pasienter med livmorhalskreft

Studien ser på effekten av å gi pasienter med avansert livmorhalskreft en kombinasjon av immunterapien Atezolizumab og HPV16-vaksine.

Kravene til pasienter som inkluderes i studien er at de må ha vedvarende, tilbakevendende eller metastaserende ikke-resektabel (som ikke kan opereres bort) livmorhalskreft som ikke lenger er egnet for behandling med kjemoterapi, stråleterapi eller annen standardbehandling. Svulsten må være HPV16-positiv. Pasienter i studien får HPV16-vaksine og immunterapi regelmessig i maksimalt 48 uker.

Studien er en internasjonal multisenterstudie, som inkluderer til sammen 50 pasienter. Så langt er 36 pasienter inkludert på 18 deltakende sentre og i Norge er det inkludert åtte pasienter. Studien løper inntil 50 pasienter er inkludert. Lindemann antar at studien vil stenge i løpet av et par måneder nå.

Hvilke resultater håper dere på?

– Studien håper å finne at 30 prosent av pasientene vil ha få en tilbakegang av svulsten. I studien ser vi også på hvor lang tid det tar før pasienten får en forverring av sykdommen, og om pasientene opplever bivirkninger.

Hva kan du si om resultatene så langt?

– Foreløpig kan vi ikke si noe om resultatene siden disse gjøres kun opp

når alle pasienter er inkludert og har fått behandling. Men, vi har gjort en sikkerhetsanalyse etter at noen pasienter var startet opp på behandlingen, og denne viste ikke noen nye sikkerhetssignaler, det betyr at studien er trygg og man kunne fortsette med studien.

Hvorfor er det slik at vaksinen i kombinasjon med immunterapi kan ha effekt?

– Vaksinen gjør at flere HPV16 antigen er presentert til pasientens immunceller. Antigen er et stoff som kan føre til aktivering av immunforsvaret. Immuncellene vil deretter dele informasjon om antigenet til andre celler. Kreftceller som følge av en HPV16-infeksjon vil vise akkurat disse egenskapene og vil derfor kunne angripes av immuncellene. Kombinasjonen med immunterapi (atezolizumab) kan ha en forsterkende effekt av dette, men begge stoffene kan også ha en uavhengig virkning.

Immunterapi i kombinasjon med strålekjemoterapi ved livmorhalskreft

Hensikten med studien er å undersøke om immunterapien (pembrolizumab, Keytruda) i kombinasjon med strålekjemoterapi kan forlenge tiden til tilbakefall og overlevelse sammenliknet med strålekjemoterapi alene. Studien inkluderer pasienter som blant annet har utbredt sykdom i bekkenet eller spredning til lymfeknuter. Studien vil også øke kunnskapen om hvilke bivirkninger

som kan oppstå når pasienter får denne kombinasjonsbehandlingen. Studien gjøres i samarbeidet med den europeiske studieorganisasjonen ENGOT, legemiddelfirma MSD og skal inkludere mer enn 980 pasienter globalt. Det planlegges å inkludere ti pasienter i året fra Norge. For pasienter som deltar i studien er behandlingens lengde beregnet til å vare i cirka to år. Studien er åpen for inkludering av pasienter frem til 31. mars 2022.

– Denne studien er veldig viktig siden den vil kunne avklare om immunterapien kan brukes enda tidligere i behandlingen, sier Lindemann.

Immunterapi i kombinasjon med kjemoterapi og Avastin ved livmorhalskreft

Oslo Universitetssykehus har også bidratt til en studie som skal undersøke om immunterapien Atezolizumab i kombinasjon med platinumbasert kjemoterapi og bevacizumab (Avastin) kan forlenge tiden for tilbakefall sammenliknet med kjemoterapi og Avastin alene for pasienter med livmorhalskreft med spredning eller tilbakevendende kreft i livmorhalsen.

Kriteriene for å bli inkludert i studien var flere, blant annet at pasienten ikke tidligere har mottatt systemisk kreftbehandling for kreft med spredning, vedvarende eller tilbakevendende sykdom.

Studien vil også øke kunnskapen om hvilke bivirkninger som kan oppstå når pasienter får denne kombinasjonsbe-

Flere gode nyheter på ESMO 2021

Under årets store europeiske kreftkongress (ESMO) ble det presentert mange lovende nyheter på gynekreftområdet, som forhåpentligvis vil føre til praksisendring i behandling for noen pasientgrupper.

29. september arrangerte Gynekreftforeningen webinar med Kristina Lindemann hvor hun presenterte disse funnene. Både Kristina Lindemann og Gynekreftforeningens leder Siri Berg, uttalte her at det er

viktig at disse behandlingsformene snarest må godkjennes for bruk i det norske helsevesenet.

På webinarret ble Lindemann også overrasket med utdeling av en sjekk med midler til videre forskning. Jan Kåre Heibergs kone døde av livmorhalskreft, og han skulle ha ønsket at hun tidligere i sitt sykdomsforløp hadde fått prøvd den behandlingen som forskningen nå viser så gode resultater for. Etter hennes død gjennomførte han og en kamerat en reise «Norge

på tvers med 20 hunder», hvor målet var å samle inn penger til mental helse og gynekreftforskning. Resultatet av dette ble overlevert under Gynekreftforeningens webinar.

Kristina Lindemann fikk overlevert sjekken med midlene til gynekreftforskning som Jan Kåre Heiberg hadde samlet inn.



handlingen. Immunterapien Atezolizumab er fortsatt ikke et godkjent legemiddel, men er godkjent i USA og Europa for noen typer blære- og lungekreft.

Studien ledes av en spansk studiegruppe og har inkludert mer enn 400 pasienter globalt. Også flere norske pasienter har inngått i studien som forhåpentligvis vil vise liknende resultater som Keynote 826, som er beskrevet nedenfor.

Hvorfor er det slik at immunterapi i denne kombinasjonen kan ha effekt?

– Denne type immunterapi, Atezoli-

zumab, er et antistoff som er et stort Y-formet protein som immunforsvaret benytter for å gjenkjenne og eliminere fremmedlegemer som blant annet bakterier, virus og kreftceller. Antistoffene kan påvirke kroppens immunforsvar på en slik måte at det kan stoppe eller reversere veksten av kreftsvulsten, forklarer Lindemann.

Hvorfor er disse studiene på immunterapi og livmorhalskreft så viktig?

– Avansert eller tilbakevendende livmorhalskreft rammer ofte ungekvinner

og prognosen er ofte dårlig. Under 20 prosent lever i 5 år. Per i dag har disse ikke tilgang til et offentlig behandlingstilbud med immunterapi. Vi har et svært stort behov for flere studier på immunterapi når det kommer til livmorhalskreft, slik at vi kan øke vår kunnskap og bidra til at flere overlever, sier Lindemann.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: PRIVAT

Siste nytt på forskningsfronten

Immunterapi innen livmorhalskreft ble trukket frem under ESMO, som er den årlige europeiske kongressen innen medikamentell kreftbehandling.

Det var spesielt to nye studier som ble diskutert her forteller Bente Vilming, som er overlege ved avdeling for gynekologisk kreft ved Radiumhospitalet. Hun deltok på ESMO kongressen da den ble avholdt i digitalt format i slutten av september.

– *Hva går den nye gynekreft-forskningen ut på?*

– Den ene studien, som heter «Keynote 826», var en randomisert fase 3 studie der over 600 pasienter var inkludert. De som ble inkludert var de som enten hadde nydiagnostisert livmorhalskreft med spredning, tilbakefall av sykdommen, eller vedvarende sykdom etter behandling, forteller Vilming.

Pasientene fikk behandling med kjemoterapi med eventuell tillegg av bevacizumab pluss enten en immunterapi som heter pembrolizumab eller placebo. Pembrolizumab eller placebo fikk de hver tredje uke og opptil 35 ganger. Målet var å finne ut om immunterapien påvirker total overlevelse og progresjonsfri overlevelse.

– *Hva var de viktigste funnene?*

– De fant en signifikant forbedret totaloverlevelse på åtte måneder og også 33 prosent reduksjon i risiko for død i gruppen som fikk pembrolizumab. Etter to år var cirka halvparten av pasientene i live i denne gruppen, sammenliknet med 40 prosent i den gruppen som ikke hadde fått pembrolizumab. Man fant at det var litt mer bivirkninger i gruppen som fikk pembrolizumab, men dette var som forventet da de fikk mye lengre behandling. Man fant også at livskvaliteten var bedre for de som fikk pembrolizumab. Det ble konkludert med at pembrolizumab + kjemoterapi og

eventuell tillegg av bevacizumab kan bli en ny standard behandling for kvinner med persisterende, residiverende eller metastatisk livmorhalskreft.

BETYDELIGE FUNN OG PRAKSISENDRING

Vilming påpeker at funnene burde være praksisendrende.

– *Hvor «revolusjonerende» er denne forskningen?*

– Med tanke på at dette er en pasientgruppe som i utgangspunktet har dårlig prognose er funnene viktige. Tidligere studier viser at pasienter i denne gruppen har en gjennomsnittlig overlevelse på 17, 5 måneder. I et slikt perspektiv er økt overlevelse på åtte måneder betydelig.

Den andre studien som ble trukket fram på ESMO heter Empower. Denne studien undersøkte en annen immunterapi, cemiplimab, vs. kjempoterapi hos pasienter med enten tilbakevendende eller metastatisk livmorhalskreft som ikke hadde hatt effekt av gjennomgått platinum-basert (karboplatin eller cisplatin) cellegift.

– Her var det også cirka 600 pasienter som ble inkludert, og de fikk enten cemiplimab eller behandlerens valg av kjemoterapi. Målet var å undersøke om immunterapien påvirker totaloverlevelse. Man fant i hele populasjonen en forbedret overlevelse på 3,5 måneder i gruppen som fikk cemiplimab i forhold til de som fikk kjemoterapi. Dette var hovedfunnet. Det som også var et veldig viktig funn i denne studien var at man fant en signifikant forskjell i livskvalitet i favør av de som fikk cemiplimab.



Bente Vilming er overlege ved avdeling for gynekologisk kreft ved Radiumhospitalet. Hun forteller om viktige funn innen gynekreft-forskning.

POSITIVE RESULTATER MED PARP-HEMMERE

Vilming forteller at det også er mye interesse rundt PARP-hemmere.

– I OREO-studien, som vår avdeling har vært med på, ble rebehandling med PARP-hemmeren olaparib undersøkt hos pasienter med eggstokkreft. Pasienter som var inkludert i studien var delt inn i to kohorter; med eller uten BRCA-mutasjon. Det ble funnet signifikant økt tid til progresjon hos de som fikk olaparib sammenliknet med de som fikk placebo, og dette var uavhengig av BRCA-mutasjon status. Så dette var også positive resultater, sier Vilming.

TEKST: KJERSTI JUUL
FOTO: PRIVAT

LOKALNYTT



Gynkreforeningen Østfold hadde samlet 21 medlemmer til sommeravslutning på restauranten Paa Brygga som ligger på brygga i Fredrikstad.

Vi hadde invitert våre æresmedlemmer, Motorsykkelklubben Nemesiss, som kom fulltallige.

Klubben kjørte Charity Run i Østfold i 2019, der pengene de samlet inn gikk til vårt lokallag.

Siden mange restriksjoner i forbindelse med pandemien var opphevet, valgte vi å treffes «på byen» og ha sommeravslutning. Vi spiste god mat med godt drikke, og koste oss alle sammen.

Bildet er tatt av oss som deltok, og syklene i forgrunnen tilhører jentene i klubben.

Hilsen lokallaget



Vestfold og Telemark lokallag

På årsmøtet for 2020 ble det valgt et helt nytt styre i Vestfold og Telemark lokallag. 7. september fikk vi endelig møtt hverandre ansikt til ansikt. Tidligere har vi kun snakket sammen på Teams, en løsning som har fungert greit, men som likevel ikke blir det samme som å møtes fysisk.

Lokallaget dekker et relativt stort område, og vi tar nå kontakt med kreftkoordinatorerne i alle kommunene for å forsøke å få til et tettere samarbeid. Vi jobber for å bli mer synlige utad, da vi opplever at flere damer med gynekraft kun helt tilfeldig får greie på at vi har et lokallag.

Det vil også i løpet av høsten sendes ut en spørreundersøkelse via medlemssystemet. Der ønsker vi å få greie på hva våre medlemmer er opptatt av, hva de ønsker at lokallaget kan bidra med samt rent praktiske løsninger for når og hvor det er mest hensiktsmessig med medlemsaktiviteter.

Kontakt oss gjerne på telefon eller e-post:
Christine Holte, 473 92 154,
christine.lia@gmail.com
Lise Dean, 989 01 093, lise.j.dean@gmail.com



Harstad lokallag

I sommer holdt lokallaget sommerfest på Trondenes Historiske Senter. 11 nydelige damer møtte opp og koste seg med deilig grillmat, latter og gode samtaler melder lokallaget, som sender en stor takk til vår nestleder Mona Høydahl som ordner denne fantastiske plassen når lokallaget skal ha møter og samlinger.

Hilsen
Styret i lokallaget

OSLO OG AKERSHUS LOKALLAG

Vi i Oslo/Akershus kan melde til Afrodite at vi har hatt nettbaserte styremøter i vinter og har hatt vårt første fysiske styremøte nå i høst.

Vi har allerede hatt et sensommermøte for medlemmene (i august), hvor vi var på båttur i Oslofjorden. Deretter fulgte tur til Blaafarveverket den 21. sept.

For alle våre medlemsaktiviteter er selvsagt smittevern topp prioritet!

Vi planlegger julebord for medlemmene i begynnelsen av desember. Det blir sendt ut påmelding i god tid og infobrev i løpet av høsten.

Videre kan vi melde om planer om medlemsmøter med faglig innhold, men dette vil nok ikke være mulig å gjennomføre før på nyåret.

Hilsen
Katrine Kopperud Eriksen,
leder i lokallaget

Trøndelag lokallag

Styret i Trøndelag har hatt jevnlig dialog og styremøter det siste året via videokonferanse, samt på Messenger. Vi har ikke møttes, verken vi styremedlemmene eller hatt medlemsmøter, det siste året. Styret ser på ulike løsninger for å kommunisere bedre til våre medlemmer fremover og få mer informasjon på e-post. Det er også flott om medlemmene bruker vår Facebook-side «Gynekologisk kreft Trøndelag» da vi bruker den mye til å dele informasjon.

Vi hadde vårt første medlemsmøte 17-19. september på Ørlandet. Det var fint å få en hel helg sammen nå ettersom korona har lagt en demper på de fleste aktivitetene.

Vi planlegger årets julemøte i Trondheim den 16. november, så her ønsker vi at medlemmene setter av datoen og møtes til en hyggelig aften. Her vil vi få besøk av en sykepleier fra gynekraftavdelingen på St. Olav. Invitasjon kommer ut til våre medlemmer i oktober.

Hilsen
Lillian Bakøy, leder i lokallaget

Ny doktorgrad om eggstokkreft

Funnene i den ferske avhandlingen gir økt innsikt i den biologiske kompleksiteten ved eggstokkreft. Dette bidrar blant annet til en bedre forståelse av sykdommen og doktorgradsarbeidet viser også viktigheten av en standardisering av undersøkelsesmetoder.

Shamundeeswari Anandan disputerte den 3. september for sin doktorgrad ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Rethinking High-Grade Serous Carcinoma: Development of new tools for deep tissue profiling». Anandan er opprinnelig fra Chennai i India og har en mastergrad i bioteknologi. Hun forteller at hennes interesse for biologi startet allerede da hun var ung, og etter hvert har kreftbiologi blitt et stort interessefelt for henne.

– Jeg ønsket å gjøre noe mer i dette feltet og dette var et av forskningsområdet jeg var mest interessert i. Jeg liker godt å utforske nye teknikker og introdusere dette med biologi. Jeg mener det er en god kombinasjon, forteller Anandan.

Diagnosetidspunkt en hovedutfordring

Sen diagnostisering er en av hovedutfordringene hos pasientgruppen med eggstokkreft, og kreften er ofte fremskreden når kvinnene kommer i kontakt med helsevesenet for utredning. I mange tilfeller har kreften da allerede spredd seg. Eggstokkreftpasienter behandles i dag med en kombinasjon av kirurgi og cellegift.



Stor interesse for kreftbiologi: Shamundeeswari Anandan disputerte med sin avhandling den 3. september ved Universitetet i Bergen. Hun er svært interessert i kreftbiologi som forskningsfelt.

“

Hvis det er noe som virkelig kunne forandre behandlingen av eggstokkreft, så vil det være tidlig diagnose.

– Kirurgi som behandling kan være utfordrende, men det er dette som gjøres, da det har vist seg å være nødvendig for overlevelse. Men kreften kan være aggressiv. Hvis det er noe som virkelig kunne forandre behandlingen av eggstokkreft, så vil det være tidlig diagnose. Det er ikke enkelt og det vil ta tid, men det er det vi forsøker med disse nye teknikkene, for å oppnå en dypere kunnskap om sykdommen. Jeg tror vi først må forstå biologien bak før vi engang kan gjøre noe med diagnostiseringen, forklarer hun.

Tumorens kompleksitet avdekkes

Det er viktig for videre forskning å kunne kartlegge det komplekse og mangfoldige mikromiljøet i tumoren. Dette kan nå gjøres ved hjelp av massecytometri, som har vist seg å være et svært nyttig verktøy. Teknikken Anandan presenterer i sin avhandling er ny innen onkologi, men viser seg å være suksessfull ved å etablere forskjellige typer paneler for å

se på spesifikke områder av tumorene. Massecytometripanelene, eller anti-stoffpanelene, brukes til å analysere vev fra eggstokkreftpasienter og kartlegge kreftceller, immunceller og støtteceller i vevsprøvene.

– Fra hver pasient ble det foretatt en biopsi av en tumor. Vi fant blant annet at sammensetningen av svulstvevet hos disse pasientene var svært forskjellige. Denne høye graden av heterogenitet hos pasientene og «landskapet» bak biologien til tumorene, var et av de viktigste funnene fra forskningen, sier Anandan.

En slik omfattende og individuell kartlegging av mikromiljøet i svulstene for pasienter med høygradig serøs eggstokkreft, vil kunne bidra til en bedre forståelse av den enkelte pasients mikromiljø og viser også behovet for mer tilpassede behandlingsmetoder for denne pasientgruppen, viser avhandlingen.

Ny innsikt om immunterapi

Hos de undersøkte vevsprøvene fra pasientene fant de en høy forekomst av immunsuppressive myeloide celler (MDSC). Det har vært knyttet store forhåpninger til bruk av immunterapi i kreftbehandling, også ved eggstokkreft, og mange pasienter etterspør dette, forteller professor Line Bjørge. Hun er seksjonsoverlege ved Seksjon for gynekologisk kreft ved kvinneklinikken Haukeland Universitetssykehus, og har vært hovedveileder for doktorgraden til Anandan.

– Fagmiljøet har også tenkt at immunterapi kunne være nyttig for eggstokkreftpasienter. Dessverre er det slik at studier viser at ved eggstokkreft virker ikke dette på samme måte som det gjør for andre svulsttyper, som for eksempel føflekkreft, lungekreft eller nyrekreft. Så er jo spørsmålet hvorfor det er slik, sier Bjørge.

Interessante

funn: Professor og overlege Line Bjørge har vært hovedveileder for doktorgradsstudenten og forteller at funnene i avhandlingen kan gi en forklaring på hvorfor dagens immunterapi ikke har like god effekt på eggstokkreftpasienter.



Hun forklarer at det Anandan har gjort i arbeidet med doktorgraden er å utvikle en metode som gjør at man kan se på sammensetningen av immuncellene i kreftsvulstene på en svært detaljert måte.

– Det første funnet er at nesten alle pasientene er veldig ulike hverandre, det er vanskelig å finne et bestemt mønster, da det kan se ut som hver pasient har en egen sammensetning av immuncellene sine. Så synes det som at de immuncellene som må være der for at immunterapi skal virke, er ikke der eller er veldig få. Vi har på en måte nå fått en forklaring på hvorfor immunterapi ikke virker godt hos disse pasientene.

Må tenke nytt

Tanken nå er at man videre kan bruke den type verktøy som Anandan har etablert, til å undersøke svulster nærmere.

– Så må vi tenke på en annen måte rundt hvordan vi kan bruke immunterapi for denne type pasienter med eggstokkreft. Jeg tror at immunterapi fortsatt vil spille en rolle, men det vil sikkert være en annen type immunterapi enn de vi bruker i dag, forklarer hun.

Hun forteller at noen pasienter har en veldig tro på at dersom de bare får immunterapi, så vil det hjelpe.

– Men for oss så er det veldig viktig å holde litt igjen på immunterapi, fordi vi etter hvert får mer kunnskap om at det ikke virker for disse pasientene og vi skjønner også mer om hvorfor det ikke virker. Pasienter med eggstokkreft kan nok ha behov for smartere medisiner enn det vi har tilgjengelig nå, sier Bjørge.

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN
FOTO: PIROS KOTOPOULIS

“

Nesten alle pasientene er veldig ulike hverandre, det er vanskelig å finne et bestemt mønster, da det kan se ut som hver pasient har en egen sammensetning av immuncellene sine.

ARBEIDS- AVKLARINGS- PENGER – EN YTELSE VED SYKDOM ELLER SKADE

**Arbeidsavklaringspenger (AAP) kan innvilges når en har fått nedsatt arbeids-
evne som følge av sykdom
eller skade. Hvis man har
fått påvist en kreftdiagnose,
kan arbeidsavklarings-
penger sikre inntekt i en
periode hvor man er i behov
av behandling, arbeids-
rettede tiltak eller oppføl-
ging fra NAV for å komme
tilbake i arbeid. Formålet
med ytelsen er følgelig
at NAV skal avklare hvilke
arbeidsoppgaver du kan
gjennomføre.**

Arbeidsavklaringspenger kan mottas fra det tidspunktet sykepengene opphører. Utbetaling av arbeidsavklaringspenger er imidlertid ikke betinget av at man har mottatt sykepenger tidligere.

VILKÅR FOR Å MOTTA ARBEIDS- AVKLARINGS- PENGER

Folketrygdløven kapittel 11 oppstiller fem vilkår for å få innvilget arbeidsavklaringspenger.

For det første stilles det krav til søkerens tilknytning (1). Dette innebærer at man som utgangspunkt må ha fem års forutgående medlemskap i folketrygden før krav om arbeidsavklaringspenger kan fremsettes, jf. ftrl. § 11-2.

For det andre må søkeren oppfylle aldersvilkåret (2). Arbeidsavklaringspenger innvilges kun til personer mellom 18 og 67 år, jf. § 11-4 første ledd. Etter andre ledd har personer mellom 62 og 67 år kun en begrenset rett på arbeidsavklaringspenger.

Det tredje vilkåret (3) er at sykdom,

skade eller lyte er en «vesentlig medvirkende årsak» til nedsettelsen av arbeids-
evnen, jf. ftrl. § 11-5.

Hva gjelder kravet til sykdom, følger det av rundskrivet til folketrygdloven § 11-5 at det skal «legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis». Dersom man er blitt diagnostisert med en kreftdiagnose, må vilkåret normalt ansees oppfylt. Av rundskrivet fremgår det videre at også sykdomslignende symptomer i enkelte tilfeller kan være tilstrekkelig til at vilkåret er oppfylt.

Etter § 11-5 gjelder det og et dobbelt årsakskrav. Dette innebærer for det første at medisinske grunner må være den vesentlige årsak til funksjonsnedsettelsen. Det avgjørende vil for eksempel være hvorvidt en eventuell kreftdiagnose er den dominerende årsaken.

Det andre vilkåret under årsakskravet, er at funksjonsnedsettelsen er den vesentlige årsaken til nedsettelse av

Advokattilbud til medlemmene

Medlemstilbudet om rabatt på advokattjenester som Gynkreftforeningen lanserte i vår er blitt populært.



Medlemmer får rabatterte tjenester i Advokatfirmaet Tvetter og Kløvfjell og advokat Preben Kløvfjell vil gjerne ha innspill fra Afrodites lesere på tema som vi kan belyse juridisk i Afrodite. Da er kravet at det må ha en relevans i forhold til kreftsykdom og jus.

For å bruke medlemsavtalen og få rabatt på advokattjenester er det ikke noe begrensning i hvilke saker det gjelder. Preben Kløvfjell kan kontaktes på pk@klovfjell.no.

Firmaet deler også råd til Gynkreftforeningens medlemmer slik de gjør i denne artikkelen.

KONTAKT- INFORMASJON

pk@klovfjell.no

arbeidsevnen. I Trygderettens avgjørelse, TRR-2013-1467, uttales det imidlertid, med henvisning til forarbeidene, at det «ikke kreves at sykdom, skade eller lyte er hovedårsaken til den reduserte arbeidsevnen, men at helseproblemene skal være en vesentlig medvirkende årsak». Det gjelder følgelig et lempeligere årsakskrav for arbeidsavklaringspenger, enn for andre ytelser som sykepenger og uføretrygd. Dette er begrunnet i et ønske fra lovgiver om at syke skal omfattes av arbeidsavklaringspenger-ordningen.

I rundskrivet til bestemmelsen pekes det videre på at arbeidsavklaringspenger ikke skal innvilges dersom funksjonsnedsettelsen klart skyldes andre årsaker enn de rent helsemessige.

Dersom det er sammensatte årsaker som fører til funksjonsnedsettelsen, for eksempel både sviktende økonomi hos medlemmet, og sykdom, vil det avgjørende være hvorvidt sykdommen er en vesentlig medvirkende årsak.

BEHOV FOR ARBEIDSRETTEDE TILTAK ELLER BEHANDLING

Det fjerde vilkåret er at man har behov for arbeidsrettede tiltak eller behandling (4), jf. ftrl. § 11-6. Disse aktivitetstiltakene skal kunne sette medlemmet i stand til å skaffe seg eller beholdet arbeid. Dette vil typisk være behandling anbefalt av medisinsk personell.

Det siste vilkåret, er at arbeidsevnen må være nedsatt med minst halvparten (5) til ethvert arbeid som følge av sykdommen, jf. § 11-5. Hvorvidt vilkåret er oppfylt, beror på en konkret vurdering av det enkelte medlems arbeidsevne. Det at arbeidsevnen er nedsatt med minst halvparten til det yrket du hadde da du ble syk, medfører ikke at vilkåret automatisk er oppfylt. Avgjørende er hvorvidt arbeidsevnen er nedsatt til ethvert arbeid. Dersom du ikke lenger kan ha en fysisk stilling som butikkmedarbeider på grunn av sykdommen eller skaden, kan det være muligheter for at du kun utføre et mer stillesittende arbeid.

HVILKE RETTIGHETER HAR MAN SOM MOTTAKER AV ARBEIDS AVKLARINGS PENSJONER?

Hovedregelen er at arbeidsavklaringspenger gis i maksimalt tre år, jf. § 11-12.

Etter § 11-20 kan arbeidsavklaringspengene utgjøre 66 prosent av den pensjonsgivende inntekten din, beregnet før arbeidsevnen ble nedsatt med minst halvparten. Dette er imidlertid begrenset opp til 6G, som utgjør kr. 638 394, per 01.05.21.

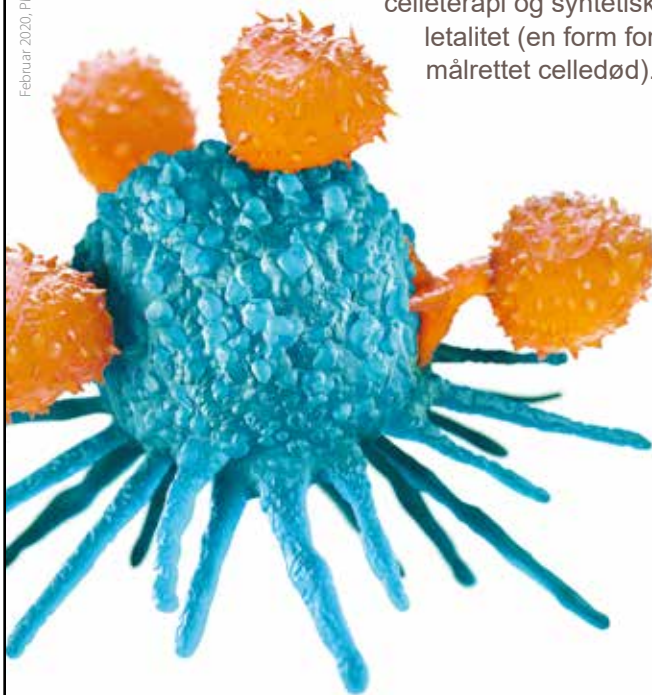
NAV åpner for at man skal kunne arbeide samtidig som man mottar AAP. I tilfelle vil NAV redusere utbetalingen din i samsvar med hvor mye du arbeider. Hovedregelen er imidlertid at du ikke får utbetalt AAP hvis du arbeider mer enn 60 prosent.

TEKST: PREBEN KLØVFJELL



Vår forskning innen onkologi er kompleks, men målet er enkelt: Finne nye, innovative medisiner i kampen mot kreft.

GSK er et globalt, forskningsbasert legemiddelfirma som utvikler og produserer medisiner og vaksiner. Siden 2018 har vi mer enn doblet vår portefølje av potensielle nye kreftmedisiner. Vår innovative forskningsaktivitet knytter seg til nye behandlingsløsninger innen fire vitenskapelige områder: Immunonkologi, epigenetikk, celleterapi og syntetisk letalitet (en form for målrettet celledød).



Februar 2020, PM-NO-ON-ADVF-200001

GlaxoSmithKline AS
Drammensveien 288
0283 OSLO

www.gsk.no

Tilstede i en vond tid

I dagens samfunn med så stort press på Helsevesenet, er et lavterskeltilbud for pasienten veldig viktig, påpeker likeperson Wenche Jæger.

Hun har jobbet med kreft i mange år, først som hjelpepleier på hematologisk avdeling ved Haukeland sykehus, siden omskolerte hun seg til miljøterapeut før hun ble sosionom i psykiatrien.

– Jeg husker spesielt godt en gang jeg var i Skottland på et fagseminar om psykisk helse som gjorde inntrykk. På bakgrunn av en akuttinnleggelse, hadde de her et tilbud til pasienten «dagen derpå» om å få snakke med en som hadde hatt samme sykdom og vært gjennom en psykose. Alt lå klart for å få snakke med en likeperson, så snart pasienten hadde kommet litt mer til seg selv. Slik burde det være her også. Hvis man får beskjed om at man har en alvorlig kreftdiagnose, er det ukjent farvann for de fleste. Man har heller ikke ressursene mentalt eller fysisk til å finne frem informasjon på egenhånd. Man er redusert og befinner seg i en boble, i en forvirrelse over hva som vil skje med en og veien videre. En likeperson kan være veldig god å ha helt i starten. Det bør være et tilbud det opplyses om på fastlegekontor, hos gynekologer og på sykehusene generelt. Man bør få en konkret kontaktperson, sier Wenche Jæger som selv ble rammet av livmorkreft i 2012.

Stigma

Hun trekker frem stigma som finnes rundt kvinnekreft. Fremdeles henger det igjen oppfatninger om at det er kvinnens egen skyld. Mange som rammes av livmorhalskreft får slengt bemerkninger etter seg at de har hatt for mange partnere.

– Jeg har møtt det selv, da jeg jobbet med et digitalisert hjelpeprogram på nett som er laget av Helse Bergen. Her var skrekken for hva som blir sagt, en kjent problematikk. For de unge var det også mange spørsmål rundt muligheten til å få barn, når man rammes av gynekologisk kreft. Det er ofte litt autoritets skrekk knyttet til leger, da kan en likeperson være en god trøst og fungere som en hånd å holde i, forteller Jæger.

Trygg person

– Er det noen egenskaper du tenker kommer godt med i rollen som likeperson?

– Man må være en trygg person. Ikke søke gjensidig hjelp, men være til hjelp. Hvis det kommer spørsmål og usikkerhet, må man kunne sette en grense for hva man kan svare på og heller henvise til andre hvis det er på sin plass. Man skal ikke være en allviter, men en mental støtte. Det er viktig å tenke på at bak ansiktene man møter, kan det være mennesker som har vært utsatt for vold og verre ting. Man vet aldri hva som dukker opp i en sårbarhetsfase. Som likeperson må man være glad i mennesker, kunne samhandle og ha evnen til å være tilstede for et annet menneske i en vond tid.

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

– Da må Gynkreftforeningen i samarbeid med helseforetakene, fastleger og gynekologer få informasjonen ut til folk. At legen gir deg et konkret telefonnummer du kan kontakte når du blir syk. Altfor mange roter rundt på nettet og for-



– Man vet aldri hva som dukker opp i en sårbarhetsfase. Som likeperson må man være glad i mennesker, kunne samhandle og ha evnen til å være tilstede for et annet menneske i en vond tid, sier Wenche Jæger.

viller seg inn i diskusjoner på Facebook, der det er mye feilinformasjon. Likepersontjenesten kan være med å forebygge mye, hvis de kommer på banen tidligere i pasientens liv. De må være tilstede når det skjer. Det er så mange enslige i dag som ikke har pårørende, for disse har likepersontjenesten en spesielt viktig jobb å gjøre.

TEKST: KJERSTI JUUL
FOTO: PRIVAT

ADRESSER OG TELEFONNUMMER TIL TILLITSVALGTE OG LIKEPERSONER

STYRET

Leder	Siri Berg	siri@gynkreftforeningen.no	91 15 20 36
Nestleder	Jorun Nilsen Stallemo	Jorun@stallemo.com	97 54 42 85
Medlem og lokallagsansvarlig	Marit Stavland	mars@equinor.com	91 39 24 54
Medlem og likepersonansvarlig	Eva Kantor	anitakan@online.no	93 03 86 02
Medlem	Lisbeth Westergren	Lisbeth.Westergren64@gmail.com	47 02 64 90
Medlem og ansvarlig for brukermedvirkning	Beate Steen Nilsen	beatenilsen68@Outlook.com	45 27 81 89
Medlem	Mette Dischington	Mette77dj@gmail.com	95 46 70 60

LOKALLAG

Bergen og omegn		bergen@gynkreftforeningen.no	
Harstad og omegn	Mette Dischington	mette77dj@gmail.com	95 46 70 60
Møre og Romsdal	Anne Marthe Øverås	marthe.overaas@gmail.com	91 32 29 70
Tromsø	Marte Engevik	marthe.engevik@gmail.com	92 84 18 92
Odda og omegn	Margarethe Langfeld	mlangfel@online.no	41 60 45 86
Oslo og Akershus	Katrine Kopperud Eriksen	kattkopp@hotmail.no	99 23 36 23
Telemark og Vestfold	Lise Dean	lise.j.dean@gmail.com	98 90 10 93
Trøndelag	Siri Berg	siriberg48@gmail.com	91 15 20 36
Stavanger og omegn	Tone Nikolaisen	stavanger@gynkreftforeningen.no	90 08 02 68
Østfold	Eva Anita Kantor	anitakan@online.no	93 03 86 02

FYLKESKONTAKTER

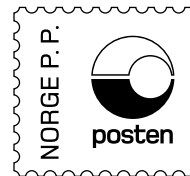
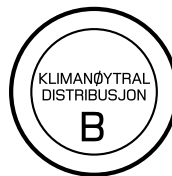
Aust-Agder	Lisbeth Westergren	Lisbeth.Westergren64@gmail.com	47 02 64 90
Vest-Agder	Kate Lindland Johnsrud	katejoh@hotmail.no	91 87 94 14
Hedmark	Inger Helen Nyhus	ingerhelenny@yahoo.no	41 32 66 51
Nordland, nord for Saltfjellet	Christine Klippenvåg Nordgård	christinekn@me.com	91 64 23 48
Nordland Sør	Christin Horseng	Cbn60@hotmail.no	91 99 49 50
Oppland	Lene Østlien	leneo28@hotmail.com	97 43 32 67

LIKEPERSONER

Ragnhild Kristiansen	9450 Hamnvik	Troms	rgnhldkristiansen@yahoo.no	41 63 87 89
Eli Annie Moursund	9404 Harstad	Troms	super_tante_19@hotmail.com	95 88 10 40
Elisabeth Sjøblom	9180 Skjervøy	Troms	elisabeth.sjoebloom@gmail.com	95 99 50 28
Christine Klippenvåg Nordgård	8003 Bodø	Nordland	christinekn@me.com	91 64 23 48
Sidsel Korsvoll	1394 Nesbru	Oslo/Akershus	sidsel.korsvoll@gmail.com	92 22 88 52
Dorte Nakszynski	1911 Flateby	Oslo/Akershus	dortena@online.no	47 82 44 19
Mette Marie Ege	1177 Oslo	Oslo/Akershus	mette.m.ege@gmail.com	97 52 55 53
Jorunn S. Guldbakke	0678 Oslo	Oslo/Akershus	jo-synn@online.no	95 18 56 32
Marit Holm Mathisen	1160 Oslo	Oslo/Akershus	maritholmmathisen@gmail.com	90 93 77 40
Dorthe Bekkengen	0681 Oslo	Oslo/Akershus	deb_91_@hotmail.com	92 09 83 87
Marit Høgås	2019 Skedsmokorset	Oslo/Akershus	marithogas@gmail.com	93 00 18 05
Grete Brøymer	0264 Oslo	Oslo/Akershus	grebro@online.no	90 97 15 66
Inger Helene Nyhus	2386 Brumunddal	Hedmark	ingerhelenny@yahoo.no	41 32 66 51
Lillian Lunde	2387 Brumunddal	Hedmark	lilfje@online.no	97 17 58 14
Laila Fredhjem	2422 Nybergsund	Hedmark	lfredhje@bbnett.no	62 45 33 70
Christin Horseng	2847 Kolbu	Oppland	Cbn_60@hotmail.com	91 99 49 50
Lene Østlien	2830 Raufoss	Oppland	leneo28@hotmail.com	97 43 32 67
Erna Hogrenning	1526 Moss	Østfold	erna.hogrenning@hotmail.com	90 03 66 49
Beate Nilsen	1784 Halden	Østfold	beatenilsen68@outlook.com	45 27 81 89
Ingunn Eike	4010 Stavanger	Rogaland	ingunn.eike1@lyse.net	98 82 47 56
Kristin Mohn	4321 Sandnes	Rogaland	kristin.mohn@hotmail.com	90 51 54 67
Reidun Westergren	4640 Søgne	Agder	reiwes@hotmail.com	90 54 50 78
Kate Lindland Johnsrud	4521 Lindesnes	Agder	katejoh@hotmail.no	91 87 94 14
Hege Brekkvassmo	3300 Hokksund	Buskerud	brekkvassmo@gmail.com	93 22 11 11
Anne Marthe Øverås	6006 Ålesund	Møre og Romsdal	marthe.overaas@gmail.com	91 32 29 70
Ingunn K Leikanger	6080 Herøy	Møre og Romsdal	ik-leik@outlook.com	95 79 56 37
Anne Lene Heldal	3740 Skien	Telemark	Anne.Lene.Heldal@skien.kommune.no	99 25 88 01
Astrid Loe Johansen	7033 Trondheim	Trøndelag	astridlj@online.no	91 19 93 09
Inger Stadsvik	7037 Trondheim	Trøndelag	inger.stadsvik@hotmail.com	92 88 83 82
Brit Lindebrekke	7036 Trondheim	Trøndelag	brit.lindebrekke@gmail.com	48 09 58 91
Solvor Bye Tellefsen	1258 Oslo	Oslo/Akershus	solvor.b.tellefsen@gmail.com	98 86 28 83
Eli Flom	0678 Oslo	Oslo/Akershus	Eliflom@gmail.com	99 42 89 96
Wenche Jæger	5227 Nesstun	Bergen og omegn	w-jaeger@online.no	90 23 77 52
Christina Hassel	0564 Oslo	Oslo/Akershus	hassel.christina1@gmail.com	47 61 31 99
Elisabeth Tronstad	7713 Steinkjer	Trøndelag	elisabeth.kvam.tronstad@outlook.com	90 68 35 55
Eva Kantor	1679 Kråkerøy	Østfold	anitakan@online.no	93 03 86 02

LIKEPERSONER MED BAKGRUNN SOM PÅRØRENDE

Eiin Lautin	Oslo	Oslo/Akershus	eiinlautin@gmail.com	90 84 74 61
Charlotte W. Knudsen	4824 Arendal	Agder	charlotte-knudsen@hotmail.com	46 54 55 50
Eiin Harriet Eilertsen	1653 Sellebakk	Østfold	eiin-harriet@hotmail.com	92 06 43 08



Returadresse
Gynkreftforeningen
Rosenkranz' gate 7
0159 Oslo

Oppdager kreftcellene med fluorescerende lys

Emmet Mc Cormack er professor ved Universitet i Bergen, og sammen med Line Bjørge, seksjonsoverlege ved seksjon for gynekologisk kreft ved Haukeland har han i ti år jobbet med å utvikle bedre dyremodeller til forskningen på behandling av eggstokkreft.

Å sikre at alt svulstvev er fjernet hos pasienter med eggstokkreft er en svært viktig faktor for en god prognose og mulighet for overlevelse. Mc Cormack og forskningsgruppen hans jobber med å utvikle bruk av bildestyrt kirurgi der fluorescerende fargestoffer, ved hjelp av målrettede biomarkører, gjør slik at kreftcellene lyser opp, inkludert metastaser. Dermed kan kirurgene være mer sikre på at all kreft blir fjernet under operasjonen.

Bruker hunder

– Så langt har studiene blitt gjort på mus, og resultatene er veldig lovende. For å videreutvikle metoden vil Line Bjørge og jeg bruke hunder som er rammet av kreft, en relevant dyremodell som kan hjelpe oss til å overføre teknikken til bruk på mennesker. I samarbeid med veterinær Vibeke Fosse, som har spesialisering i kreft hos kjæledyr, vil vi kunne tilby hunder med kreft denne avanserte



Emmet Mc Cormack, professor ved Universitet i Bergen.

behandlingen, noe som kan gi dem bedre overlevelse, samtidig som vi får kunnskap som vi kan bruke til å videreutvikle teknikken. Dette er en mye mer etisk måte å jobbe på, forteller Mc Cormack.

Forskningsgruppen er den eneste i Skandinavia som jobber med denne metoden. Hovedmålet med forskningsprosjektet er å samle data som vil danne et bakteppe for ferdigstillelse av protokollen for en tidlig-fase klinisk studie hos pasienter med eggstokkreft ved Haukeland universitetssykehus.

Vil endre pasientbehandlingen

I dag opereres kvinner med eggstokkreft med mål om å fjerne alt synlig svulstvev, der det er mulig. Men med dagens tilgjengelige metoder så er det ikke alltid mulig å identifisere all kreften under en slik operasjon, og mange pasienter sitter derfor igjen med en betydelig mengde restsykdom.

– Bruk av tumor-målrettet fluorescerende kontrast har potensiale til å revolusjonere kirurgisk onkologi. I tillegg til å identifisere flere kreftlesjoner, kan teknikken også gi bedre kontrast mellom svulst og sunt vev, som gir



Vibeke Fosse, Norges eneste veterinær med spesialisering i kreftsykdom hos kjæledyr, samarbeider med McCormack. Her er hun med rottweileren Ziva som har vært en av hundepasientene i forskningen.

kirurgen en tryggere veiledning under inngrepet for fjerning av kreftvev, noe som kan sørge for beskyttelse av vitale strukturer.

Mc Cormack tror metoden vil påvirke pasientbehandlingen på flere måter, antall tilbakefall vil reduseres og flere vil overleve. I og med at kirurgen vil fjerne mindre friskt vev under operasjonen så vil også pasientene komme seg raskere, operasjonstiden vil reduseres og oppholdet på sykehuset vil forkortes.

Mc Cormack tror at utviklingen av fluorescens bildestyrt kirurgi ved Haukeland kan være med på å lage en mal som også kan benyttes til andre kreftformer som kan opereres.