

AFR ODI TE

NR 4 / 2022 – 21. ÅRGANG

Pakkeforløp hjem kommer side 6

Eggstokkreft ble oppdaget senere under pandemien side 5

Tidlig start med lindrende pleie side 12

 gynkreftforeningen



**Likepersoner vil
også nå pårørende**

side 9

KALENDEREN

Slik har kalenderen for Gynkreftforeningen sett ut det siste kvartalet:

03. sept

Hovedstyremøte i Gynkreftforeningen

09. sept

Hovedstyremedlem Mette Dischington deltok i prosjektstyremøte for Hjemmetest i Livmorhalsprogrammet. Mette sitter som brukerrepresentant fra Gynkreftforeningen i prosjektet, på møtet ble det gått gjennom status og plan for prosjektet der det skal sendes ut hjemmetestkit til to grupper i første omgang: de som ikke har tatt celleprøve på over 10 år, og de som ikke har tatt på 8-9 år, samt kvinner med spesielle behov.

26. sept

Hovedstyremedlem Mette Dischington deltok på digitalt møte med de nordiske søsterorganisasjonene for gynekologisk kreft.

– Det var utrolig lærerikt å høre hva som gjøres i de andre nordiske landene og hvor langt de er kommet. Vi ble også oppfordret til å søke oss inn i den europeiske gynkreftorganisasjonen The European Network of Gynaecological Cancer Advocacy Groups (ENGAGE), noe som vi har gjort, forteller Mette.

10. okt

Leder Siri Berg og sekretariatet i møte med legemiddelselskapet Glaxo SmithKline.

11. okt

Leder Siri Berg i møte i regi av Kreftforeningen, temaet var livmorhalsprogrammet. Her deltok også Ameli Trope, leder for livmorhalsprogrammet i Kreftregisteret.

17. okt

Hovedstyremøte i Gynkreftforeningen på video.

18. okt

Leder Siri Berg og sekretariatet i møte med legemiddelselskapet MSD.

Leder Siri Berg og sekretariatet i møte i forbindelse med utforming av spørreundersøkelse om gynkreft

24. okt

Representanter fra hovedstyret deltok på kunnskapsdagen vi arrangerte i Bodø. Foredragene ble også livestreamet, samt delt som opptak på foreningens nettside.

25. okt

Leder Siri Berg deltok på dagsseminar i regi av FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon), Temaet var brukerens rolle i forskning.

27. okt

Representanter fra hovedstyret og sekretariatet i møte om strategi for sosiale medier for foreningen.

31. okt

Leder Siri Berg deltok på HelseOmsorg21-konferansen i regi av Forskningsrådet. Hensikten med konferansen var blant annet å øke forståelsen av hva en bærekraftig helsetjeneste er og elementer som er viktige for å nå det ønskede fremtidsbildet for den norske helsetjenesten.

02. nov

Kreftforeningen arrangerte møte om kreft og arbeid, her deltok leder Siri Berg.

07. nov

Leder Siri Berg deltok på seminar om brukermedvirkning.

11. nov

Leder Siri Berg og sekretariatsleder Eddy Grønset i møte med Kristina Lindemann for å diskutere fremtiden for Nasjonalt kompetansesenter for gynekologisk kreft.

Nasjonalt kompetansesenter



11.–13. nov

Gynkreftforeningen arrangerte likepersonsseminar for nye og eksisterende likepersoner, seminaret ble holdt i Sandvika. Flere representanter fra hovedstyret var også til stede.

15. nov

Hovedstyremøte i Gynkreftforeningen på video.

17. nov

Leder Siri Berg og sekretariatsleder deltok på Onkologisk Forum i Oslo. Forumet holdes hvert annet år, og er en møteplass for alle som jobber innen onkologi i Norge. Her hadde Gynkreftforeningen stand og fikk delt ut våre diagnosespesifikke brosjyrer

til alle interesserte i fagmiljøet. Brosjyrene ble tatt godt imot og foreningen har fått flere bestillinger i etterkant.



Onkologisk forum

5. des

Gynkreftforeningen arrangerer Kunnskapsdag i Tønsberg. Her er det Kristina Lindemann som presenterer de siste nyheter innen forskning på gynekologisk kreft.



Kunnskapsdager Tønsberg

7. des

Hovedstyret har styremøte og møter blant annet Helle Nørup fra vår danske søsterorganisasjon KiU.



KiU

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!



I skrivende stund er vi 1251 medlemmer, og det er meget gledelig at vi de siste tre måneder har fått 42 nye medlemmer. Jo flere vi er jo sterkere blir vår stemme. I vår strategi som strekker seg fra 2022- 2026 har vi blant

annet som mål at vi skal jobbe for bedre livskvalitet for pasienter og pårørende. Vi tenker å ha både fagseminar og webinarer rundt dette tema neste år. Vi sender også i disse dager ut en spørreundersøkelse til alle våre medlemmer som vi ber om at dere besvarer. Vi ønsker å kartlegge hvilke senskader vår pasientgruppe sliter med samt hvordan dette har påvirket deltagelse i arbeidslivet og livet generelt etter kreftbehandling. Vi ønsker å ha en tydelig stemme når det gjelder livet etter kreft, og det er i den sammenheng viktig å kunne dokumentere uttalelser med en slik undersøkelse.

I strategien har vi også som mål at færre skal få kreft. Vi skal nå oversette våre diagnosespesifikke brosjyrer til flere språk så vi når flere med denne viktige informasjonen. Vi lager også filmer for fastleger hvor Ane Gerda Zahl Eriksson, gynekolog ved Oslo universitetssykehus, snakker om symptomer og når man bør henvise til spesialisthelsetjenesten. Vi tror dette vil være viktig for å forebygge og bedre tidlig oppdagelse av kreft.

Det tredje målet i strategien er at flere skal overleve kreft. Vi i Gynkreftforeningen vil påvirke at vår pasientgruppe får tilgang på nye metoder. Det settes i gang mange forskingsprosjekter innenfor gynekologisk kreft, og vi ønsker at flere skal få tilgang på kliniske studier i behandlingen. Det er mange saker å ta fatt på neste år, og vi har lagt planer for dette, og ser ser fram til å sette i gang på nyåret.

Først skal vi imidlertid kose oss med juleforberedelser og nyte adventstiden. Jeg ønsker dere alle en riktig god jul og et godt nytt år!

Vennlig hilsen

Hilsen Siri Berg,
leder i Gynkreftforeningen

Dette nummeret

4 / 2022

- 04 Nytt om forskning
- 05 Senere oppdagelse av eggstokkreft
- 06 Pakkeforløp hjem
- 09 Nye likepersoner
- 10 Lindrende pleie
- 12 Tidlig kontakt med palliativt team
- 13 Forsker på behov i livets slutfase
- 14 Møt Herdis Moe-Hanssen
- 16 Spør gynekologen
- 17 Invitasjon til Kunnskapsdag og landsmøte
- 18 Lokallagsnytt
- 20 HPV-vaksinen
- 22 Våre likepersoner
- 24 Medisin mot covid-19



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

Spennende nyheter fra ESGO



– Studiene som går på immunterapi til livmorhalspreftpasienter er nytt og noe jeg er veldig spent på videre, sier Elisabeth Berge Nilsen som var tilstede under ESGO.

– ESGO-kongressen er viktig for forskningen, men også fordi det er foredrag, møter og debatter som går på hvordan man skal implementere dette i praksis, påpeker seksjons-
overlege Elisabeth Berge Nilsen.

Til daglig jobber hun som seksjons-
overlege i gynekologisk kreft ved Stavanger universitets-
sykehus. I november tok Elisabeth Berge
Nilsen turen til ESGO-kongressen (The
European Society of Gynaecological
Oncology), som gikk av stabelen i Berlin.
Hun trekker frem mye spennende fors-
kningsnytt.

– Innen eggstokkreft er HRD-testing
veldig aktuelt. Fram til nå har vi hatt
PARP-hemmere for de som har en BRAC-
mutasjon i førstelinje som behandling,
men dette er også godkjent for de som
har en HRD-positiv test. Det viser seg
altså at det ikke bare er de som har en
BRAC-mutasjon arvelig eller i svulstvev
som kan ha nytte av denne behandlin-
gen, men de som har en HRD-mutasjon.

Radiumhospitalet er blant sykehusene
som har begynt å teste noen, men dette
er ikke implementert i Norge. Vi er
derfor spesielt interessert i studiene på
nettopp dette, forteller Nilsen.

Fra dødsdom til kronisk sykdom

Den anerkjente danske kreftlegen
Mansoor Mirza holdt foredrag om dette
på kongressen og trakk fram at takket
være PARP-hemmere har eggstokkreft
for mange pasienter nå gått fra å «være
en sykdom som de dør av til å bli en
kronisk sykdom – en sykdom man dør
med. PARP-hemmere i førstelinje kurerer
mange av pasientene», i følge Mirza.

Solo-1 studien som ble presentert på
ESMO i år som viste at 67 prosent av
pasientene med avansert eggstokkreft

med BRCA-mutasjoner som ble be-
handlet med PARP-hemmeren Lynparza
(olaparib) var i live etter 7 år mot
47 prosent i placebogruppen. Mirza
trakk også frem en studie der kreftvaksi-
nen UV-1, som er utviklet av det norske
selskapet Ultimovacs, testes sammen
med en immunsjekkpunkthemmer og
en PARP-hemmer, som noe han har stor
tro på.

Lovende immunterapi-studier

– Studiene som går på immunterapi til
livmorhalspreftpasienter er nytt og noe
jeg er veldig spent på videre. Den ene
heter Keynote-826 og den andre heter
Empower. Italienerne er et forbilde på
forskningfronten her og snakket om dette
på ESGO. Det er nemlig et gjennombrudd
at immunterapi har fått så god effekt på
langtkommen livmorhalskreft. Dette er ny-
lig blitt godkjent i Norge og noe vi begynte
å bruke på pasientene i juli i år, og som vi
er veldig fornøyd mer, forteller Nilsen.

Hun trekker frem at hun i kraft av
å være kliniker tilstede på en kongress

som ESGO, nettopp ønsker å lære noe fra foredragene som hun kan ta med tilbake til klinikken og bruke i behandling av pasienter.

– Derfor var det veldig bra at vi i år også fikk foredrag om bruk av immunterapi, om bivirkninger – hvordan vi skal forholde oss til bivirkninger og behandle dem. ESGO er viktig både for forskningen, der man går inn på selve studiene, men også fordi det er foredrag, møter og debatter som går på hvordan man skal implementere dette i praksis, påpeker seksjonsoverlegen.

Miniversjon av organer

Til stede på kongressen var også den norske lege og stipendiaten Christiane Helgestad Gjerde som forsker på eggstokkrekft. Dette er en kreftform som sprer seg hyppig til bukhinnen, og Gjerde har utviklet en tredimensjonal vevs-kultur hvor kreftcellene dyrkes direkte på støttenettverk fra normalt bukhinnevev.

Hun utvikler miniversjoner, såkalte organoider, av bukhinnen for å finne ut hvordan eggstokkrekft utvikler seg og hvordan denne kreftformen kan behandles. En organoide er en forenklet miniversjon av et organ som dyrkes frem i en petriskål eller et reagensglass.

Doktorgradsstudent Luca Tandarić har analysert blodet til 25 kvinner med eggstokkrekft som har blitt behandlet med en kombinasjon av den velprøvde immunsjekkpunkthemmeren Imfinzi og den eksperimentelle immunterapien oleclumab. Studien som på sikt kan brukes til å inndele pasienter i predefinerte grupper som vil ha ulik grad av effekt av behandlingen, ble presentert under ESGO. Elisabeth Berge Nilsen trekker også frem lovende fase 2-studier ved livmorkrekft, der immunterapi viser seg å virke for enkelte. Dette er foreløpig studier som ikke er godkjent i Norge enda.

Ung og lovende

At den den unge, norske, kvinnelige forskeren Karen Madland, fikk presentere sin lille studie under ESGO, er verdt å trekke frem, i følge Nilsen.

– Madland var nylig student og er nå er i turnus. At hun ble valgt ut til å presentere sin lille studie her er stort. I studien har hun sett nærmere på eggstokkrekft og tilbakefall – om kvinnene har symptomer når tilbakefallet blir oppdaget eller ei, og om det betyr noe for overlevelse.

Nilsen trekker frem at det er en liten studie på 406 pasienter, men som likevel kan få stor betydning

– Dette kan bety noe for oss i forhold til kontroller – hvordan vi skal tenke da og hvor ofte vi skal kontrollere pasientene. Vi trenger flere studier og må se nærmere på tallene før vi kan konkludere med noe, men det er absolutt noe både vi og pasientene er opptatt av, påpeker Nilsen.

TEKST: KJERSTI JUUL
FOTO: EDDY GRØNSET

Mer eggstokkrekft under pandemien

Overlege og gynekolog Ane Gerda Zahl Eriksson har ledet en studie med over 500 pasienter med avansert eggstokkrekft under pandemien. Resultatet er oppsiktsvekkende.



– Vi har samlet inn data på kvinner som er henvist til Radiumhospitalet for avansert eggstokkrekft etter nedstenging av samfunnet i mars 2020, og sammenlignet det med kvinner

som er henvist hit til oss før den tid. Fordi vi har sentralisert kreftomsorg for denne pasientgruppen i Norge, gjelder dette kvinner i hele Helse Sørøst, forteller Eriksson.

Under nedstengingen var inntrykket at flere av pasientene kunne ha mer omfattende spredning enn de var vant til å se, og at pasientene oftere fikk behandling med cellegift før kirurgi. Det skyldes at når eggstokkreften er spredd til områder som ikke kan opereres, må man starte behandling med cellegift for å redusere spredningen før en eventuell operasjon.

Mer enn doblet risiko

– Til tross for at Radiumhospitalet var covid-fritt – uten begrensninger i ressurser inne på sykehuset under pandemien – viser studien vår at kvinnene har betydelig høyere risiko for tilbakefall, hvis de er diagnostisert under pandemien, forteller Eriksson.

Risikoen var oppsiktsvekkende nok mer enn dobbelt så stor for tilbakefall de første 18 månedene etter behandling, for kvinnene som ble behandlet under pandemien.

– Vil dette få noen konsekvenser for fremtidige retningslinjer?

– Det blir bare spekulering fra vår side hvor problemet ligger, men vi vet at det ligger utenfor sykehuset. Om det er fordi kvinnene selv har vært redde, gått med symptomer lengre og ikke turt å komme til sykehus, eller om det har vært kapasitetsproblemer i primærhelsetjenesten, vet vi ikke. Men det er viktig å formidle til pasienter at det er trygt å komme på sykehus og oppsøke helsetjenesten, selv om det er pandemi, påpeker Eriksson.

TEKST: KJERSTI JUUL
FOTO: PRIVAT

Pakkeforløp hjem

I løpet av 2022-23 skal et nytt pakkeforløp etableres og tas i bruk her i landet; Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Leder Siri Berg skulle gjerne sett at det ble stilt flere krav og at det var mindre anbefalinger i pakkeforløpet.

Formålet med pakkeforløpet er å sikre kreftpasienter bedre oppfølging etter behandling. Dette skal skje ved å sikre god overgang fra behandling på sykehus til oppfølging hos fastlege og lokal helsetjeneste, og ved å bedre oppfølgingen i kommunen etter behandlingen på sykehus.

Kartlegging av behov

Et av de viktigste målene med pakkeforløpet er at det skal bidra til å bedre livskvaliteten for pasienter og pårørende, dette ved at pasienten sine behov for tjenester og oppfølging utover selve kreftbehandlingen skal kartlegges og følges opp. Kartleggingen skal skje i spesialisthelsetjenesten etter at diagnosen er stilt, samt i kommunen 3-4 måneder og 12-18 måneder etter kreftdiagnosen. Det er fortrinnsvis lege, sykepleier eller annet helsepersonell som skal gjennomføre kartleggings samtalen.

– Tilpasset hver enkelt pasient kan kartleggingen omfatte veldig mange områder i livet. Familiesituasjon, jobbsituasjon, økonomi og boforhold, behov for hjelp eller tilrettelegging i hjemmet, rehabiliteringsbehov og fysisk funksjon er viktige temaer som inngår i kartleggingen. Ernæring, psykisk helse, sosiale aktiviteter, om pasienten kan ivareta egen helse og om det er eksistensielle problemstillinger som pasienten må håndtere er andre områder som kan være aktuelle temaområder å kartlegge, forteller Kari Anne Rønningen, spesialrådgiver i Kreftforeningen.

Oppfordrer til kontakt med kreftkoordinator

Pakkeforløp hjem skal fungere som en god screening for å avdekke eventuelle behov og planlegge at pasienter får riktig hjelp og rehabilitering.



Kari Anne Rønningen, spesialrådgiver i Kreftforeningen.

– Kreftkoordinatorne har en sentral rolle i Pakkeforløp hjem. Det er kreftkoordinator som har ansvar for å samordne tilbud og tjenester rundt kreftpasienter i kommunene. Det skal være lav terskel for å kontakte kreftkoordinator, jeg vil oppfordre både pasienter og pårørende til å ta kontakt og be om hjelp. Det er viktig å huske på at Pakkeforløp hjem er for alle – ikke kun for de som har kommunale tjenester, som hjemme-sykepleie for eksempel.

Dessverre har ikke alle kommuner kreftkoordinator, pasienter oppfordres til å ta kontakt med kreftkoordinator eller aktuell kontaktperson i helse og omsorgstjenesten i kommunen.

Blir litt vagt

– Vi i Gynkreftforeningen er svært positive til dette nye pakkeforløpet. Vi ser at det vil dekke et stort behov hos veldig

mange når det kommer til oppfølging etter behandling, men vi skulle gjerne sett at ordlyden i pakkeforløpet var noe mer tydelig ved at det ble stilt flere krav om oppfølging av tiltak. Siden det nå er mange anbefalinger så er vi litt bekymret for at pakkeforløpet vil bli implementert forskjellig i kommunene, noe som igjen kan føre til ulik oppfølging for pasientene, og det ville vært uheldig. Vi er også bekymret for at fastlegemangel og det at ikke alle kommuner har kreftkoordinator, vil kunne påvirke tilbudet pasientene får, sier Siri Berg, leder i Gynkreftforeningen.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: PRIVAT

Tilpasset hjelp og oppfølging

– Rent innholdsmessig medfører ikke Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft noe nytt for oss. Kartlegging og veiledning, for å få til tilpasset hjelp og oppfølging i pasientforløpet, er det vi kreftkoordinatorer gjør hele tiden, sier Oddfrid Nesse, kreftkoordinator i Bydel Frogner i Oslo kommune.

Forskjellen er at det nå er fokus på at alle som får kreft bør få kartlagt sine behov og utfordringer, uavhengig av diagnose og behandlingsmål. Og at dette settes mer i system.

Persontilpasset oppfølging

Kreftkoordinatoren er svært positiv til det nye pakkeforløpet. Hun mener det viktigste med den nye ordningen er at det blir mer oppmerksomhet rundt oppfølging av den enkeltes behov ut over selve kreftbehandlingen.

– Det er så viktig at den enkelte er så godt rustet som mulig, både fysisk og mentalt, til å håndtere alt som skjer, både under og ikke minst etter gjennomført behandling. Det å ha nok støtte underveis og nok kunnskap om hva man selv kan gjøre for å bedre sin situasjon er helt uvurderlig.

Oddfrid Nesse både håper og tror at pakkeforløpet fører med seg en mer persontilpasset helsetjeneste.

– I dag er kreftbehandlingen stadig mer persontilpasset og målrettet – på samme måte skal også oppfølgingen av personen under og etter behandling være tilpasset og målrettet. Personer med samme kreftdiagnose og like behandlingsopplegg har forskjellige, ja, unike behov, og dermed unike behov for oppfølging.

Ønsker seg mer tydelighet

Nesse har fulgt utarbeidelsen av Pakkeforløpet hjem tett. Hun skulle ønske ordlyden i retningslinjene hadde vært noe mer tydelig.

– Det blir en god del «bør» som burde vært endret til «må» i retningslinjene i dette pakkeforløpet. Det blir noe motstridende, da kravene ligger der i lovverket. Helsetjenesten skal blant annet sørge for å innhente og gi nok informasjon, slik at helsehjelpen blir best mulig.

Kartlegging må gi resultater

I Pakkeforløp hjem foreslås det at den første kartleggingssamtalen gjennomføres på sykehuset.

– I dag får vi i kommunehelsetjenesten i for liten grad vite hva som har blitt gjort på sykehuset og hva som er plan for veien videre. Pakkeforløp hjem anbefaler samme kartleggingsverktøy i sykehus og kommune og at viktig informasjon overføres til riktig instans.

Samarbeid om dette gir håp om å få til en mer smidig og felles tjeneste, sier kreftkoordinatoren.

– Nå ser vi at sykehusene og kommunene jobber sammen for å sikre god pasientinformasjon og for å få til bedre informasjonsdeling mellom sykehus og kommune og fastlege.

Dette er veldig bra, sier hun.

Ja til flere kreftkoordinatorer

En kreftkoordinator har spesialkompetanse innenfor kreftforløp og samhandling knyttet til disse. Kreftkoordinator sørger for oversikt over muligheter som finnes for å best mulig ivareta den enkeltes livskvalitet.

Per i dag er tilgang til en kreftkoordinator avhengig av hvilken kommune du bor i. Slik bør det ikke være mener Nesse.

– Det er ingen tvil om at alle kommuner bør opprette en kreftkoordinatortjeneste.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: PRIVAT

“

Alle kommuner i Norge bør opprette en kreftkoordinator-tjeneste



Oddfrid Nesse, kreftkoordinator i Bydel Frogner i Oslo kommune.

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.



Nye likepersoner utdannet

Gynkreftforeningen har i løpet av året utdannet flere nye likepersoner som nå er klare til å være en samtalepartner med gynkreftsyke som ønsker en likesinnet å dele sine erfaringer med.

Dere er ordentlige ambassadører for foreningen, og det er jo dere som møter pasienter hele tiden, sa leder for Gynkreftforeningens likepersonstjeneste Eva Kantor, da hun innledet samlingen for nye og etablerte likepersoner som ble arrangert i november.

Hun trakk frem at stadig flere ønsker å få snakke med en som har samme diagnose som en selv. Samtidig skulle hun ønske at enda flere benyttet seg av dette samtaletilbudet som Gynkreftforeningen har.

– Kanskje må vi jobbe frem nye måter å gjøre likepersonstilbudet tilgjengelig på, sier hun.

Pårørende trenger også en likeperson

På samlingen fikk deltakerne godt innblikk i at også pårørende til en gynkreft-rammet kan ha glede av å få prate med en likeperson. En som vet hvordan det er å ha sin kjære alvorlig syk er Jan Kåre Heiberg. De som har fulgt Gynkreftforeningen og lest Afrodite en stund har lest om hvordan han har samlet inn betydelige summer til forskning på gynekologisk kreft gjennom både deltakelse i Finnmarksløpet og gjennom ekspedisjonen «Norge på tvers med 20 hunder».

På samlingen for likepersonene fortalte han sin historie om hvordan han og kona Marthe levde med hennes livmorkreft, hvordan livet hans ble da hun døde og hvordan han har samlet styrke gjennom å være åpen om de psykiske utfordringer dette har gitt for han.

– Vi trenger menn på disse samlingene. Vi går for lenge uten å prate om det som plager oss. Det hadde vært bra om flere pårørende hadde meldt seg som likepersoner. Her har dere en jobb å gjøre, oppfordret Jan Kåre.



Flere av deltakerne på samlingen uttrykte etter Jan Kåres foredrag at nå hadde de lært masse om hvordan det er å være pårørende. På nyåret vil Gynkreftforeningen finne en anledning til å la Jan Kåre Heiberg få dele sitt foredrag på et åpent møte.

Viktig å leve livet

Likepersonene fikk også et annet tankevekkende foredrag med seg i bagasjen til jobben som likeperson. Professor og genforsker Jarle Breivik sto for dette.

– Hvorfor lever vi egentlig? Hva er det som gjør ting levende? Noen har kanskje tenkt at disse svarene ligger i religionen, og for mange kan den ha en verdi. Nå vet vi gjennom vitenskapen at vårt DNA og arvemateriale er skrudd sammen slik at vi ikke kan leve evig. Når alt kommer til alt, handler løsningen på kreftgårten om vårt forhold til døden. Den definerer hva det vil si å være

Jan Kåre Heiberg holdt et gripende innlegg om det å være pårørende til en gynkreftsyk under kurset for likepersoner. Likepersonene vil nå også prøve å nå ut til flere pårørende med sitt tilbud.

menneske, men er samtidig vår største begrensning. Vi står overfor et fundamentalt dilemma. Skal vi løse kreftgårten og prøve å skape et evig liv, eller skal vi akseptere døden og fortsette å være mennesker, spurte han.

– Løsningen på kreftgårten er å leve her og nå, sa en av deltakerne på seminaret etter hans innlegg.

TEKST OG FOTO: EDDY GRØNSET



En lindrende tilnærming

FOTO: SHUTTERSTOCK

Palliasjon er en helhetlig måte å nærme seg mennesker på, forteller Målfrid Holmaas Bjørngaas, overlege ved Palliativ senter ved Stavanger Universitetssykehus.

Palliasjon oppfattes av mange som at all aktiv behandling avsluttes og at det bare dreier seg om å gi lindrende medisiner den aller siste tida. Vi som jobber med dette oppfatter heller palliasjon som en tilnærming til mennesker med alvorlig livstruende sykdom som har behov for lindring, sier Bjørngaas.

Noen har kanskje hørt om at man som pasient kan få en palliativ plan. Men hva handler egentlig en palliativ plan om, og når bør man få den?

– Vi har ikke noe fast tidspunkt for introduksjon av palliasjon i et pasientforløp. En palliativ plan handler om hva vi skal gjøre når sykdommen kommer inn i nye faser og hvordan vi da skal tenke i forhold til oppfølging og behandling. Det kan vi jo ikke bestemme i detalj på forhånd, det er bare utviklingen av sykdommen som kan vise det. Det vi er mest opptatt av, enten vi kommer inn tidlig eller sent, er at vi må snakke med pasienter og pårørende og finne ut

hva som er viktig for dem og hva de vil bruke tiden sin på. En palliativ plan er dermed noe mer enn bare en plan for medisinsk behandling, og den bør være tverrfaglig fundert.

Hvordan jobber dere med palliasjon?

– Et veldig viktig prinsipp er at vi jobber tverrfaglig. Det innebærer at forskjellige profesjoner er involvert og gjør forskjellige ting for å dekke behovene, altså behov for lindring. Vi tenker ikke at palliativ behandling bare er rent medisinsk behandling som legen står for, men at det er mange involverte som kan bidra med ulike ting. I tillegg til leger og sykepleiere har vi i vårt team fysioterapeut, psykolog, sosionom, ernæringsfysiolog og prest.

Palliativ behandling er en prosess

Prosess er et begrep de bruker mye i palliativ behandling. Palliasjon fungerer ikke slik at man kan møte med et menneske og avklare alt på en dag, sier Bjørngaas.

– Slik er ikke livet og slik er ikke vi mennesker skrudd sammen. Vi må få frem hva som er viktig for den enkelte, hvilke ting akkurat de plages med, og vi må kartlegge behov og symptomer. Så må vi prøve å gjøre noe med det som er det viktigste nå. For mange som henvises til oss, er hovedproblemstillingen smerter. Da må vi gjøre noe med det. Det er viktig å være klar over at smertebehandlingen hos palliative pasienter med begrenset forventet levetid ofte er litt annerledes enn hos dem som har kroniske smertetilstander de skal leve lenge med. I det siste tilfellet må vi være tilbakeholdende med bruk av opiatere og ta hensyn til tilvenningsfaren. For dem som skal leve kortere tid, kan vi se mer bort fra dette, da er det veldig lite viktig i forhold til fokuset på livskvalitet her og nå.

Kreftbehandlingen har de siste årene blitt mye bedre og mange kreftpasienter lever mye lenger enn før. Det er jo veldig bra, men det har også ført til at det har

blitt mer utfordrende å balansere riktig i forhold til både livskvalitet og tilværelsesfare. Mange har også plager som følge av tidligere kreftbehandling som må tas hensyn til, forklarer Bjørgaas.

Hjelper til med samarbeid rundt pasientene

– Vi jobber mye for å få til et godt samarbeid mellom ulike nivåer i helse-tjenesten. Vi prøver å være en slags bru og støtte for pasienten og familiene for å få til et godt samarbeid for alle. Loven er slik at fastlegen er medisinsk ansvarlig for pasienter som er hjemme. Alle pasientene våre har mye kontakt med spesialisthelsetjenesten, men kommunen har ansvaret for hjemmesykepleien, sier Bjørgaas.

Det er viktig å finne ut av hvor pasienten kan få best mulig hjelp, om vedkommende trenger hjelp fra spesialiserte tjenester eller om de er godt nok ivare tatt i primærhelsetjenesten.

– De fleste har en fastlege og/eller en kreftlege som kan hjelpe med basal smertelindring. Mange har god nok effekt av det og trenger ikke noe mer, mens andre trenger noe annet og mer. Det er da vi fra sykehuset kommer inn. Vi tilhører spesialisthelsetjenesten, men samarbeider om å følge opp pasientene når de er hjemme. Ofte møter vi pasi-

entene første gang mens de er innlagt i sykehus. Siden blir pasientene utskrevet og kommer hjem hvis de kan og ønsker det, eller til lindrende enheter eller døgntilbud i kommunene.

I tillegg hjelper palliativt team med å heve kompetansen i primærhelsetjenesten, forteller Bjørgaas.

– Vi underviser og gir veiledning i ting som den enkelte pasienten trenger. Hvis vi for eksempel har startet med en smertepumpe, må vi sikre at hjemmetjenesten kan følge opp og at de tar kontakt om det oppstår problemer eller hvis det ikke fungerer godt nok lenger.

De reiser også på hjemmebesøk til pasienter når de tenker at det er nødvendig og hensiktsmessig. Det gjøres da sammen med hjemmetjenesten og også med fastlegen hvis de kan få det til.

– Da har vi gjerne en samtale hjemme hos en pasient og med pårørende. Det er da vi har den aller beste muligheten til å lage en god palliativ plan, når vi har samlet de forskjellige som har ansvar og vi blir enige med pasient og familie om hva som er viktig for dem og hva de ønsker. Et eksempel kan være om de ønsker å være hjemme, eventuelt dø hjemme. Det kan være veldig forskjellig, og vi prøver å etterkomme ønsker så lenge det er forsvarlig og greit. Hvis vi tenker at det blir for vanskelig å få til et videre forløp hjemme, må vi prøve å komme frem til en felles forståelse av hva som er den beste løsningen.

God kommunikasjonskompetanse er essensielt

Kunnskap om og erfaring fra hvordan man kan snakke med pasienter og pårørende om dårlige nyheter, for eksempel når behandlingen ikke virker, eller å våge å snakke om døden, er veldig viktig, sier Bjørgaas.

– Vi sier aldri at ikke mer kan gjøres. Det uttrykket at man ikke kan gjøre noe mer gir et veldig dårlig signal og skaper bare usikkerhet. Det er aldri slik at vi ikke kan gjøre noe mer, men det er mange ganger vi ser at det vi har gjort inntil da ikke fungerer lenger. Da må vi slutte med det og gjøre noe annet. Vi må gi lindrende behandling og støtte pasienten i det de må gjennom og som vi ikke kan påvirke eller forhindre.



FOTO: EDDY GRØNSET

Opptatt av god omsorg: Målfrid Holmaas Bjørgaas, overlege ved Palliativ senter ved Stavanger Universitetssykehus, mener det er svært viktig at pasienter i palliativ behandling opplever trygghet i omsorgen de får.

Trygghet har veldig mye å si for hvordan en har det, og kan ha stor betydning for hvor mye smertestillende en for eksempel har bruk for. Det handler ikke bare om rent fysiologiske fysiske smerter, men en helhet som gjør vondt både i kropp og sjel. God palliasjon har fokus på både fysiske, psykologiske, sosiale og åndelige behov. I møte med pasienter er det viktig at ikke palliasjon «lures» på noen, forkledd som for eksempel bare smertebehandling, sier hun.

– Man må si hva det er, men også at det handler ikke bare om døden. Det handler om livet, den delen av livet man er i akkurat nå, enten tiden er kort eller lenger, og om livskvalitet hele livet. Dette må sies på en måte som gir best mulig trygghet.

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN

“
Vi tenker ikke at palliativ behandling bare er rent medisinsk behandling som legen står for, men at det er mange involverte som kan bidra med ulike ting.

Tidlig informasjon om palliativt team

Torbjørn Paulsen er overlege ved Oslo Universitetssykehus Radiumhospitalet og leder i Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. Etter å ha jobbet med palliasjon i noen år er dette et tema som opptar han stadig mer.

Det har blitt en større og større del av det jeg gjør. Jeg er nok en av de innen gynekologisk onkologi som har jobbet mest med det.

Er det slik at pasienter som får en god palliativ oppfølging lever lenger enn de som behandles for fullt helt til det siste?

– Ja, det er flere studier som viser det. Det er klart det kan være noen unntak på individuelt nivå, men hvis man ser på en hel populasjon med pasienter så er det slik at for eksempel kjemoterapi helt til livets siste slutt ikke nødvendigvis er en fordel for pasienten. Det er heller ofte det motsatte. Men det å finne det punktet hvor man skal avstå fra aktiv behandling, det er ikke bestandig så enkelt. Vi har noen retningslinjer som vi bruker, og en av de viktigste er å se på pasientens allmenntilstand. Vi bruker blant annet et enkelt scoringssystem som heter ECOG, som går fra 0-4. Ved 0 da er man helt frisk og oppegående og har ingen plager og ved 4 da ligger du bare til sengs hele døgnet.

Palliativ behandling kan med fordel introduseres tidlig

Fra et pasientperspektiv er det lett å forbinde begrepet palliasjon med livets slutt, men mange kan ha fordel av palliativ behandling allerede ved første gangsdiagnose eller første behandling. Akkurat dette er det viktig å få frem, forteller Paulsen.

– Vi er veldig opptatt av dette med å introdusere palliativ behandling ganske tidlig i forløpet, i første runde, bare for å fortelle pasienten at vi har noe som heter pal-



Lindrende behandling: God informasjon til pasientene om hva palliativt team er og hva de kan hjelpe med er viktig, mener overlege Torbjørn Paulsen ved Radiumhospitalet.

liativt team og at de kan hjelpe til med smertebehandling, med tilrettelegging i hjemmet og mange slike vurderinger. Det har ikke noe med at man er veldig alvorlig syk å gjøre og at man skal dø, men at man kan få en god lindrende behandling tidlig i et behandlingsforløp fordi mye av den behandlingen vi gir, gir bivirkninger også. Vi kan egentlig introduseres ganske tidlig, men det er klart du må forholde deg til pasienten på en litt annen måte når du er tidlig i et forløp enn om du kommer inn etter fire til fem linjer med kjemoterapi. Det er to helt forskjellige settinger, forklarer Paulsen.

Han erfarer at noen pasienter er raske med å si nei til å prate med palliativt team.

– De sier for eksempel at de skal ikke dø ennå. Det har jeg hørt noen ganger. Men det er ikke en fare i seg selv å snakke med palliativt team, så det å få pasienten til å senke skuldrene, det synes jeg må være viktig. Som jeg ser det, hvis vi ikke introduserer palliativt team tidlig i et forløp, men først gjør det helt på slutten, så blir ofte pasienten mer provosert.

Han understreker at det er viktig å ta med pasienten på råd, før man sender en forespørsel til palliativt team, slik at dette er diskutert med pasienten først.

Nå er vi inne på pasientens medvirkning – hvor godt er dette ivare tatt i dag?

– Det er i hvert fall ikke noen tvil om at pasienter har fått mer medvirkning, men det er sikkert ikke godt nok. Det sitter nok fortsatt noen leger rundt om som ikke har tatt det helt innover seg at det er viktig å ta pasienten med på råd.

Men det blir det fokusert mer og mer på. Så er det ikke slik at pasienten helt fritt kan velge hva slags behandling de skal ha, det er visse regler vi har å styre behandlingen etter. Hvis de for eksempel ønsker immunterapi, så er det ikke sikkert de oppfyller kriteriene for dette.

Pårørendes rolle i palliativ behandling

Paulsen forteller at han følger en god del av pasientene hele sykdomsforløpet, gjennom førstelinjebehandling, operasjon, strålebehandling og eventuelle tilbakefall. Han ser at de pårørende blir mer og mer viktig etter som tiden går og hvis pasienten blir alvorlig syk, vender fokus seg mot pårørende i større grad.

– Da er det enda viktigere å ta seg av de pårørende for det er tross alt de som skal leve videre, og vi må gjøre den prosessen best mulig for de pårørende frem mot døden. De må få oppmerksomhet og en forklaring på hva som skjer, sier han.

Ny spesialisering på trappene

Paulsen kan også fortelle at han sitter i et utvalg nedsatt av Legeforeningen, hvor det skal opprettes en ny spesialitet innen palliativ medisin.

– I dag har vi ikke det i Norge, det er noen leger med spesialkompetanse som har gått nordisk kurs i palliasjon, men de er ikke spesialister. Det skal de altså lage nå, med full utdanning. Men dette er en spesialitet som skal omfavne alle med lindrende behov, og ikke bare kreftsykdommer, slik at dette blir en bred spesialitet.

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN
FOTO: OUS

Oppfordrer flere til å delta i PEACE-studien

Mange pasienter og faktisk også vi leger har ofte fokus på behandlingsstudier, men det er like viktig med ny kunnskap om hvordan vi gir omsorg og hvordan oppfølgingen av pasienter og deres familier er i denne fasen, sier førsteamanuensis og overlege Kristina Lindemann, som er ansvarlig for studien.

Sist Afrodite skrev om studien var den klar for oppstart. Kristina Lindemann kan fortelle at de nå har startet aktiv rekruttering i Oslo. De andre norske sykehusene som skal delta er Sørlandet sykehus, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Nord Norge og Universitetssykehuset i Stavanger.

Disse skal også snart være klare til å inkludere pasienter. I tillegg er det tre sykehus i Australia som starter studien nå i desember.

Er det behov for flere interesserte pasienter og pårørende til å melde seg?

– Siden studien akkurat har startet, ser vi absolutt etter pasienter og også pårørende som kan tenke seg å delta. Studien er jo rettet mot pasienter som behandles i en lindrende fase, kanskje med kort forventet levetid, og da er det jo ikke alle som kan tenke seg å delta i et forskningsprosjekt. I møte med Gynkreftforeningen og vårt brukerpånel, men også fra tidligere studier, får vi bekreftet at forskningen i denne fasen av sykdommen likevel er svært viktig.

De har brukt mye tid på å gjøre deltakelsen i studien så enkel som mulig. Det kreves ingen ekstra besøk for å delta, med unntak av at man må få informasjon og gi samtykke. Siden gjøres det meste av datainnsamlingen via spørreskjema som pasienten/familien får tilgang til på nett, sier Lindemann.

Studien tar opp viktige spørsmål som hvordan pasienten og pårørende har det, hvordan de opplever dialogen med helsepersonell og hvor involvert de ønsker å være i behandlingsvalg som tas.

– Vi vet blant annet fra en tidligere studie at pasienter kun i liten grad føler seg informert om sin egen prognose. Vi vet også at vi behandler mange pasienter med kjemoterapi helt inntil slutten av livet hvor en gevinst er svært usikker, kanskje det til og med oppstår livsforkortende komplikasjoner. For å kunne delta i behandlingsvalg er det vesentlig at pasienten er godt informert, og vi vet at pasienter som er informert til slutt får en omsorg som er mer i tråd med hva de ønsker.

Dette er en ganske unik studie – hva vil du løfte frem som de viktigste formålene med studien?

– Unik er den allerede i den forstand at den genererer kunnskap i en fase av sykdommen som er absolutt understudert. Den er også unik fordi den inkluderer både pasienter og deres pårørende.

ØNSKER DU MER INFORMASJON OM STUDIEN?

Kontakt Kristina Lindemann på e-post klinde@ous-hf.no eller studiesykepleier Heidi Liland på e-post heili@ous-hf.no



Kristina Lindemann håper resultatene fra studien vil gi gode svar på hva som er viktig for pasienter med gynekologisk kreft og deres pårørende i den siste fasen av livet. Her avbildet sammen med studiesykepleier Heidi Liland (t.v.).

Det viktigste formålet er å få en bred forståelse om pasientens og familiens oppfattelse av denne fasen, hva som er viktig for dem, hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Det vil også være viktig å se om behandlingsmønstre, for eksempel om man får cellegift eller om palliativt team er involvert, har noen sammenheng med hvordan pasienten opplever omsorgen. Videre skal vi for første gang også spørre pårørende etter pasientens død om deres erfaringer og deres sorgprosess. Vi håper at vi på den måten også kan utvikle en bedre omsorg av pårørende, som jo er de viktigste støttespillerne til pasientene, sier Lindemann.

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN
FOTO: PRIVAT

Ble med som brukermedvirker

Herdis Moe-Hanssen (64) er en av brukermedvirkerne i PEACE-studien. Hun kan fortelle at det har vært svært meningsfullt å få være med å bidra.

I Men først skal vi fire år tilbake i tid, til da Herdis selv opplevde å bli kreftpasient. Hun hadde ingen symptomer og følte seg frisk som en fisk da hun fikk kreftdiagnosen. Under en kikkhullsoperasjon ble det oppdaget en stor tumor på den ene egglederen og medfølgende spredning til hele buken. Dette skulle bli starten på flere år med behandling.

– Jeg ble først operert på Radiumhospitalet og fikk cellegiftkur, mistet håret og alt som følger med. Etter akkurat to år fikk jeg tilbakefall. Da ble jeg operert på nytt og fikk ny cellegiftkur, og i fjor så kom kreften tilbake en tredje gang. Jeg har aldri hatt noen god prognose, det er ingen som har sagt at nå er du frisk, og nå er jeg der at jeg vet at jeg lever med noen små svulster i buken.

Viktig å treffe andre med samme erfaringer

Gjennom hele forløpet er det derimot en ting som har vært viktig for Herdis, nemlig å finne en mening i den nye tilværelsen. Det første som slo henne var at nå måtte hun finne noe å gjøre, og at det kanskje var noen kurs hun kunne melde seg på. En måneds tid etter operasjon var hun derfor på leting. På Vardesenteret ble hun tipset om Gynkreftforeningen. Herdis behøvde ikke lange betenkningstiden før hun meldte seg inn, og derfra var veien også kort til å bli et aktivt medlem i lokallaget Oslo og Akershus.

– For meg ble det veldig riktig, for jeg kjente ingen andre som hadde min sykdom. Her traff jeg andre som hadde vært gjennom det samme som meg. Det ga meg mening, og det ga meg på en måte energi oppi det hele. Da jeg

etter hvert ble spurt om å være med i styret i lokallaget så sa jeg ja til det, forteller hun.

Meldte seg som brukermedvirker i studie

Det har gitt henne mye å være medlem av Gynkreftforeningen, og det har vært mange bra tilbud å få med seg, forteller Herdis. Et av disse tilbudene var et kurs i brukermedvirkning. Umiddelbart tenkte hun at dette kunne være noe for henne og det var også her hun kom i kontakt med Kristina Lindemann som er ansvarlig for PEACE-studien. Under foredraget ble det forespurt om noen kunne tenke seg å melde seg som brukermedvirker.

– Siden jeg da var på et kurs for å bli brukermedvirker, så jeg meldte meg der og da. Det å få være med på en slik studie har vært så fint og dette var også midt i pandemien. Selv om jeg ikke traff de andre fysisk så var jeg med og bidro, leste gjennom spørreskjemaene, ga tilbakemeldinger og fikk tilbakemeldinger. Jeg var på teamsmøter med de andre brukermedvirkerne i prosjektet. Hvis man har overskudd og kapasitet til det, så tenker jeg at det er en veldig fin ting å være med på. Og så blir man jo litt stolt. Det betyr noe det du gjør, du har vært med på noe som skal gjøre det bedre for noen som kommer etter deg.

Hun er ikke i tvil om at studien vil kunne være med å på å gjøre en forbedring for pasienter og deres pårørende

“

Hvis man har overskudd og kapasitet til det, så tenker jeg det er en veldig fin ting å være med på. Og så blir man jo litt stolt. Det betyr noe det du gjør, du har vært med på noe som skal gjøre det bedre for noen som kommer etter deg.



“

Jeg har egentlig forsonet meg med at jeg har kreft jeg ikke blir bra av, selv om jeg har mine svarte dager, jeg skal ikke si at jeg ikke har de.

Gir mening å være brukermedvirker:

Herdis Moe-Hanssen ser det som viktig å kunne bidra slik at de kvinnene som kommer etter henne får det bedre.

og understreker også at brukermedvirkerperspektivet er veldig viktig.

– Dette studiet går jo direkte på hvordan man blir håndtert av hjelpeapparatet i din kreftsykdom og i din palliative tid.

Hvordan har du selv opplevd tiden som pasient?

– Jeg er veldig fornøyd med Radiumhospitalet. Jeg har fått maks behandling, men samtidig så har jeg tålt behandlingen veldig godt. Det er flaks at kroppen min funker, så jeg har stort sett kunnet være delvis i jobb hele tiden og jeg er i litt jobb nå også.

Funnet en annen ro

De pårørende vies også stor oppmerksomhet i studien. Herdis har selv en mann og en voksen datter. Hun forteller at de, som pårørende, stort sett har taklet hennes sykdom greit.

– Men så har jeg ikke noe spesielt som plager meg. Egentlig prøver jeg å gjøre tilværelsen så normal som mulig. Jeg har vært veldig heldig, for jeg har ikke så mange seneffekter som jeg kunne hatt. Det er veldig store forskjeller fra pasient til pasient, og det må man alltid være ydmyk om. Det er også individuelt hvem du har rundt deg.

Kreften blir ikke borte. For Herdis og for mange andre, handler det derfor

også om en påtvunget ny vei i livet.

– Jeg har egentlig forsonet meg med at jeg har kreft jeg ikke blir bra av, selv om jeg har mine svarte dager, jeg skal ikke si at jeg ikke har det. Noen dager er pyton. Men i det daglige så prøver vi å leve så best mulig som vi kan. Jeg snakker ikke så mye om fremtiden for min del, jeg prøver å leve her og nå. Det har jeg lært av å være i dette her, jeg har roet meg ned. Jeg kan faktisk sitte en halvtime på morgenen med en kaffekopp, det gjorde jeg aldri før, da bare føk jeg av gårde.

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN
FOTO: PRIVAT

SPØR GYNEKOLOGEN

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.



– Jeg hadde en konisering i fjor sommer, men jeg har fortsatt smerter etter sex. Det er som veldig kraftige menssmerter. Hvor lenge vil dette vare? Det er veldig slitsomt, og det er som regel en lett blødning etterpå også selv om jeg ikke har menses.

OLESYA SVARER:

– Du bør kontakte gynekolog angående dette, det er ikke uvanlig at man kan få lette blødninger etter konisering siden livmorhalsen er blitt kort, men smerter bør utredes.

SPØRSMÅL:

– På gynekologisk undersøkelse med ultralyd slet gynekologen med å finne begge eggstokkene mine. Den ene var synlig, men den andre kunne man knapt se. Jeg er i 40-årene og lurer på om det er slik at eggstokkene skrumpet inn dersom de ikke produserer egg lenger?

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. Gynekforeningen 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 SVARER:

– Eggstokkene kan være vanskelig å finne på ultralyd, de pleier å minke i størrelse med alderen. Det er ingenting å bekymre seg over, det viktigste er at det ble ikke funnet noe galt i eggstokkene dine.

SPØRSMÅL:

– Jeg fikk livmorhalskreft i fjor og har gjennomgått behandling med cellegift og stråleterapi. Det ser ut som det har gått bra, men jeg sliter med redsel for HPV. Selv om legene sier at kreften er borte er jeg redd for å bli smittet med HPV av mannen min, og at jeg da kan få kreft igjen. Vil eventuelt HPV-vaksinen hjelpe?

OLESYA SVARER:

Du trenger ikke å være redd for HPV, du er allerede smittet og viruset forsvinner ikke av strålingen, det er celleforandringer og kreftceller som forsvinner. Jeg pleier ikke å anbefale å vaksinere seg etter kreftbehandling, men enkelte kollegaer mener at man kan gjøre det for å forhindre smitte med andre typer HPV-virus eller for å booste immunapparatet; imidlertid har vi for lite vitenskapelig grunnlag til å anbefale det. Det som er viktig for deg nå etter at du er ferdig med kreftbehandling, er å leve normalt og å ha bra samliv med mannen din. Det er ikke mannen din eller ditt sexliv som var årsak til kreften.

SPØRSMÅL:

– Jeg hadde eggstokkreft i 2009 og ble operert. Nå de siste årene har jeg hatt mye verking i føtter og spesielt

tær, samt at jeg hovner opp rundt anklene. Kan dette være senskader etter min kreftoperasjon?

OLESYA SVARER:

– Man kan utvikle nevropati på grunn av kjemoterapi, den pleier å bli bedre med årene så jeg tror ikke at plagene dine skyldes behandlingen for eggstokkreft. Du bør kontakte fastlegen din for å finne ut av det.

SPØRSMÅL:

– For to år siden ble jeg operert og fikk cellegift for lavgradig serøs carsinom. Jeg savner en forklaring på hva dette egentlig er, er dette en mindre aggressiv type enn høygradig? Hvordan er prognosen for min type kreft?

OLESYA SVARER:

– Jeg anbefaler deg å kontakte din behandlende lege for å få en forklaring på din krefttype. Lavgradige svulster pleier å vokse sakte og man kan leve med sykdommen i flere år hvis man får riktig vedlikeholdsbehandling.

SPØRSMÅL:

– Kan jeg sette inn spiral selv om jeg har fått påvist celleforandringer?

OLESYA SVARER:

– Jeg tenker at hvis celleforandringene var lette hos deg og du er blitt kvitt det, er det ingenting i veien for å sette inn spiral. Hvis fastlegen din er usikker kan du be om å bli henvist til gynekolog for vurdering.

KUNNSKAPSDAGER 21.-23. APRIL

Sett av tid til kunnskapsdager

Merk av 21. til 23. april 2023 allerede nå. Da inviterer Gynkreftforeningen sine medlemmer til landsmøte og kunnskapsdager på Bystranda hotell i Kristiansand.

Programmet er under utarbeidelse, men vi har allerede temaene på plass, og vi kan love en lærerik og sosialt hyggelig helg.

Kunnskapsdagene arrangeres i forlengelsen av Gynkreftforeningens landsmøte, og hovedstyret har besluttet at det formelle landsmøtet gjennomføres fredag 21. april 2023 fra klokken 18.00–20.00 (se egen sak), og så starte Kunnskapsdagene på fredag kveld med felles middag.

Påmelding på nettsiden

Påmeldingen til Kunnskapsdagene vil du finne på Gynkreftforeningens nettside. Påmeldingen legges ut så

fort det faglige programmet er klart, og er forventet å være i begynnelsen av januar. Det vil bli informert om dette på Gynkreftforeningens nettside og Facebookside.

Gynkreftforeningen kommer til å sponse en del av arrangementet så deltakerne må betale en egenandel på 1 000 kroner. Inkludert i dette vil være opphold på hotell fra fredag til søndag med fullpensjon samt det faglige programmet.

For deltakere som har ekstra høye reiseutgifter vil Gynkreftforeningen tilby en kompensasjonsordning. Alle medlemmer som har reisekostnader ut over 1500 kroner knyttet til offentlig transport vil få dekket utgifter med inntil 1500 kroner.

Det vil være mulig å delta kun på det faglige programmet på lørdag og søndag. Da vil egenandelen være 500 kroner som også inkluderer lunsj begge dagene.

LANDSMØTE, KL 18.00, 21. APRIL

Gynkreftforeningen vil avholde sitt neste ordinære landsmøte før Kunnskapsdagene starter – altså på fredag den 21. april 2023 kl 1800. Landsmøtet er organisasjonens øverste myndighet. Alle som er medlemmer av foreningen, og som har betalt årskontingenten for inneværende år, kan være delegat til landsmøtet med stemme-, tale og forslagsrett.

Fristen for å sende inn forslag som medlemmer ønsker å få behandlet på landsmøtet, er 10. mars 2023. Forslaget må sendes skriftlig til sekretariatet enten via epost kontakt@gynkreftforeningen.no eller via post til Gynkreftforeningen, Rosenkrantzgt 7, 0159 OSLO.

Det vil også være mulig å delta på landsmøtet elektronisk. Gi i så fall beskjed til sekretariatet om du ønsker det.

Landsmøtet skal også velge nye styremedlemmer til foreningens hovedstyre. En valgkomite jobber med å fremme en innstilling, og medlemmer som enten selv ønsker å stille til valg eller har forslag til kandidater kan sende disse til valgkomiteen ved Elisabeth Tronstad på elisabeth.kvam.tronstad@outlook.com eller telefon 90 68 35 55.

ANNONSE



Gentesting er fremtiden innen kreftbehandling

Ring 22 54 11 78 for en uforpliktende samtale

Direkte til legespesialist!

Aleris er Norges ledende private helseforetak med et landsdekkende tilbud av sykehus og medisinske sentre. Du kan få time på dagen – og trenger ikke henvisning. Les mer på aleris.no

Medisinsk ansvarlig: Naeem Zahid



LOKALNYTT

Stavanger og omegn lokallag



I høst har lokallagsleder Tone Nikolaisen fortalt sin pasienthistorie og informert om foreningen for Stavanger Universitets-sykehus (SUS) sin elevsamling sammen med flere andre foreninger via FFO.

Lokallaget har også vært innom på SUS for å fylle på brosjyrer og annet materiale – tilbakemeldingene er svært gode, ikke minst på foreningens nye sløyfe!

I midten av november inviterte lokallaget til julebord på Gamlaværket i Sandnes. Tiden blir alltid knapp når damene møtes og alle ser frem til neste års årsmøte og medlemssamling. Invitasjon kommer.

Stavanger lokallag har dessverre mistet sitt ene styremedlem Grete Bekkelund. Vi var innom med den mest fargerike buketten til vår mest fargerike dame da hun lå på palliativ avdeling kort tid før hun døde. Hun var med på å starte opp igjen vår lille avdeling i Stavanger og har betydd utrolig mye for oss i foreningen. Grete vil bli dypt savnet og våre tanker går til hennes nærmeste.

Hilsen styret i lokallaget

Tromsø lokallag



Lokallaget hadde julebord på Egon i slutten av november. Her møttes en fin gjeng med medlemmer og noen pårørende. Det ble servert god julemat og alle fikk en liten gave. Lokallagsleder Marte fortalte litt om aktivitetene for våren 2023. Det blir aktivitet i forbindelse med kjenn etter og lansering av lilla sløyfe i januar. Ellers blir det årsmøte og et medlemsmøte med tema om trening etter kreftbehandlingen, i regi av pusterommet på UNN.

Vi ønsker alle våre medlemmer en god jul og godt nyttår!

Harstad og omegn

September er den travleste måneden i året for oss i Harstad. Da benytter vi sjansen til å markere #sjekkdeg og øke fokuset på livmorhalskreft. I år fikk vi med oss tre legesentre til å holde kveldsåpent for å gi kvinner mulighet til å ta celleprøve. Ved hjelp av mange gode samarbeidspartnere laget vi gaveposer som vi delte ut til de flinke damene. Totalt ga vi ut over 60 gaveposer.

Vi hadde også stand på Sjøkanten senter lørdag 24. september for å øke fokuset på celleprøver, livmorhalskreft og Gynkreftforeningen. I oktober hadde vi også medlemsmøte på Bakerinnen i Harstad, der vi samlet nye og gamle medlemmer til et bli-kjentreff. Dette var veldig hyggelig, og praten gikk helt til stengetid!

9. november var vi invitert til Kreftforeningens Temakafe for å fortelle om Gynkreftforeningen, lokallaget og gjøre gynekologisk kreft mer kjent. Og dagen etter, arrangerte vi medlemsmøte med 15 flotte damer. En travel høst blir avsluttet med julebord for medlemmene på 18. desember på Trondenes Historiske senter.

Hilsen styret i lokallaget



Østfold lokallag



I september inviterte lokallaget Brystkreftforeningen i Moss og Brystkreftforeningen i Indre Østfold til vårt medlemsmøte på Senior-senteret i Råde. Her hadde vi besøk av sexologene Ragnhild Nødtveit og June Thalberg som holdt foredrag om «sex etter kreftsykdom». Dette ble et lærerikt og interessant møte, med gode diskusjoner.

I oktober inviterte medlemmene til motevisningen til Linnea Shop. Tutt Gunnesen, kasserer, var en av de flotte modellene som presenterte et stort utvalg flotte antrekk.

I oktober var også lokallaget på tur til Oksenøya i Råde, hvor fem damer gikk en flott tur på én mil. Fra februar planlegger lokallaget å starte opp igjen med regelmessige månedsturer – mer info kommer.

I høst har lokallaget vært invitert med inn i et samarbeid mellom Sarpsborg kommune, og Norske Kvinners Sanitetsforening, Skjeberg. Prosjekt Kvinnehelse er en satsning for å få innvandrerkvinner til å ta celleprøve og dele informasjon om prevensjon og familieplanlegging.

I oktober møtte 60 innvandrerkvinner, i alle aldre, på St. Marie læresenter i Sarpsborg. Gynekolog Alice Moræus holdt først et foredrag om livmorhalskreft og viktigheten av å sjekke seg. Fra Gynkreftforeningen holdt Beate Steen Nilsen et foredrag om sin historie om livmorhalskreft.

Til slutt var det mulig å få bestilt time til celleprøve hos jordmødrene.

Dette var et veldig vellykket prosjekt, og det satset på en viderføres av prosjektet neste år.

Hilsen styret i lokallaget

Bergen og omegn

I september var lokallaget på en flott byvandring der Bergen by viste seg fra sin beste side.

Lokallaget har god dialog med KK på Haukeland. Vi har vært og delt ut foreningens nett med brosjyrer som blir gitt ut til nydiagnostiserte. Lokallaget var også på plass og delte ut brosjyrer til Kvinnehelsedagene som ble arrangert i Bergen 26.–29. sept.

I begynnelsen av november var Lillian og Vibeke fra styret med på Regional samling i regi av Kreftforeningen. Seneffekter etter kreft og likepersontjeneste var blant temaene. Slike samlinger er også gode arenaer for nettverksbygging.

1. desember arrangerte vi julesamling med foredrag «Pakkeforløp hjem» med kreftkoordinator i Askøy kommune, Tone Steinfeldt, i Kreftforeningen sine lokaler. Leder av lokallaget, Vibeke Øvrebø har deltatt i arbeidsgruppen «Pakkeforløp hjem i Askøy kommune».

Hilsen styret i lokallaget



Trøndelag lokallag

Siden sist har lokallaget hatt medlemsmøte og fått mange og gode innspill på hva våre medlemmer ønsker å bruke møtene til. To representanter fra styret i lokallaget deltok på informasjonsmøte for nydiagnostiserte og vi har deltatt på Lærings- og mestringskurs om gynekologisk kreft, begge deler ved St. Olavs Hospital. Styret i lokallaget ser frem til å møte medlemmene på julebord 14. desember på Egon Søndre i Trondheim.

Hilsen styret i lokallaget



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-ADVT-200001

GlaxoSmithKline AS
Drammensveien 288
0283 OSLO

www.gsk.no

Hvem bør ta HPV-vaksinen?

Er det nødvendig å vaksinere seg dersom du har hatt livmorhalskreft? Bør du ta vaksinen dersom du har fått påvist HPV-infeksjon eller celleforandringer? Mange har spørsmål rundt HPV-vaksinen, vi har tatt en prat med Sveinung Wergeland Sørbye, en av Norges fremste eksperter på HPV og forfatter av boken «Alt om HPV».



HPV-ekspert! Sveinung Wergeland Sørbye, overlege ved UNN.

Wergeland Sørbye jobber som overlege ved avdeling for klinisk patologi, Universitetssykehuset Nord-Norge, og har gjennom mange år delt kunnskap om HPV og engasjert seg for at nordmenn skal få tilgang til best mulig HPV-vaksine.

Tilgjengelige vaksiner

I Norge er det to tilgjengelige vaksiner per i dag. Den eneste HPV-vaksinen som selges i apotek er Gardasil 9.

– Denne vaksinen dekker ni ulike HPV-typer som er årsak til 90 prosent av alle tilfeller av kjønnsvorter og 90 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft. Cervarix er vaksinen som gis til gutter og jenter i syvende klasse, denne beskytter ikke mot kjønnsvorter, men dekker to HPV-typer, HPV 16 og 18. Disse to HPV-typene er årsak til 70 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft, forklarer Wergeland Sørbye.

Hvem bør ta vaksinen?

HPV-eksperten er svært tydelig når det kommer til spørsmål om hvem som bør ta HPV-vaksinen.

– Alle bør ta Gardasil 9. De som har fått HPV-vaksinen Cervarix kan ta en dose Gardasil 9 for å få bedre beskyttelse. Alle kan ta vaksine uavhengig om de har en pågående HPV-infeksjon eller ikke, og uavhengig om de har pågående celleforandringer eller ikke. Men alle med positiv HPV-test eller unormal celleprøve må følges opp frem til HPV-testen er negativ og celleprøven er normal uavhengig av om de har tatt HPV-vaksine eller ikke. I tillegg til livmorhalskreft er HPV årsak til kreft i vagina, vulva, anus, munnhule og svelg.

Hvorfor er det viktig å vaksinere seg når man har hatt livmorhalskreft?

– Kvinner som er behandlet for livmorhalskreft har økt risiko for andre typer kreft som skyldes HPV. Hvis man har hatt HPV i livmorhalsen er det økt risiko for at man også har HPV i andre slimhinner.

Fakta om HPV

Humant papillomavirus (HPV) er en virusgruppe som består av mer enn 200 ulike typer virus. Cirka 40 av disse smitter ved seksuell kontakt. Hvis man ser bort fra livmorhalskreft, er det estimert at det er omtrent 200 tilfeller med HPV-relatert kreft årlig, hvorav cirka 100 tilfeller hos menn.

Det er 6,5 prosent av kvinner i alderen 34–69 år som har en pågå-

ende HPV-infeksjon og dermed positiv HPV-test når de deltar i Livmorhalsprogrammet. HPV type 16 og 18 utgjør 25 prosent av alle HPV-infeksjoner, men er årsak til 70 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft. HPV type 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58 er til sammen årsak til 90 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft.

Fakta om Gardasil 9



Gardasil 9 dekker HPV-typer 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58.

HPV-type 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58 er til sammen årsak til 90 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft. Vaksinen dekker ni ulike HPV-typer som er årsak til 90 prosent av alle tilfeller av kjønnsvorter.

Ingen øvre aldersgrense for vaksinasjon

HPV-vaksinen er godkjent fra 9 år. I Norge gis altså HPV-vaksinen til gutter og jenter i syvende klasse som en del av barnevaksinasjonsprogrammet. Men hva med kvinner over 40 år – bør de ta vaksinen?

– Studier med kvinner opp til 45 år viser god forebyggende effekt av HPV-vaksinen. Det er vist god immunrespons hos 55 år gamle kvinner. Det er ingen øvre aldersgrense, men jo eldre man er, desto færre forventede gjenværende leveår, og det blir mindre kostnads-effektivt å ta vaksine. Siden det vanligvis tar minst 10–15 år fra HPV-smitte til utvikling av kreft, er det mindre aktuelt å gi vaksine til en person med forventet gjenværende levetid på mindre enn 10–15 år, forklarer Wergeland Sørbye.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: PRIVAT



Gardasil vs Cervarix

Siden 2009 har jenter i syvende klasse fått tilbud om vaksinerings med Gardasil, men i 2017 byttet FHI til vaksinen Cervarix. Høsten 2018 fikk også gutter i syvende klasse tilbud om vaksinerings. Norge skiller seg ut, de fleste land som tilbyr HPV-vaksinerings i barnevaksinasjonsprogrammet, har valgt Gardasil. Protestene mot valget av Cervarix har vært store, men fem år senere har FHI fortsatt ikke gått tilbake på sin avgjørelse. Et av argumentene FHI trekker frem er at beskyttelse mot kjønnsvorter blir vektet mindre enn beskyttelse mot kreft, og de mener at de to vaksinene er helt like i beskyttelse mot kreft.

– Når man ser på hva denne vaksinen faktisk beskytter mot, så ser vi at Cervarix beskytter i veldig stor grad

mot de HPV-typene som kan gi kreft i Norge, sa leder for barnevaksinasjonsprogrammet i FHI, Margrethe Greve-Isdahl til NRK 19.10.2021.

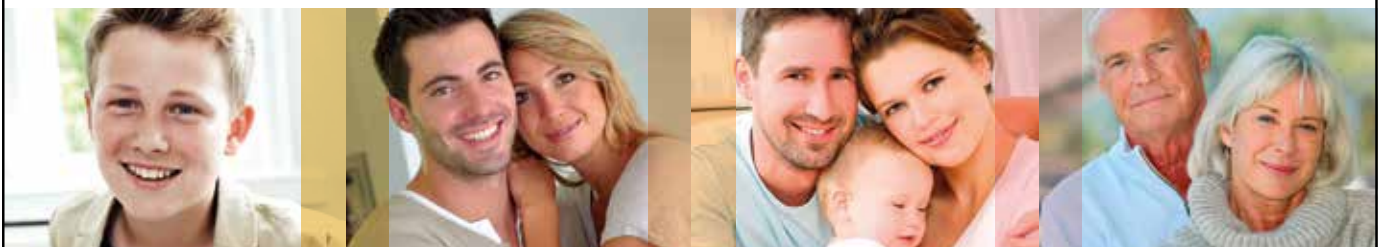
Cervarix beskytter altså mot to HPV-typer, som står for 70 prosent av livmorhalskrefttilfellene, mens Gardasil beskytter mot syv HPV-typer, som står for 90 prosent av tilfellene av livmorhalskreft. Store deler av fagmiljøet er uenige i valget FHI har tatt, deriblant Norsk gynekologisk forening.

I 2021 hadde vaksineringsen en dekningsgrad på over 90 prosent. Slik programmet med screening og vaksinerings er i dag, vil Norge være nede i under 4 per 100 000 tilfeller med livmorhalskreft i 2039.

ANNONSE



INVENTING FOR LIFE



MSD (Norge) AS, Pb. 1579 Vika, 0118 Oslo. Tel: 32 20 73 00, Fax: 32 20 73 10
Copyright 2022 MSD (Norge) AS. All rights reserved. NO-NON-00223 02/21

Rik på erfaringer

– Det burde være like viktig å informere om likepersontjenesten, som å opplyse om ettervirkninger av behandling, mener Eli Flom. Som likeperson sitter hun på mye verdifull erfaring, hun håper flere kan få nytte av.

Eli Flom skulle ønske flere tok kontakt med henne. Hun har mye erfaring å by på som likeperson, men mistenker at det svikter litt i form av mangel på informasjonen til de som kunne hatt nytte av det.

– Jeg lurer for eksempel på om Radiumhospitalet opplyser om at det finnes noe som heter likepersontjenesten, når pasienter blir skrevet ut herfra? Jeg vet ikke om de er så ivrige på det, men det burde jo være obligatorisk! Det burde være like viktig som når de informerer om ettervirkning av behandlingen pasienten har gått igjennom. I ettertid kan det være vanskelig å få tak i en lege hvis man får problemer, men det er lett å få tak i en likeperson, påpeker Flom.

– Hvorfor er det så verdifullt å snakke med en likeperson?

– De nærmeste har ikke vært igjennom det vi har vært igjennom. Jeg har selv en kreftshistorie 30 år tilbake i tid, og har fortsatt kontakt med en person fra denne tiden. Når vi virkelig har behov for å klage, ringer vi til hverandre. Dine nærmeste vil så gjerne være der for deg, men de kan bli trette av å høre på

de samme klagene om igjen. Da trenger man noen som ikke har et så personlig forhold til deg og som vet hva du går igjennom.

Flom trekker frem at det er tiden etter behandling det ofte føles mest prekært å snakke med noen. Selv følte hun seg veldig ensom, som om alle rundt henne befant seg i en annen verden.

– Det er ofte da problemene virkelig starter. Man har vært i krigen og motivert seg veldig for å komme gjennom behandlingen, og plutselig føler man seg overlatt til seg selv og egne tanker, plager og bekymringer. Å diskutere

“

Jeg har vært i trykkammer tre ganger, og kan trolig fortelle mye mer om det enn en sykehusansatt.

seksualitet med mannen sin kan være vanskelig, mens det å få tips fra folk som har vært igjennom noe lignende, kan ha stor verdi. Kanskje tipser de om hvor man kan få annen type hjelp. Jeg har selv vært i trykkammer tre ganger, det er noe mange ikke vet om, men som jeg har erfaring fra og kan fortelle masse om. Trolig mye mer enn en sykehusansatt.



– Det er viktig å huske at den som tar kontakt med deg er hovedpersonen, sier likeperson Eli Flom.

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

– At du er flink til å lytte og ikke blir for dominerende. Den som tar kontakt med deg er hovedpersonen, det er deres behov som skal stå i fokus. Spør de deg direkte om din egen erfaring, kan man komme med det – men unngå å komme inn på medisinske spørsmål. Det er viktig å kjenne sin begrensning, som likeperson bør man være flink til å se når og hvor man skal henvise til.

TEKST: KJERSTI JUUL
FOTO: EDDY GRØNSET

ADRESSER OG TELEFONNUMMER TIL TILLITSVALGTE OG LIKEPERSONER

STYRET

| | | | |
|---|-----------------------|--------------------------------|-------------|
| Leder | Siri Berg | siri@gynkreftforeningen.no | 91 15 20 36 |
| Nestleder og lokallagsansvarlig | Jorun Nilsen Stallemo | Jorun@stallemo.com | 97 54 42 85 |
| Medlem | 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 |
| Varamedlem | Tone Nikolaisen | tone78@gmail.com | 90 08 02 68 |
| Varamedlem | May Sletten | slettanm@gmail.com | 41 37 37 13 |
| Varamedlem | Ingunn Langeland | Ingunn.langeland@kvamnet.no | 41 22 82 92 |

LOKALLAG

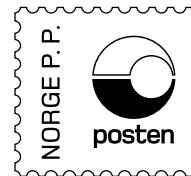
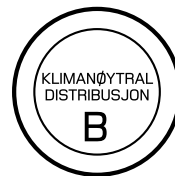
| | | | |
|----------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------|
| Agder lokallag | Jorun Nilsen Stallemo | agder@gynkreftforeningen.no | 97 54 42 85 |
| Bergen og omegn | Vibeke Øvrebø | bergen@gynkreftforeningen.no | 41 65 23 17 |
| Harstad og omegn | Mette Dischington | mette77dj@gmail.com | 95 46 70 60 |
| Møre og Romsdal | | moreogromsdal@gynkreftforeningen.no | |
| 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 |
| Tromsø | Marte Engevik | marte.engevik@gmail.com | 92 84 18 92 |
| Trøndelag | Ingerd Sandvik | ingerd-s@online.no | 90 29 97 08 |
| Stavanger og omegn | Tone Nikolaisen | stavanger@gynkreftforeningen.no | 90 08 02 68 |
| Østfold | Eva Anita Kantor | anitakan@online.no | 93 03 86 02 |

LIKEPERSONER

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------|
| 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 |
| Lisbeth Westergren | 4820 Froland | Agder | Lisbeth.Westergren64@gmail.com | 47 02 64 90 |
| Jorunn Nilsen Stallemo | 4514 Mandal | Agder | Jorun@stallemo.com | 97 54 42 85 |
| Wenche Jæger | 5227 Nesttun | Bergen og omegn | w-jaeger@online.no | 90 23 77 52 |
| Hege Brekkvassmo | 3300 Hokksund | Buskerud | brekkvassmo@gmail.com | 93 22 11 11 |
| Lillian Lunde | 2387 Brumunddal | Hedmark | lillfje@online.no | 97 17 58 14 |
| Laila Fredhjem | 2422 Nybergsgund | Hedmark | lfredhje@bbnett.no | 62 45 33 70 |
| 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 |
| Mette Marie Ege | 1177 Oslo | Oslo/Akershus | mette.m.ege@gmail.com | 97 52 55 53 |
| 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 |
| 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 |
| Christina Hassel | 0564 Oslo | Oslo/Akershus | hassel.christina1@gmail.com | 47 61 31 99 |
| Inger Klevstrand | 0165 Oslo | Oslo/Akershus | inger.e.klevstrand@gmail.com | 61 25 06 33 |
| Lan Kim Khuu | 1051 Oslo | Oslo/Akershus | Lanki@online.no | 91 12 22 23 |
| Kim Hong Khuu | 0672 Oslo | Oslo/Akershus | kimbonty@hotmail.com | 95 75 54 58 |
| Sandra Zagheri | 1481 Hagan | Oslo/Akershus | sandrazagheri@gmail.com | 94 10 57 58 |
| Janniche Jensen Kolbergstrud | 1389 Heggedal | Oslo/Akershus | jkolbergstrud@gmail.com | 97 65 07 29 |
| Lene Østlien | 2830 Raufoss | Oppland | super_tante_19@hotmail.com | 97 43 32 67 |
| Ingunn K. Leikanger | 6080 Herøy | Møre og Romsdal | ik-leik@outlook.com | 95 79 56 37 |
| 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 |
| Anne Lene Heldal | 3740 Skien | Telemark | Anne.Lene.Heldal@skien.kommune.no | 99 25 88 01 |
| 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 |
| 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 |
| Elisabeth Tronstad | 7713 Steinkjer | Trøndelag | elisabeth.kvam.tronstad@outlook.com | 90 68 35 55 |
| Siri Berg | 7021 Trøndelag | Trøndelag | siriberg48@gmail.com | 91 15 20 36 |
| Eva Kantor | 1679 Kråkerøy | Østfold | anitakan@online.no | 93 03 86 02 |
| 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 |
| Sissel Orhaug | 1613 Fredrikstad | Østfold | sisseorh@online.no | 90 07 65 28 |

LIKEPERSONER MED BAKGRUNN SOM PÅRØRENDE

| | | | | |
|------------------------|----------------|---------|-------------------------------|-------------|
| Charlotte W. Knudsen | 4824 Arendal | Agder | charlotte-knudsen@hotmail.com | 46 54 55 50 |
| Elin Harriet Eilertsen | 1653 Sellebakk | Østfold | elin-harriet@hotmail.com | 92 06 43 08 |



Returadresse
Gynkreftforeningen
Rosenkranz' gate 7
0159 Oslo

Kan redusere risiko for å bli alvorlig syk av covid

Det er nå flere antivirale medisiner på markedet som skal redusere risiko for alvorlig sykdom og død hos pasienter med covid-19. Paxlovid ser ut til å bli medisinen som blir mest aktuell, denne medisinen ble tilgjengelig for pasienter i Norge 8. desember.

Felles for disse antivirale medisinene som kommer er at de må tas tidlig i forløpet, senest innen fem dager etter man får de første symptomene fordi virusformeringen så og si stopper på dette punktet ved normalt sykdomsforløp.

Per i dag er det tre antivirale medisiner som er aktuelle for Norge, Remdesivir, Molnupiravir og Paxlovid.

PAXLOVID – MEST AKTUELT

Paxlovid er Pfizer sitt antivirale medikament, som tas i tablettform. Dette medikamentet har Helsedirektoratet forhåndsbestilt 41 000 doser av og er den medisinen som er mest aktuelt å ta i bruk her i landet. Helsedirektoratet opplyser om at Paxlovid primært vil bli benyttet til å behandle covid-19 utenfor sykehus og distribueres via apotek.

Medikamentet fungerer ved at virke-stoffet hemmer covid-viruset fra å fortsette å formere seg. Fordi viruset formere seg raskest i starten av sykdomsforløpet er det viktig å komme raskt i gang med behandling. Studier har vist at dette antivirale legemiddelet som tas i tablettform, reduserer risikoen for innleggelse og død ved covid-19 sykdom.

– I Norge vil Paxlovid trolig først og fremst være aktuelt for pasienter med sykehistorie under fem dager og som har økt risiko for alvorlig forløp; hos eldre pasienter over 65 år, hos pasienter med immunsvikt, som for eksempel kreftpasienter som mottar immundempende behandling, eller hvis man har flere tilleggssykdommer, som for eksempel diabetes, overvekt, kronisk nyresvikt og hjertesvikt. Medisinen vil særlig være aktuell hvis man er uvaksinert eller har hatt dårlig effekt av covid-19 vaksiner, forklarer Lars Heggelund, spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer, og overlege ved medisinsk avdeling og forskningssjef ved Drammen sykehus.

PAXLOVID FOR GYNKREFT-PASIENTER

– Det er ingen særskilte indikasjoner for pasienter med gynekologisk kreftsykdom, men en del pasienter mottar cellegift som svekker immunforsvaret og disse pasienter vil være aktuelle kandidater. Immunterapi som reduserer bremsemekanismer i immunforsvaret utgjør logisk sett neppe en spesifikk tilleggsrisiko, men effekt-dokumentasjonen hos slike pasient-



Lars Heggelund, spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer, og overlege ved medisinsk avdeling og forskningssjef ved Drammen sykehus.

grupper mangler, sier Heggelund.

Kliniske studier har vist liten risiko for bivirkninger ved bruk av dette medikamentet, men et av virkestoffene i Paxlovid, ritonavir, hemmer og påvirker nedbrytningen av legemidler, dette kan føre til at andre konsentrasjonen av andre legemidler økes eller senkes.

– Paxlovid inneholder to legemidler med risiko for interaksjoner med en lang rekke legemidler og naturpreparater. Ved forskrivning av Paxlovid er det spesielt viktig at pasienten opplyser om alle legemidler samt eventuelt naturpreparater vedkommende benytter og at legen sjekker med et interaksjonsverktøy, sier Heggelund.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: VESTRE VIKEN