

AFR ODI TE

NR 3 / 2020 – 19. ÅRGANG

Utredning om kvinnehelse side 06

Følg våre webinarer side 08

Ta vare på hverdagsrutinene side 16

 gynkreftforeningen



Tvers over Norge for gynkreftsaken

side 5

KALENDEREN

Slik har kalenderen for Gynkreftforeningen sett ut det siste kvartalet:

19. aug

Nestleder Siw Kristin Haugseth deltok i digitalt møte i brukerpanel med Institutt for kreftgenetikk og informatikk ved OUS.

20. aug

Samarbeidsmøte Kreftforeningen og flere pasientforeninger angående Verdens kreftdag.

25. aug

Hovedstyremøte i Gynkreftforeningen.

3. sept

Nestleder Siw Kristin Haugseth i møte med Kreftforeningen.

3. sept

To webinarer ble arrangert denne dagen. Først et om eggstokkreft og deretter et med tema pårørende.

8. sept

Leder Jeanette Hoel i arbeidsmøte i forbindelse med Verdens kreftdag.

9. sept

To webinarer ble også arrangert denne dagen. Første webinar hadde lymfødem som tema og det andre palliativ omsorg.

21.sept

Leder Jeanette Hoel og sekretariatet i samarbeidsmøte med legemiddelselskapet GSK.

23.sept

Leder Jeanette Hoel i samarbeidsmøte med ALS-representant om klinisk forskning og individuell oppfølging.

25.sept

Representanter fra hovedstyret i arbeidsmøte med Kreftforeningen.

30.sept

Leder og nestleder bidro under innspilling av ny «treningsvideo» som Gynkreftforeningen skal lansere.

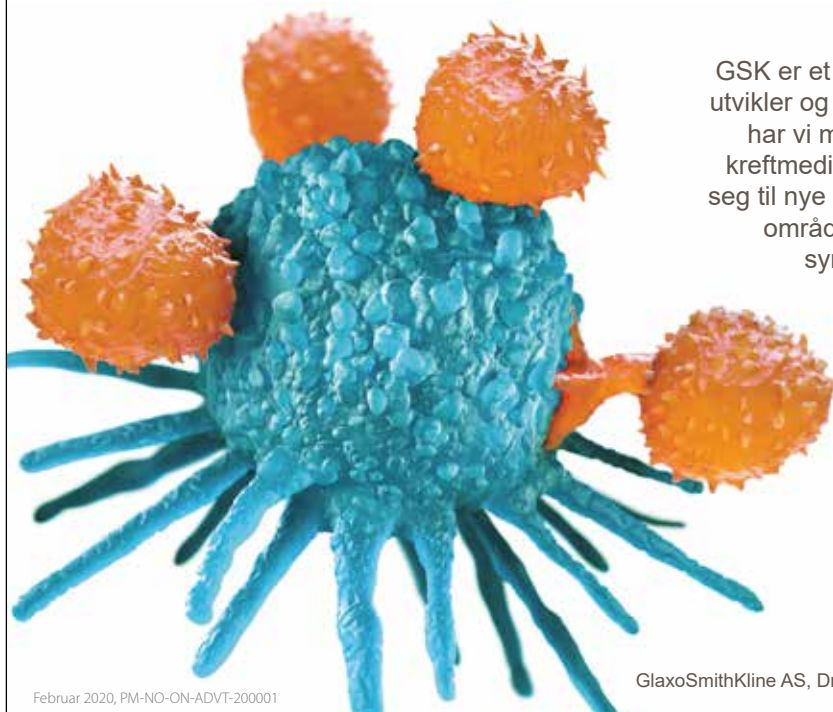
30.sept

Nestleder Siw Kristin Haugseth deltok, sammen med Jeanette Hoel, på samarbeidsmøte med Kreftforeningen.

1.-3.okt

Leder Jeanette Hoel og hovedstyremedlem, Tonje Bjerkelund, reiste til Stad for å ta imot gutta fra Norge på tvers. Her bidro de begge med å promotere foreningen og nettverksbygging.

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 behandlingstilsetninger 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

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: Jeanette Hoel

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

Kjære leser



Jeg inviterer til en idedugnad! Jeg vet at det dessverre sitter mange kreframmede sammen med sine nærmeste isolert om dagen, på grunn av Covid-19. Jeg vet at dette for mange skaper både frustrasjon og savn etter det sosiale liv.

Jeg vet at det påvirker livskvaliteten. Jeg har selv nære relasjoner med alvorlig sykdom og ser hvordan isolasjonen påvirker.

I sommer skulle egentlig familien min gjenoppta gode ferieminner fra vi barna var små. Mamma, pappa, søster og jeg hadde bestilt en ukes opphold i Danmark. Vi gledet oss veldig, men måtte avlyse turen på grunn av Covid-19.

Mamma og pappa ble besteforeldre for to år siden, og jeg tante. Hjemme har de en egen lekekasse til godjenta som trekkes frem, hver gang hun kommer på besøk. Denne kassen har stått urørt i lang tid. Barnebarnet kan de bare møte på avstand.

Hvorfor forteller jeg dere dette? Jo, fordi jeg vet at det er mange som er i samme situasjon som min familie. Og i denne utgaven av Afrodite vil dere også få lese om Grete Brøymer som har måttet isolere seg sammen med mannen sin på grunn av smitterisiko.

Jeg har et stort ønske om at Gynkreftforeningen kan tilby noe positivt i hverdagen til mange av de det gjelder. Vi er i gang med webinarer, vi har flotte likepersoner som gjerne stiller opp med den gode samtalen og som vil lytte. Vi har facebooksider, vi har Instagram. Men jeg vil så gjerne at foreningen skal tilby noe mer. Kanskje vi kan tilrettelegge for sosiale møteplasser digitalt, kanskje arrangere felles digitale middager, hvor hver gjest sitter på hvert sitt kjøkkenbord, men allikevel kan prate i sammen uten at det føles som en stor avstand? Eller hva med quizkvelder med ulike lag? Alt må foregå digitalt og blir selvsagt ikke det samme som å møtes fysisk. Men jeg har tro på at det allikevel vil kunne gi et positivt løft for de som lever isolert. Og ikke minst, skape sosiale nettverk.

Så med dette, kjære leser, i denne utgaven av lederen inviterer jeg deg til å komme med innspill eller ideer, slik at vi sammen kan skape en bedre hverdag for så mange.

Mange hilsener fra

Jeanette Hoel,
leder i Gynkreftforeningen

Innspill kan sendes til epost:
kontakt@gynkreftforeningen.no

Dette nummeret

- 04 Norge på tvers
- 06 NOU om kvinnehelse
- 08 Vil ha mer forskning på eggstokkreft
- 10 Lymfødembehandling
- 12 Palliativ livshjelp
- 14 Nytt fra lokallagene
- 16 Korona: Ta vara på hverdagsrutinene
- 18 Arv og testamente
- 20 Ekspertpanelet
- 22 Våre likepersoner
- 24 Viktig medisingodkjenning



LUKKEDE DISKUSJONSFORUM

Gynkreftforeningen har opprettet lukkede diskusjonsforum 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

Norge på tvers for gynkreftsaken

I august startet Simen Bækken og Jan-Kåre Heiberg på en tur på 727 km sammen med 20 hunder. Norge på tvers var målet, og starten gikk fra svenskegrensa øst for Femund og endte på Stadlandet 2. oktober. Underveis på turen har de samlet tusenvis av følgere, og de har frontet sine hjertesaker som er forebygging og tidlig oppdagelse av gynkreft og mental helse.

Vi sa da vi startet på turen at vi var to gutter som dro ut på tur. Hvis vi greide dette skulle vi kunne kalle oss karer. Nå er vi to karer, og erfaringene underveis har fått oss til å vokse og bearbeide mange av de tunge tankene vi har båret på. For meg var deltakelsen i Gynkreftforeningens webinar om pårørende, som jeg deltok i fra et telt i fjellheimen midtveis i løpet, også et lite vendepunkt. Jeg fortalte min historie om livet med min kone Marthe, hennes sykdomsforløp med livmorhalskreft og hvordan jeg taklet det å bli enkemann like før jul. På en måte var det en bearbeiding som var god for meg også, samtidig som jeg fikk veldig mange gode tilbakemeldinger i etterkant, sier Jan-Kåre.

Fantastisk engasjement

De to karene driver begge med hundekjøring og bestemte seg tidlig i vår for at



Fra innland via fjell til kyst.

de ville dra på en utfordrende sommertur.

At vi skulle kjøre for en sak var vår felles ide. Da ble det selvfølgelig Gynkreftforeningen og Mental helse vi valgte fordi vi har et engasjement der hver for oss. Det har vært en god kombinasjon for å få oppmerksomhet.



Hvordan greide dere å få så mye oppmerksomhet?

Vi opprettet en Facebookgruppe i april og dro i august. Det var 5000 som fulgte den da vi dro. Så har det bare ballet på seg. Vi har kjørt livesendinger på Facebook hver dag. Alt fra 5 000 til 40 000 har fulgt de ulike sendingene.

Jan-Kåre tror også at det har vært tema som har engasjerer.

– Alle kjenner noen med kreft og/eller mentale problemer. Så er det kanskje spesielt at det er to gutter som gjør det. Dette med dyr engasjerer også. Folk ser også hva dyrene gjør for meg og Simen. Vi har vært åpne om at vi må ha hjelp begge to, og har ikke vært redd for å vise følelser og grine litt på direkten.

Har solgt krus og T-skjorter

En slik tur lar seg ikke gjennomføre uten gode hjelpere. Søster til Jan Kåre, Eirin Heiberg, har vært en av de som har jobbet i kulissene. Hun har holdt styr på 14 valper hjemme på Gjøvik sammen med venneparet Jørgen og Ane som også er hundekjørere, men samtidig har hun sørget for at det har kommet inn inn-tekter til Gynkreftforeningen og Mental Helse gjennom salg av krus og T-skjorter med blant annet Gynkreftforeningens logo og kampanje #kjennetter på.

– Jeg og flere har veid, pakket og sendt ut og tatt imot betaling. Så langt har vi solgt for flere 100 000 kroner, og fortsatt kommer det inn bestillinger. Samtidig har vi vært oppdatert på turen og lagt ut bilder og tekst for dem når de har vært på steder hvor det har vært dårlig dekning, forteller hun.

Hun synes det er flott å gjøre dette, ikke minst fordi hun vet at det er i ånden til sin avdøde svigerinne.

– Vi vet at vi treffer mange. Det er litt tabu å prate om gynekologisk kreft. Når Jan Kåre sier at man må ta HPV-vaksinen og kjenne etter og gå til lege, så er det et viktig budskap. Vi vil ikke at andre skal oppleve det samme som Marthe og Jan Kåre opplevde. Vi gjør dette for Marthe sin del også, sier hun.

Stor festivitas i målområdet

Disse karene har reist Norge på tvers og frontet Gynkreftforeningens kampanje #kjennetter og satt ord på de psykiske utfordringer pårørende sitter igjen



Simen Bækken og Kan-Kåre Heiberg har gjennomført en fysisk krevende tur mens de samtidig har frontet viktige saker som gynekologisk kreft og psykisk helse. Da smakte det også godt med mat de ble påspandert underveis.

med etter sykdom og død. Underveis har de møtt folk som har stilt seg opp med flagg langs ruten. De har møtt næringsliv som har sponset dem med overnatting og hjelp, og de har samlet inn tusenvis av kroner til Gynkreftforeningen. Da måtte vi møte de og heie de frem de siste meterne over målstreken, sier Jeanette Hoel og Tonje Bjerkelund fra Gynkreftforeningens hovedstyre.

De syntes det var imponerende å se hvor stort engasjement turen har vakt lokalt.

– Vi snakket med mange av de fremmøtte og de syntes det var så flott at to menn frontet en sak som gynekologisk kreft, sier Jeanette Hoel og påpeker at de mange steder hadde flere som møtte opp enn hva NRK fikk til med sin sommerbil som kjørte rundt i Norge i sommer.

Hva nå

– Det har vært en strabasjos tur, men absolutt verdt det når vi nå er ferdig. Nå skal vi samle sammen bilder og filmer som er blitt tatt underveis, og vi jobber med å lage et foredrag som vi allerede har fått mange bestillinger på. Hvem vet, kanskje det blir et TV-program ut av det også, sier Jan Kåre som er klar for å stille opp for Gynkreftforeningen fremover også.

TEKST: EDDY GRØNSET



ENGASJERT ORDFØRER

Ordfører Alfred Bjørlo (V) i Stad startet sporenstreks sin private innsamling til Gynkreftforeningen på Facebook da han fikk høre om budskapet de to hundekjørerne hadde med seg.

– Som ordfører sto jeg på målstreken og feiret og gjorde stas på dem da de kom i mål etter sin ufattelige tur. Så da jeg hørte hva de hadde kjørt for, la jeg inn et facebook-innlegg den kvelden og startet en lokal innsamling til Gynkreftforeningen. Den har fått masse respons. Det jeg virkelig ønsket var å gi blest om sakene de jobbet for. Det er jo spesielt at det er to menn som gjør dette også.

Personlig har det også fått meg til å tenke at dette angår menn også. Vi skal prøve å være med videre også. Dette er en av de sykdommene som ikke alltid kommer lengst frem i bevisstheten til folk, og derfor er dette ekstra viktig, sier ordføreren.



Kvinnehelse på dagsordenen

Likestilling mellom kjønnene i forskning og helsetilbud er et tidligere uttalt mål for regjeringen. Nå skal behovet for ny og bedre kunnskap om kvinnehelse kartlegges.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie følger opp regjeringens seks løfter om bedre kvinnehelse som kom i vår, og den 31. august var ulike representanter fra helsetjenesten, forskere og organisasjoner invitert til et innspillmøte for en ny offentlig utredning (NOU). Målet med møtet var å identifisere nye områder med behov for mer kunnskap om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv.

– Det overordnede målet vårt er ny kunnskap for å lage et bedre helsetilbud for hele befolkningen uavhengig av kjønn, sa statsråden i sin innledning.

Gynekologisk kreft er et av områdene hvor regjeringen har lovet oppfølging i sin sekspunkters plan om bedre kvinnehelse. Punkt tre lover blant annet bedre kreftbehandling og en bedre gjennomføring av pakkeforløpet for brystkreft og gynekologi. I tillegg skal pakkeforløpet «kreftpasienter hjem» innføres. Dette skal sikre pasientene god oppfølging og hjelp når kreften er ferdig behandlet eller holdt i sjakk.

Gynkreftpasienter mangler ambassadører

Seksjonsoverlege ved Haukland Universitetssykehus og professor ved UiB, Line Bjørge, ønsket med sitt innlegg å rette fokus mot gynekologisk kreft spesielt.

– Gynekologisk kreft er en av de få helt kvinnespesifikke sykdomsgrupper og utgjør vel ti prosent av all kreftsykdom hos kvinner. Flere av våre sykdommer har svært høy dødelighet, sa Bjørge.

Hun poengterte at det å være gyne-

kologisk kreftpasient ikke er noe man flagger. Det gjør både behandlere og pasienter lite synlig, slik at det er mangel på ambassadører for denne type kreft og kreftbehandling.

– Dette til tross, pasientene vil leve lengst mulig, og de vil leve best mulig. Skal vi få dette til må vi tenke igjennom hvordan vi utdanner fagpersonell og hvordan vi organiserer helsetjenesten. Fagfeltet gynekologisk kreft er i rask utvikling, og fremtiden er her allerede; utredning, behandling og oppfølging skal og må være individualisert. I dette ligger også at kjønnsspesifikke forhold som fertilitet, hormonsubstitusjon, seksualitet, stress og mestring må ivaretas, sa Bjørge.

Hun fortalte videre at ny kunnskap innen molekylmedisin og om målrettet behandling må erverves før den kan tas i bruk, og ikke minst må det gis tid til refleksjon.

– Vi snakker så pent om møter i multidisiplinære team og på sikt molekylære tumor board. Samtidig stiller jeg spørsmåltegn ved om våre utdannings-systemer er rigget for denne utviklingen. Det er for sårbart å måtte basere seg på entusiastiske enkeltpersoner. Selv om vi fokuserer svært mye på molekylær diagnostikk og målrettet behandling, så er det fortsatt i 2020 kirurgi og stråling som kurerer mine pasienter. Rett nok er behandling av gynekologiske kreftsykdommer sentralisert, men det er ikke etablert systematiske nasjonale utdannelsesløp. Derfor behandles de fleste pasienter



Line Bjørge er seksjonsoverlege ved Haukland Universitetssykehus og professor ved UiB. I sitt innlegg til en ny NOU om kvinnehelse hadde hun fokus på gynekologisk kreft.

i dette land av leger som også inngår i en obstetrisk vaktordning, og sykepleiere som arbeider på sammenslåtte poster. Dette er absolutt ikke bra hverken for kvalitet, kontinuitet og for å kunne vedlikeholde gode fagmiljø, sa Bjørge.

Mange pasienter lever i dag lenge med sin sykdom og de fleste overlever, forteller Bjørge. Hun vektlegger det å ha trygge og kunnskapsrike fagpersoner som følger opp, kan og forstår helheten.

– For det videre arbeidet er det viktig for meg at man fokuserer på å utdanne fagpersonell som har tidsriktig kunnskap innen sitt fagfelt og at spesialisthelsetjenesten sentraliseres enda mer for kvinnespesifikke kreftsykdommer. Forskning og studier blir da en integrert del av helheten, og alle pasienter kan få tilbud om tidsriktig behandling. Da vil pasientene leve lenger og bedre, avsluttet Bjørge.

Forskning på kvinnehelse må prioriteres

– Det er viktig for oss at mandatet har et kunnskapsbasert utgangspunkt og at satsingen på kvinnehelse evalueres og videreføres, sa forbundsleder i Fagforbundet, Mette Nord.

Hun viste videre til at i rapporten «Hva vet vi om kvinners helse» som Kilden kjønnsforskning og Norske kvinners sanitetsforening la frem i 2019, viste blant annet at kvinnehelse har lavere status i forskningsmiljøer og at kjønn og biologi ikke tas hensyn til i forskningen.

– Hverken kvinner selv, pårørende eller helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap. Derfor er det viktig at mandatet er tydelig på at forskningsbehovet må vurderes og tiltak for økt status på kvinnehelse vurderes. Kunnskapen om sykdommer, lidelser og forløp må styrkes og ha et kjønnsperspektiv, sa Nord.

Ingrid Stenstadvold Ross, generalsekretær i Kreftforeningen, la i sitt innlegg frem at satsningen om å minimere livmorhalskreft globalt er kjempeviktig, men at også nasjonalt er dette viktig. Det er bekymringsfullt at det nå viser seg at 25 000 færre kvinner har tatt livmorhalsprøve fra mars til i dag som følge av korona.

– Vi må sette fart på både HPV-testing og ikke minst hjemmetester, ba hun.

Også generalsekretæren ønsket fokus på at kvinner lenge har vært underrepresentert i medisinsk forskning.

– Som en konsekvens er mye av den medisinske kunnskapen vi har i hovedsak tilpasset menn. Aktuelle spørsmål for denne utredningen er, er det likevekt mellom kjønnene i rekruttering til medisinsk forskning i dag? Kan Norge ta en rolle i å utjevne kjønnsbalansen i medisinske data? Er dataene som benyttes i forskning representative for kvinner, og bør det satses på å bygge for eksempel egne kvinne-databaser? spurte Stensvold Ross.

Krevende arbeid med ny NOU

– En NOU om kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv vil omfatte mange samfunnsområder og mange ulike tema, og det blir en stor utfordring å avgrense arbeidet. Dere har bidratt i dag til å identifisere områder hvor en NOU kan gi nyttig kunnskap og ny kunnskap, og vi har ikke minst blitt kjent med hverandres forventninger til dette arbeidet, sa statsråd Bent Høie i sin avslutning og takket alle de som hadde kommet med sine innspill.

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN



Helse- og omsorgsminister Bent Høie mener det er en krevende oppgave å omfavne og avgrense viktige områder vedrørende kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv og var takknemlig for gode innspill under møtet.

Stor behov for mer forskning og bedre behandling av eggstokkreft



Cecilie Fredvik
Torkildsen, lege
og stipendiat
ved Stavanger
universitets-
sykehus, og
Bente Wilming,
overlege på
Radiumhospitalet,
var enige i at
behovet for mer
forskning og bedre
behandlings-
muligheter er
stort.

– Det er behov for forskning, og det er behov for å bedre behandlingen av eggstokkreft, sa Cecilie Fredvik Torkildsen, lege og doktorgradstipendiat ved Stavanger Universitetssykehus under Gynkreftforeningens webinar om eggstokkreft.

Hun begrunnet dette med at til tross for at det har skjedd en del store endringer i behandling av eggstokkreft, viser foreløpige tall at det ikke er så stor endring i økt overlevelse for eggstokkreftpasienter. Tidsrommet fra man er operert til man får sykdomssymptomer igjen har ikke

forandret seg så mye, gjennomsnittlig går det 18 måneder.

Oppslutningen og interessen for Gynkreftforeningens webinar om eggstokkreft var stor. Eggstokkreft berører mange av våre medlemmer, det er en snikende kreftform med få eller ingen

symptomer i tidlig forløp. Årlig oppdages cirka 450 nye tilfeller med eggstokkreft.

Uforandret primærbehandling

– Primærbehandling av eggstokkreft har som mål å fjerne mest mulig svulstvev. Under denne operasjonen er målet å fjerne eggstokker, eggledere, livmor, fettforkleet, eventuelt lymfeknuter og alt synlig svulstvev. De fleste har behov for etterfølgende kjemoterapi. Pasienter i det tidligste stadium kan i noen tilfeller ha behov for kjemoterapi, mens alle pasienter i langt kommende stadium, altså stadium II-IV, får kjemoterapi. Siden 2004 har standardbehandling for pasienter med



**Cecilie
Fredvik
Torkildsen**

Doktorgradstipendiat ved
Stavanger Universitetssykehus



**Bente
Vilming**

Overlege på Radiumhospitalet

**Webinaret finner du på:
gynkreft.no/webinar**

HVA ER KLINISKE STUDIER?

Å delta i kliniske studier har mange fordeler, for eksempel at man får tilgang til behandling før den er allment tilgjengelig. Kliniske studier der ny behandling prøves ut på mennesker er en forutsetning for medisinsk utvikling. Før et nytt legemiddel eller en ny behandlingsmetode kan godkjennes til bruk må det alltid gjennomføres slike studier.

På Gynkreftforeningen sine nettsider finner du oversikt og lenker til kliniske studier, samt hjelp til å finne frem.

www.gynkreftforeningen.no/2020/09/kliniske-studier/

langtkommende stadium vært seks kurer med kombinasjon av karboplatin og paklitaksel, forklarte Bente Vilming. Hun er overlege på Radiumhospitalet og

ansvarlig for medisinsk behandling av sykdommen.

Pasienter som ikke er kandidater for operasjon med en gang får også kjemoterapi før operasjon. Dette kan være pasienter med blodpropp eller for langtkommen sykdom. Pasienter med høy risiko for tilbakefall får vedlikeholdsbehandling med Bevacizumab (Avastin) etter operasjon.

Nytt i primærbehandlingen

I april i år vedtok Beslutningsforum å innføre Olaparib til vedlikeholdsbehandling av pasienter med langtkommen eggstokkreft som har BRCA-mutasjon og høygradig kreft, og som hadde respondert på karboplatinbasert kjemoterapi i førstelinjebehandlingen.

– Hvis pasienten har fått fjernet alt og er sykdomsfri etter kirurgi og kjemoterapi så har vi nå mulighet til å gi Olaparib i to år, inntil pasienten får tilbakefall eller økning i svulstvevet, eller uakseptable bivirkninger. Mens for pasienter som fremdeles har sykdom etter avsluttet kjemoterapi, kan vi fortsett med Olaparib utover to år.

Olaparib er en type medisin som hindrer reparasjon av feil som oppstår i kreftcellene slik at de dør. SOLO1 studien ligger bak den nye behandlingen, resultater fra studien viser svært lovende resultater. Etter tre år hadde 60,4 prosent av pasienter som fikk Olaparib ikke fått tilbakefall, mens kun 26,9 prosent av pasientene i placebo-gruppen hadde ikke fått tilbakefall.

Mange rammes av tilbakefall

– Dessverre er det sånn at de fleste pasienter med langtkommet stadium ved diagnosetidspunktet vil få tilbakefall. Til tross for at hele 80 prosent blir friske etter behandlingen, så får 75 prosent tilbakefall når de er diagnostisert i langtkommen stadium. Da defineres sykdommen som inkurabel og kronisk, og vi har hovedfokus på lindrende behandling, sa Vilming.

Hvor lang tid det har gått siden siste cellegiftkur er avgjørende for videre behandling. Dersom det har gått mer enn seks måneder så vurderes kirurgi, og behandling med to stoffer. Ved tilbakefall kort tid etter siste kur så får pasienten behandling med ett stoff. For pasienter med væske i bukhulen eller lungesekken så kan legene gi Avastin i tillegg, og siden 2015 får pasienter med høygradig

kreft og BRCA-mutasjon, som har god effekt av platinum-basert behandling, vedlikeholdsbehandling med Olaparib.

– Nytt i behandling ved tilbakefall av eggstokkreft er at nå også pasienter uten BRCA-mutasjoner kan få vedlikeholdsbehandling.

I mai 2020 godkjente Beslutningsforum innføring av Olaparib og Niraparib som vedlikeholdsbehandling for pasienter med tilbakefall, men som var BRCA-negative, og som hadde effekt av platinabasert kjemoterapi.

Både Olaparib og Niraparib kan føre til en del bivirkninger, og pasientene må følges opp med hyppige blodprøver.

Kliniske studier

Torkildsen hadde en gjennomgang av pågående kliniske studier i Norge nå, hvor pasienter fortsatt inkluderes. Hun var tydelig på at, selv om det er god forskningsaktivitet, så er behov for ytterligere forskning stort.

Torkildsen nevnte blant annet studien FIRST, som ser på cellegift i kombinasjon med immunterapi og Niraparib til pasienter med eggstokkreft i stadium III/IV. Denne studien går på Radiumhospitalet og ved Universitetssykehuset i Tromsø, og rekrutterer pasienter i oktober 2020. Hun var også inntil OreO-studien, som går på Radiumhospitalet, og ser på tilbakefall av eggstokkreft som tidligere er behandlet med en parphemmer. Denne studien rekrutterer også fortsatt pasienter.

DUETE, er en kommende studie, som går på behandling med parphemmer etter at man har hatt tilbakefall etter behandling med parphemmer. Kommer sannsynligvis i løpet av høsten på Radiumhospitalet.

Oppsøk lege

Både Gynkreftforeningens leder, Jeanette Hoel, og overlege Vilming uttrykte bekymring for at pasienter fortsatt kvier seg for å oppsøke lege ved diffuse underlivsplager på grunn av koronasituasjonen. Vilming fortalte om få pasienter og at ventetiden på operasjon ved eggstokkreft er redusert fra 3–4 uker til kun få dager.

– Det er svært viktig at kvinner oppsøker lege selv om de «bare» opplever diffuse symptomer, sa Vilming.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE

FOTO: EDDY GRØNSET

Fysikalsk lymfødem- behandling gir best langtidseffekt



Kan lymfødemplager reduseres og forebygges, og hva gjøres i dag under behandlingen av gynekologisk kreft for å redusere risiko for at en pasient får lymfødem?

Risiko for utvikling av lymfødem etter gynekologisk kreft er omtrent 20 prosent, og er en tilstand mange av våre medlemmer sliter med i hverdagen. At vårt webinar om lymfødem 9. september var svært etterlengtet viste både oppslutning og engasjementet underveis. Med oss hadde vi noen av de fremste ekspertene på området i landet, spesialfysioterapeut og fagansvarlig fysioterapeut, Mina Finnerud, og overlege Ane Gerda Zahl Eriksson, begge fra Gynekologisk avdeling på Radiumhospitalet.

«Trafikkork» i kroppen

– Hvis lymfevæsken ikke blir ført videre i systemet så vil den hope seg opp, slik vi ser når det danner seg kø i trafikken. Væsken vil trekke seg tilbake, for eksempel i et ben, forklarte spesialfysioterapeut Finnerud.

Etter fjerning av lymfeknuter i forbindelse med kreftbehandling, eller når lymfeknuter blir utsatt for strålebehandling, kan transportkapasiteten i lymfesystemet reduseres og et lymfødem kan oppstå. Lymfeknuter vokser ikke ut igjen, men det kan dannes nye forbindelser mellom lymfeårene. Lymfødem er en kronisk hevelse som er forårsaket av opphopning av proteinrik væske i blodet, og utløses vanligvis 2–3 år etter behand-

ling. Finnerud oppfordret om å alltid kontakte lege ved en nyoppstått hevelse.

Symptomer og risikofaktorer

Ben og hoftområdet rammer oftest pasienter som er behandlet for gynekologisk kreft. Symptomene kan være varierende forklarte Finnerud.

– Ofte vil man kjenne på en slags tyngdefornemmelse, kanskje få en følelse av en ubehagelig forandring, eller føle på konsistensforandringer i over- og under huden. Benet vil bli større i omkrets, og man vil kjenne på en sprenkende smerte eller ubehag. Ofte vil hevelsen, i begynnelsen, forsvinne i løpet av natten, men etter hvert vil hevelsen være mer eller mindre konstant, eventuelt variere med aktivitet.

Risikofaktorene for å bli rammet av lymfødeme er først og fremst ved operasjon hvor man fjerner lymfeknuter, her spiller også antall fjernede lymfeknuter inn. Strålebehandling, og særlig kombinasjonen av operasjon og strålebehandling gir mest risiko.

– Vi anbefaler pasienter som er utsatt om å unngå å eksponere seg mye for solen. Varmepakninger som kan påvirke åresystemene i huden anbefaler vi også å unngå.

Skader, benbrudd, infeksjoner i huden, høy alder eller vektoppgang og vektsvingninger kan gjøre pasienter mer utsatt for å få lymfødeme.

VIKTIG Å SKILLE MELLOM LIPØDEM OG LYMFØDEM

Lipødem er ikke det samme som lymfødeme, men en kronisk sykdom som gjør at cellene i fettvevet blir inflammet og mister evnen til å frigjøre fett. Tilstanden rammer ofte kvinner i perioder av livet hvor det er mye hormoner, som i puberteten, under svangerskap eller i overgangsalder. Pasienter med lipødem får ofte symmetrisk, overflødig fettvev på begge sider av kroppen, ofte ved hofter, ben og noen ganger armer.

Langtidseffekt

Komplett fysikalsk lymfødemebehandling er bevist at gir den beste langtidseffekten av lymfødeme. Målet med behandlingen er å forhindre videre utvikling, redusere lymfødemet, lindre plager, bedre funksjonen og forebygge komplikasjoner. Kommer man raskt i gang med behandling kan man ha håp om å reversere lymfødemet.

– Dette er en smertefri behandling som består av ulike komponenter. Manuell lymfedrenasje er en stor del av behandlingen, bevegelses- og respirasjonsøvelser er også en sentral del av behandlingen. Den mest effektive delen av behandlingen er bandasjering og bruk av kompresjonsplagg, hvor vi legger trykk på huden fra utsiden. Hudpleie er også viktig, fordi man vil unngå tørr hud, sprekkdannelse eller sår, slik at dette ikke blir en inngangsport for bakterier som kan trigge lymfesystemet ytterligere, sa Finnerud.

Spesialfysioterapeuten var klar på at det er mye man kan gjøre selv for å forebygge utvikling av lymfødeme. Fysisk aktivitet er det viktigste man kan gjøre, i tillegg til å holde en stabil vekt, ta vare på huden, unngå overoppheting og legge bena høyt når man kjenner at hevelsen øker utover dagen.

Store fremskritt i behandling

Overlege Ane Gerda Zahl Eriksson var svært positiv med tanke på den enorme utviklingen som har vært innen kirurgisk behandling av gynekologisk kreft. For eksempel fortalte hun at før 1980 gjennomgikk kvinner med vulvakreft svært radikale kirurgiske inngrep. I dag er man mye mer forsiktig, og dette er den gynekologiske kreftformen hvor man først startet med vaktpostlymfeknuteteknikk.

Vaktpostlymfeknute er den første lymfeknuten som drenerer svulsten. Zahl Eriksson forklarte at dersom det ikke er kreftceller i denne første lymfeknuten så er det lite sannsynlig at det er spredning til andre lymfeknuter. For å avdekke dette injiseres et fargestoff rundt svulsten, som gjør det mulig å kun ta ut svulsten og kun lymfeknuter i nær tilknytning. Dette gjelder svulster mindre enn fire centimeter, som ikke sitter dypt og altså ikke viser tegn til spredning.

– Når det gjelder fjerning av lymfeknuter ved livmorhals og livmorkreft er det varierende grad av enighet i



Mina Christin Finnerud

Spesialfysioterapeut og fagansvarlig fysioterapeut, Gynekologisk avdeling, Radiumhospitalet



Ane Gerda Zahl Eriksson

Overlege, Gynekologisk avdeling, Radiumhospitalet

Webinaret finner du her:
gynkreft.no/webinar

verden av hvor radikal man skal være. Noen mener at man ikke får høyere overlevelse ved at man fjerner mange lymfeknuter, noen fjerner lymfeknuter kun i bekkenet, noen i bekkenet og langs hovedpulsåren helt opp til nyrevenen, noe vi har praktisert ved Radiumhospitalet, sa Zahl Eriksson.

Også ved livmorhals og livmorkreft er det en økende trend å benytte seg av vaktpostlymfeknute teknikk. Hos kvinner med langtkommet eggstokkreft fjernes ikke lymfeknuter rutinemessig, med mindre de er forstørret.

Zahl Eriksson var glad for å fortelle at det i disse dager igangsettes en doktorgrad ved Radiumhospitalet, SENSOR-studien, man skal sammenligne resultater for kvinner med livmorkreft som har gjennomgått vaktpostlymfeknutefjerning, med kvinner som er operert tidligere, der alle lymfeknuter er fjernet.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE

FOTO: EDDY GRØNSET OG HARALD HERLAND

Tidlig hjelp har stor betydning

Gynkreftforeningens webinar den 9. september ga verdifull innsikt i hva palliativ livshjelp er og hva det betyr for pasient og pårørende.

Leder av Gynkreftforeningen, Jeanette Hoel, sa innledningsvis at foreningen er opptatt av å belyse dette temaet da det er ønskelig å bedre situasjonen for de som befinner seg i den.

– Palliativ omsorg og oppfølging er et viktig tema som berører mange. Det er også et tema som kanskje kan være vanskelig å snakke om, sa Hoel.

Spesialsykepleier Bente Baklund ved Lovisenberg Lindring og Livshjelp holdt webinarets første innlegg. I sitt arbeid prøver hun å hjelpe den som er syk og dennes familie med å finne igjen fotfestet, håpet og troen på dagene fremover.

– Vi stiller veldig ofte spørsmålet, hva er livskvalitet for deg? Hva kan jeg gjøre for deg? Det opplever vi at kan være vanskelig å svare på, men det er utgangspunktet for alt vårt arbeid. Symptomkontroll er noe de aller fleste som har vært syk opplever som helt grunnleggende. Hvis man ikke har kontroll på symptomer som for eksempel smerte, så er det der vi må starte, sa hun.

I alle selvrapporterte livskvalitetsstudier scorer intimitet, nærhet og seksualitet høyt. Ved Lovisenberg Lindring og Livshjelp har de intervjuet pasienter som mottar lindrende behandling og omsorg i videoen «intimitet og nærhet i et sårbart landskap» som ble vist på webinar.

Hvilke tilbud finnes?

Lovisenberg Lindring og livshjelp driver en lindrende poliklinikk, som også finnes ved flere av de store universitets-sykehusene. Her får man konsultasjon med både lege, sykepleier og andre fag-

grupper dersom det er behov.

– Vi driver også et dagbehandlings-tilbud en dag i uken. Mange av de som deltar uttrykker at det nesten aller viktigste er å kunne møte andre i samme situasjon. Vi har en døgnenhet, en sengeenhet med 12 senger. Noen ganger så er det bedre at pasienten kan observeres 24 timer i døgnet, for eksempel for å optimalisere smertebehandlingen, forklarte Baklund.

De har et veldig tett og nært samarbeid med kreftkoordinatorer i området.

– Hvis du lurer på hvilke tilbud som finnes i din kommune, ring kreftkoordinator, de vet det og har oversikt, sa hun.

Palliativ cellegiftbehandling

Kristina Lindemann er overlege på avdeling for gynekologisk kreft og leder nasjonal kompetansetjeneste for gynekologisk onkologi på Radiumhospitalet. Hun demonstrerte et forløp hvor pasienten har eggstokkreft og får tilbakefall, som ofte vil føre til en ny behandlingslinje. Intervallene mellom tilbakefallene blir ofte kortere jo lenger sykdommen varer.

– Det vil komme et tidspunkt hvor cellegift har dårlig effekt og man kommer i en behandlingssituasjon hvor kanskje bivirkningene er en større belastning enn den egentlig gevinsten. Det er det tidspunktet som er viktig å få med seg, sa hun.

Palliativ cellegiftbehandling gis til pasientene med livstruende sykdom. Hovedmålet er å forebygge og lindre plager i form av smerter eller andre helse-relaterte utfordringer.



Kristina Lindemann

Overlege på avdeling for gynekologisk kreft og leder nasjonal kompetansetjeneste for gynekologisk onkologi på Radiumhospitalet.



Bente Baklund

Spesialsykepleier
Lovisenberg Lindring
og Livshjelp

**Webinaret finner du her:
gynkreft.no/webinar**

– Men hva er egentlig behovet til våre pasienter, hva vet vi om det, og ikke minst hva vet vi om effekten av cellegiftbehandling i denne fasen? For å kunne forsvare at vi gir cellegift, så er det viktig å vite at det faktisk har en effekt og at vi oppnår den effekten vi ønsker med tanke på symptomlindring, forklarte hun.

Spør pasienten

Mange forventer at cellegiftbehandling skal gi en umiddelbar lindring av symptomer. Lindemann poengterte at det er viktig å være realistisk og ærlig i forhåpninger til behandling.

– Det er i mine øyne veldig viktig å kommunisere dette til pasienten, slik at man går inn med en realistisk forventning og kan ta en reell diskusjon på om det er dette jeg vil og hva det vil koste meg. Det er ekstremt viktig å måle livskvalitet i denne fasen, understreket hun.

Aktivt kreftrrettet behandling skal i utgangspunktet ikke brukes hos pasienter som har et dårlig funksjonsnivå eller der hvor det mangler demonstrert nytte

Engasjerte innleggsholdere på webinar om palliativ livshjelp, her sees fra venstre spesialsykepleier Bente Baklund, Overlege Kristina Lindemann og Gynkreftforeningens leder Jeanette Hoel.



av behandling i kliniske studier.

– Allikevel så er det en ganske utbredt praksis å behandle veldig lenge, også pasienter som kanskje ikke burde få aktiv kreftrrettet behandling, og man vil da tilføre en ekstra byrde i forhold til bivirkninger, sa hun.

Tidlig kontakt forlenger livet

Ved Radiumhospitalet har de tidligere sett nærmere på hvordan de følger sine pasienter. De fant at kun 62 prosent hadde blitt henvist til palliativt team.

– Det er definitivt en andel som er for lav i mine øyne. Vi ser også at mange blir henvist sent i sitt sykdomsforløp, altså de siste 30 levedagene.

Dette gjør det vanskelig for et palliativt team å komme inn og bygge opp en tillit og samarbeid med pasienten. Studier viser at de med kontakt med palliativt team i gjennomsnitt lever tre måneder lenger. Det er derfor viktig at man jobber med en tidlig integrering, mener Lindemann.

– Vi ser også at bruken av cellegiftbehandling går ned når pasienten er henvist til palliativt team før 60 dager innenfor døden.

Forståelse av prognose for pasient og pårørende

Forståelse av prognose er viktig for å kunne uttrykke ønsker, bli tatt med i avgjørelsen om lindrende behandling og for å kunne delta aktivt i avgjørelser

rundt livets slutt, fortalte Lindemann.

– Det er også faktisk enklere for familien å leve videre hvis man er forberedt. Innsikt i prognose har i studier vært knyttet til forbedret livskvalitet, det kan også formidle håp, hvis det formidles på en god måte. En misoppfattelse av prognose kan være farlig da det fører til mer aggressiv behandling, sa hun.

Forberedelsessamtaler og kontinuitet i pasientbehandling er viktig for å bygge opp et tillitsfullt forhold mellom lege og pasient.

– Det er viktig å ha fokus på pasientens verdier, fordi det kan skille seg veldig fra mine verdier eller fra pasienten jeg hadde dagen før. Hvordan pasienten ønsker å få informasjon og på hvilket tidspunkt, kan endre seg over tid. Den informasjonen du ønsker når du blir syk for første gang, kan være en helt annen informasjon enn den du ønsker når senbehandling ikke fungerer lenger, sa Lindemann.

Forskning for endring av praksis

Ved Radiumhospitalet har de satset mye på etterutdanning i palliasjon og opplæring i kommunikasjon med pasienten. De har nå en ny studie planlagt.

– Vi har tenkt å kartlegge pasientens tilfredshet med omsorgen mot slutten av livet, men vil også se på hva slags behandling pasienten har mottatt underveis, hvor mye cellegiftbehandling pasienten har fått, hvor ofte har pasien-

ten vært i kontakt med kommunale helse-tjenester, palliativ omsorg også videre.

Pårørende skal følges opp etter at pasienten er gått bort, for å kartlegge om døden har vært i linje med det pasienten har gitt ønske om. Lindemann håper studien kan komme i gang tidlig neste år.

– Jeg tror det vil være et viktig bidrag til vår forståelse om hvordan pasienten og pårørende ser på den fasen av livet, sier hun.

Gynkreftforeningen følger opp

Gynkreftforeningens leder Jeanette Hoel er glad for at dette området av pasientbehandling får fokus.

– Dette webinarer viser hvor stor endring det har blitt i forhold til å ta tak i dette hos spesialister og hos helse-tjenesten generelt. Jeg er veldig glad for at pårørende er en viktig del av den palliative oppfølgingen og at man ivaretar de etterlatte. Dette er et tema som Gynkreftforeningen absolutt vil fortsette å følge, og det er med stor spenning vi ser den videre utviklingen innenfor forskning, sa Hoel.

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN

FOTO: EDDY GRØNSET OG HARALD HERLAND

NYTT FRA LOKALLAGENE



På grunn av koronasituasjonen ble årets sommertur utsatt. Men den 30. september kunne endelig lokallaget i Oslo og Akershus arrangere tur til Kistefos museum og The twist.

19 medlemmer ble hentet med buss på Oslo S og vi hadde med sprit og munnbind. Alle hadde hvert sitt dobbelsete i bussen, unntatt de som «hørte sammen». På Klekken hotell fikk vi en deilig to-retters lunsj med mineralvann og kaffe til. Så gikk turen videre til Jevnaker og Kistefos. Der ble vi møtt av en hyggelig guide som fortalte om selve museet, og deretter om en del av de utstilte verkene. Etterpå ruslet vi rundt i den imponerende skulpturparken og avsluttet med kaffe og kake i kafeen.

Planer i lokallaget fremover

- **Vi starter med igjen å tilby nye opphold på The Well.** Denne høsten blir det annenhver tirsdag. Da er det påbudt med badetøy i bassengene, og det er valgfritt å bruke badetøy i saunaene. De neste datoene blir: 03.11, 17.11, 01.12, 15.12. Oppmøte kl. 10.30.

Ønsker du å være med på dette må du melde deg på til dortena@online.no senest kl. 18.00 kvelden før. Det er som før en egenandel på kr 200,- som må medbringes i kontanter.

- **Omvisning på Roseslottet ved Frognerseteren 26.10.**

Vi møtes kl. 18.00 på Frognerseteren til en matbit før vi går sammen (cirka 300 m) til installasjonen med utstilling. Kunstneren bak prosjektet, Vebjørn Sand, vil møte oss der og gi oss en omvisning.

Påmelding finner du på Gynkreftforeningens nettside

- **Julebordet i år blir som tidligere år på Hotel Opera ved Oslo S.** På grunn av koronasituasjonen vet vi ikke helt om det blir buffet, a la carte eller forhåndsbestilling av mat. Dette kommer vi tilbake til. Datoen er satt til torsdag 03.12 kl. 18.00. Hold av datoen, så kommer det invitasjon med påmelding senere.

Styret i Oslo og Akershus lokallag

Odda og omegn lokallag

I styret hos oss har vi valgt ikke å ha medlemsmøter inntil videre. Det vi ellers har trengt av kontakt styremedlemmer i mellom, har foregått per telefon/sms.

Vi har sendt ut sms til våre medlemmer om aktuelle videokonferanser eller kurs i distriktet.

Tilbud om å kunne følge videokonferanser/webinarer er absolutt en flott mulighet til å kunne følge med på ulike aktuelle tema for oss innen gynkreft. Vi må se det positive i at vi nå kan delta på

webinarer uansett hvor i landet de arrangeres. Det er jo kjempeflott og er en god løsning i årene som kommer! Det er bare å takke for at den muligheten er tatt i bruk av Gynkreftforeningen!

Styret i Gynkreft Odda og omegn har et håp om å kunne ha det tradisjonelle julemøtet i desember - men alt vil bli vurdert ut fra utviklingen av covid 19 på våre kanter. Nærmere informasjon kommer.

En god høst ønskes oss alle!

Hilsen fra Odda og omegn lokallag

Landsmøte

Gynkreftforeningens ordinære landsmøte skulle etter planen ha vært arrangert fredag den 17. april i år i forkant av våre Kunnskapsdager i Ålesund. Så ble dessverre både landsmøte og Kunnskapsdager avlyst på grunn av korona, og fortsatt er det full usikkerhet rundt når det igjen blir trykt å arrangere større fysiske møter.

Hovedstyret har likevel besluttet at det utsatte landsmøtet blir avholdt søndag 21. mars 2021 fra klokken 1400 til klokken 1800. Hvis koronasituasjonen tillater det, vil møtet bli avholdt som et fysisk møte på Gardermoen. Det vil også være mulig å følge møtet elektronisk. Hvis det ikke lar seg gjøre å arrangere et fysisk møte, vil møtet i sin helhet bli gjennomført elektronisk.

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.

Det var allerede kommet inn forslag til det ordinære landsmøtet som skulle vært gjennomført i år. Disse forslagene tas med til landsmøtet 21. mars med mindre forslagsstillerne selv ønsker å trekke sine forslag. Hovedstyret åpner samtidig for at det skal være mulig å fremme nye forslag i henhold til de frister vedtektene setter.

Fristen for å sende inn forslag som medlemmer ønsker å få behandlet på landsmøtet, er 7. februar 2021. Forslaget må sendes skriftlig til sekretariatet enten via epost kontakt@gynkreftforeningen.no eller via post til Gynkreftforeningen, Rosenkrantzgt 7, 0159 OSLO.

Landsmøtet skal også velge nye styremedlemmer til foreningens hovedstyre. En valgkomitee fremmet en innstilling til landsmøtet som skulle vært avholdt i år, men siden det nå er gått et år vil det være naturlig at valgkomiteen tar en vurdering på om de vil endre sin innstilling. Medlemmer som enten selv ønsker å stille til valg eller har forslag til kandidater kan sende disse til valgkomiteen ved Marit Høgås på epost marithogas@gmail.com eller telefon 93 00 18 05.

Påmelding til landsmøtet vil bli åpnet over nyttår.



INVENTING FOR LIFE



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen.
Tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.
Copyright © 2017 MSD (Norge) AS. All rights reserved. VACC-1237270-0000 11/17

Hverdagsrutinene er viktig i en usikker tid

Selv om samfunnet til en viss grad er noe mer normalisert enn det var i våres, så har koronakrisen ført til at mange kreftpasienter har levd isolert i lengre tid, og flere velger fortsatt å leve avgrenset fra andre i varierende grad. Tove Gundersen, generalsekretær i Rådet for psykisk helse, løfter frem de enkle hverdagsrutinene som den beste måten å opprettholde stabilitet i en hverdag som føles usikker.

Her får du hjelp:

- Råd for psykisk helse sin nettside, psykiskhelse.no har god oversikt over alle ulike hjelpetilbud og hjelpetelefoner
- Helsenorge.no har en veiledningstjeneste der du kan få veiledning om hvor du kan henvende deg, oppsøke hjelp, hvor det er kortest ventetider etc. De kan nås på telefon 32 32 70 00 – tastevalg 1. Åpent hverdager kl. 08–15.30.
- Fastlegen
- Mental Helses Hjelpetelefon. Ring 116 123 (åpent hele døgnet)
- Kirkens SOS. Ring 22 40 00 40 (åpent hele døgnet)
- Gynkreftforeningen sin Likepersonstjeneste. Våre likepersoner er her for deg. På nettsiden vår finner du oversikt og kontaktinfo til alle våre likepersoner. www.gynkreftforeningen.no/likepersonstjenesten/
- Kreftforeningens rådgivningstjeneste, svarer på alle spørsmål om kreft, og om korona og kreft. Ring 21 49 49 21 (åpent man–fre 09-15)

– Rutinene er krykkene våre når vi har det vanskelig. Invester i gode søvnrutiner, legg deg og stå opp til samme tidspunkt. Fortsett med rutiner gjennom dagen, ta en dusj, spise faste måltider, sørg for å få fysisk aktivitet daglig, råder Gundersen.

Fysisk aktivitet og psykisk helse henger sammen

– Når man lever isolert, med svært begrenset eller totalt fraværende sosial kontakt med andre mennesker over tid, så er det helt normalt å kjenne på savn og oppgitthet, stress og uro. Negative følelser forsterkes hos mennesker i isolasjon. Det å holde på hverdagsrutinene er det viktigste du kan gjøre for å forebygge psykisk uhelse, sier Gundersen.

Daglig dose med fysisk aktivitet oppfordrer hun også til.

– Fysisk aktivitet og psykisk helse henger dønn sammen! Se på det som en investering; jeg investerer i min psykiske helse ved å være i bevegelse. Det du faktisk gjør påvirker om du klarer å få det bedre.

Fem hverdagsglederåd

I tillegg til hverdagsrutinene trekker lederen for Rådet for psykisk helse frem fem hverdagsglederåd som viktige verktøy for å ivareta god psykisk helse når man står i en uklar situasjon.



Tove Gundersen, generalsekretær i Rådet for psykisk helse.

– Vær oppmerksom, knytt bånd, vær aktiv, fortsett å lære og gi. Disse fem rådene gjelder for alle mennesker i alle aldre, hele livet. Har du bevissthet rundt dette gjør det noe med helsen din.

Ekstra påkjenning for kreftpasienter

Kan kreftpasienter være utsatt for å bli hardere påvirket av isolasjon?

– Mange kreftpasienter har kjent på en dobbel redsel under koronakrisen. Ikke bare frykter man grunnangsten, som er kreftsykdommen, i tillegg blir man fratatt muligheten for å leve livet så godt man kan fordi man frykter å få en potensielt farlig tilleggssykdom. Dobbelt risiko blir dobbel sorg. Vi vet at det er de som har de største påkjenningene fra før som får de største plagene. Og det å leve med en kreftsykdom er helt klart en påkjenning. Det kan også føre til at noen tolker smittevernråd strengere enn man må.

Gundersen er imidlertid tydelig på at vi mennesker er ekstremt tilpasningsdyktige, og de fleste vil komme gjennom denne ekstra påkjenningen isolasjon fører med seg uten varige skadevirkninger.

Isolasjon kan føre til psykisk uhelse

Hva gjør mangel på sosial kontakt med mennesker over tid?

– Søvnproblemer, manglende matlyst, tankekjør, og i verste fall utvikling eller forverring av psykiske lidelser kan utløses av isolasjon over tid. De aller fleste er omstillingsdyktige, og har evnen til å tilpasse seg. Men jo lengre dette varer

Selvpålagt karantene

Grete Brøymer (70) og mannen levde isolert i flere måneder. – Jeg var veldig engstelig, særlig i begynnelsen, og var derfor veldig streng gjennom hele våren. Vi så ikke verken barn eller barnebarn fra mars til mai.

Grete og mannen isolerte seg i leiligheten sin midt i Oslo og innførte et strengt smittevernregime. Eksempelvis fikk de maten levert hjem fra butikken, deretter plasserte de matvarene i et eget karantenekjøleskap i tre døgn, før den kunne flyttes over i det vanlige kjøleskapet.

Tøft å leve isolert

– Jeg er pensjonert sykepleier, så jeg kan jo en del om smittevern. Og fordi jeg er i risikogruppen på grunn av høyt blodtrykk, så var jeg bevisst på hvilke tiltak vi måtte forholde oss til. Jeg har opplevd at andre har kalt meg både hysterisk og sykkelig, mens jeg selv føler vi bare har tatt de hensynene vi har vært nødt til for å unngå smitte.

Grete er tydelig på at hun synes tiden i fullstendig isolasjon var tøff.

– Ja, selv om vi var to, så var det slitsomt og utfordrende å bli sittende to stykker inne i en leilighet. Det er jo litt begrenset hva man kan finne på – sånn i lengden. Men, vi puslet hjemme, og så gikk jeg på tur – hver dag.

På turene i mars og april var Grete forsiktig med å gå for tett på andre mennesker. Når hun møtte forbipasse-

rende gikk hun ofte ut i gaten for å få litt mer avstand.

Kjenner fortsatt på uro

– Jeg føler et vist ubehag fortsatt, om vi er for mange sammen. For noen dager siden hadde vi venner på besøk på hytta, og det kjente jeg mye usikkerhet rundt. Det samme kjente jeg på når vi hadde hele familien på middag, 13 personer, forrige dagen. Da slår tanken meg om at dette er litt som å spille russisk rulett.

Når det kommer til å besøke lege og tannlege er Grete også urolig.

– Jeg har ikke vært hos tannlegen ennå, men hos lege og på kontroll hos gynekolog har jeg vært. Etter gynekologbesøket gikk jeg rett hjem og dusjet etterpå, som et ekstra smitteverntiltak. Frisøren har jeg også vært hos, men jeg kjente på at jeg var redd ved det første besøket der også.

Korona = mer aktivitet

Grete gikk sine daglige turer gjennom isolasjonen, men etter hvert gikk hun til innkjøp av en el-sykkel.

FOTO: AMALIE BRØYMER



El-sykkelen har vært viktig for Grete under koronasituasjonen.

– El-sykkelen har ført til at jeg har vært i mer aktivitet enn normalt. Gjennom sommeren har jeg syklet 50 mil, både rundt i byen og på hytta. Jeg har blant annet startet med Stolpejakt, og tatt flere hundre stolper i flere fylker – så det har vært utrolig positivt. Stolpejakten er en fin måte å komme seg ut på, og el-sykkelen gjør at jeg kommer meg mer rundt. Når jeg ser tilbake på hele perioden så har det også vært fint å stoppe litt opp, og kjenne på at livet ble roligere.

jo vanskeligere vil det bli, det gjelder de aller fleste. Isolasjon og stort kontaktsavn over tid er risikofaktorer for utvikling av psykisk uhelse. Vi vet jo ikke når tilværelsen blir stabil igjen, det gjør at mange blir urolige. Vi mennesker er avhengige av forutsigbarhet, rutiner og sosial omgang for å ha gode liv, vi er skrudd sammen slik at det er felleskapet som i stor grad driver oss fremover.

Gundersen fremhever at det er to faktorer som henger sammen med hvor store plagene av isolasjon kan bli.

– Det første er hvorvidt isolasjonen

føles meningsfull, den andre faktoren er hvor lenge isolasjonen varer. Det er enklere å forholde seg til isolasjon dersom man har et tydelig tidsperspektiv.

Viktig å dele sorg og vanskelige tanker

Mange kjenner kanskje på at sine egne bekymringer blir små, sammenlignet med endringene koronaviruset har ført til i samfunnet. Det kan oppleves vanskelig å vite hvor man kan vende seg når det er så mange begrensninger man skal forholde seg på en gang. Gundersen

er tydelig på at det er plass til alle, og at det er viktig å ta kontakt.

– Vi har en helsetjeneste i Norge som hjelper de aller fleste. Vi må passe oss for at vi ikke avviser oss selv. Folk må føle seg friere til å be om hjelp. Vi i helsevesenet vet noe om det som skal til for å få gode liv selv i vanskelige perioder. Det er enormt viktig å dele sorg og vanskelige tanker, det å være åpen redder liv. Husk at vi er selv vår strengeste dommer.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: PRIVAT

ARV VED EKTESKAP ELLER SAMBOERSKAP

Arvereglene er forskjellige basert på om avdøde etterlater seg ektefelle eller samboer. Arveloven fastsetter pliktdelsregler for ektefelle, samboer og barn. I tillegg kan avdøde testamentere bort den delen av boet som ikke er omfattet av pliktdelsreglene.

I det følgende er en redegjørelse for regelsettet for arv basert på om avdøde var i ekteskap eller samboerskap.

ARV NÅR AVDØDE ETTERLATER SEG EKTEFELLE

Den gjenlevende ektefellen etter avdøde har krav på en fjerdedel av arven, også i de tilfeller hvor avdøde etterlater seg barn.

Dersom avdøde har barn, arver barna i utgangspunktet to tredjedeler av boet, som utgjør pliktdelsarven.

Dersom avdødes formue er mindre enn 4 G (grunnbeløpet i folketrygden (G – kr 99 858)), arver ektefellen alt. I slike tilfeller vil ikke avdødes barn motta arv, og gjenlevende ektefelle vil være å betrakte som enearving.

Foreldre og søsken

Dersom avdøde ikke etterlater seg barn, vil som regel de nærmeste arvingene være foreldre og søsken, eventuelt barn av søsken. I slike tilfeller har gjenlevende ektefelle rett på halvparten av arven til

den avdøde. Summen kan imidlertid ikke være mindre enn 6 G. Hvis arven er mindre enn 6 G vil gjenlevende ektefelle arve hele boet. Foreldre og søsken vil dermed ikke motta arv.

Hva kan bestemmes i et testament?

Det er adgang til å utvide gjenlevende ektefelles arverett ved testament.

Dersom avdøde er barnløs, står vedkommende fritt til å testamentere alt til ektefelle. Den som har livsarvinger (fellesbarn eller særkullsbarn), har begrenset adgang til å disponere over formuen ved testament. Livsarvingene skal til sammen arve minst to tredjedeler av formuen, som pliktdelsarv.

Avdøde kan begrense arveretten til ektefellen ved testament. Likevel kan den ikke begrenses til å utgjøre mindre enn 4 ganger G uten at gjenlevende ektefelle samtykker til det, eller 6 ganger når avdøde ikke etterlater seg livsarvinger.

Testament har strenge formkrav for å være gyldige, slik som krav til vitner, underskrift, rettslig handleevne og at vitnene ikke kan tilgodeses i testamentet.

Uskiftet bo

Gjenlevende ektefelle kan ha rett til å sitte i uskiftet bo. Å sitte i uskiftet bo betyr at gjenlevende ektefelle overtar avdødes formue, eiendeler og gjeld, og at arveoppgjøret med de øvrige arvinger utsettes.

Øystein Hagen er advokat hos Gynkreftforeningens samarbeidspartner Tveter og Kløvfjell.



I de tilfeller hvor avdøde har særkullsbarn, må særkullsbarnet samtykke for at gjenlevende ektefelle skal kunne overta boet uskiftet. Særkullsbarn kan alltid kreve avdødes verdier, både felleseie og særeie. Dersom avdøde ville hatt mulighet til å kreve skjevdeling selv, hvis vedkommende var i live, har de også rett til å kreve skjevdeling på vegne av avdøde.

Dersom avdøde har både særkullsbarn og barn med gjenlevende ektefelle, kan særkullsbarn umiddelbart gis oppgjør, mens resten av boet overtas uskiftet overfor de resterende arvingene.

ARV NÅR AVDØDE ETTERLATER SEG SAMBOER

Enkelte samboere har arverett etter loven. Samboers arverett er imidlertid mer begrenset enn for gjenlevende ektefelle

Arverett for samboer med felles barn

Gjenlevende samboer har rett til en minste arv etter avdøde. Minste arven er på

Advokattilbud til medlemmene

Medlemstilbudet om rabatt på advokattjenester til medlemmer i Gynkreftforeningen er blitt populært. Medlemmer får rabatterte tjenester i Advokatfirmaet Tveter og Kløvfjell og advokat Preben Kløvfjell svarer nå også på juridiske spørsmål knyttet til din kreftsykdom på våre nettsider. 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

inntil 4 G, og går foran barnas pliktdelsarv dersom boet ikke er stort nok til å dekke begge deler. Arveretten kan imidlertid utvides eller innskrenkes ved testament. Dersom arveretten reduseres, skal samboeren ha fått kjennskap til dette før dødsfallet.

Hvis arveretten utvides, må det gjøres innenfor rammen av pliktdelsarven. Livsarvingene skal til sammen arve minst to tredjedeler av boet. Med andre ord, kan ikke barns rett til to tredjedeler tas fra dem ved å opprette testament. Ved testament kan samboeres arverett derfor økes fra 4 G til en tredjedel (33 prosent) av boet, gjerne omtalt som den frie tredjedel.

Uskiftet bo

Dersom samboere hadde eller har hatt felles barn, kan man (med tillatelse fra eventuelle særkullsbarn) overta felles bolig, eventuelt hytte og bil uskiftet. Det betyr at denne delen av formuen først fordeles når gjenlevende samboer dør. Felles

barn kan ikke nekte gjenlevende samboer å overta de nevnte delene av formuen uskiftet. Dersom særkullsbarn tidligere har samtykket til uskiftet bo for gjenlevende samboer, er de bundet av dette, forutsatt at de var myndige da de undertegnet.

Dersom avdøde og gjenlevende samboer ikke hadde barn sammen, har ikke gjenlevende samboer adgang til å sitte i uskifte. Dette gjelder selv om avdøde var barnløs. Det er heller ikke adgang til å fastsette en slik uskifterett ved testament.

NY ARVELOV

Ny arvelov trer i kraft 1. januar 2021. I tilfeller hvor arvelater etterlater seg både livsarvinger og en ektefelle, gjøres det ingen endringer. Ektefellen vil fremdeles arve en fjerdedel, og ha krav på minste arv tilsvarende 4 G.

Til tross for at det i forkant av vedtakelsen ble varslet endringer i reglene for samboere, videreføres de gamle reglene.

Samboere uten felles barn arver ingen-

ting, dersom den andre dør. Samboere som har, har hatt, eller venter felles barn, har arverett etter hverandre. Arven utgjør også her 4 G, men kan utvides eller begrenses ved testament.

Samboere uten felles barn oppfordres derfor til å skrive samboerkontrakt og testament.

Økt minste arv til barn

To tredjedeler av formuen til arvelater er pliktdelsarv for livsarvingene. Minste arven vil i den nye arveloven økes fra 1 million kroner til 15 ganger grunnbeløpet i folketrygden til hver av barna. 15 G tilsvarer i dag rundt 1,5 millioner kroner.

AV PARTNER/ADVOKAT

ØYSTEIN HAGEN,

ADVOKATFIRMAET TVETER OG KLØVFJELL AS



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 Flatebo



5

Ekspertpanelets gynekolog svarer på spørsmål fra Afrodite

Gynkreftforeningens nettside har tidligere omtalt Ekspertpanelet, som skal gi pasienter med alvorlig livsforkortene sykdom mulighet for en ny medisinsk vurdering.

Ekspertpanelet ble lansert høsten 2018 og består av åtte kreftleger fra ulike universitetssykehus i Norge. Behandlende lege kan i samråd med pasienten søke en second opinion hos Ekspertpanelet, som videre skal vurdere saken. De skal blant annet kartlegge om all etablert behandling er forsøkt og vurdert, samt om det kan være aktuelle kliniske studier eller utprøvende behandling i Norge eller utlandet som bør vurderes.

Overlege og gynekreftonkolog Tone Skeie-Jensen ved Radiumhospitalet, synes det er udelt positivt å ha muligheten til å være en del av ekspertpanelet. Hun forteller om en godt fungerende faglig gruppe som har gode faglige diskusjoner når de møtes.

– Problemstillingene som tas opp fra pasienter og behandlere er høyst relevante og jeg synes det er interessant og også nyttig for meg som fagperson, fordi jeg da må sjekke litteratur og følge med på at jeg har oversikt over studier.

1. Hvor mange saker om gynekologisk kreft får dere til ekspertpanelet?

Vi har kanskje ikke fått så mange saker totalt som jeg hadde regnet med, men i 2019 så hadde vi åtte saker og til nå i 2020 så har vi hatt 9 saker. Det er litt flere i år, og det er kanskje ikke så rart i og med at pasienter og behandlere blir mer og mer klar over tilbudet. Man skal nok heller ikke se helt i bort fra at en del saker løser seg uten å gå til Ekspertpanelet, da vi som er med er vant til å få en del henvendelser med spørsmål fra kolleger, da vi kjenner hverandre godt i fagmiljøet.

2. Hva vil du si er de typiske sakene dere får inn?

Jeg synes egentlig ikke det er noen typiske saker, vi har jo heller ikke hatt så mange ennå, så dette er høyst individuelle ting. Det vi har merket mer til i år, er at vi får inn saker hvor pasientene har gått til private aktører og fått behandling, og hvor pasienten så henvender seg til oss for å få en vurdering i Ekspertpane-

let om det kan være en behandling det kan være nyttig å fortsette med. Det er nok mest pasienter med livmorhalskreft og eggstokkreft vi ser.

3. Hvilke begrensninger ligger det i å få en sak vurdert?

Det som er vårt mandat, det er at de pasientene vi skal håndtere er de som har ett til to år forventet levetid og som har en alvorlig livsforkortende sykdom. En tredje ting som er viktig er at pasienten har rimelig god almenntilstand, for vi skal ikke sette i gang medikamentell svulstrettet behandling hos en pasient som for eksempel er sengeliggende. Pasientene kan for så vidt spørre om hva de måtte ønske, de kan for eksempel spørre om de har fått den behandlingen som er tilrådt eller om det er noe som burde vært gjort annerledes. Det er ikke noe begrensninger i hva pasientene kan spørre om.

4. Hva med medisiner eller behandling som ikke er godkjent av Beslutningsforum?

Der hvor Beslutningsforum har vært involvert og hatt en behandling til vurdering som de ikke har godkjent, så kan ikke vi anbefale dette. Det ligger i begrensningene som Helsedepartementet har lagt i vårt mandat, det er de som er våre oppdragsgivere. Det vi kan love at vi gjør i en sak hvor en pasient som har fått avslag i Beslutningsforum likevel skriver inn til oss, er at vi går gjennom litteraturen og besvare vedkommende, men vi kan ikke anbefale behandlingen. Vi må naturligvis være klar over at en mulig årsak til at Beslutningsforum ikke godkjenner en behandling, har med kostnadene å gjøre. Jeg håper at pasienter som skriver til oss når de har fått avslag fra Beslutningsforum er godt informert om at de ikke vil få denne behandlingen dekket av det

offentlige. Det som er litt interessant, som ikke har direkte med Ekspertpanelet å gjøre, er at det kommer billigere preparater på markedet tilsvarende Avastin, som Beslutningsforum fra 1. oktober har tillatt at vi nå kan gi enkelte pasienter med livmorhalskreft.

5. Kan man få behandling i utlandet?

Vi har noen få som har fått behandling i utlandet, men dette har da stort sett vært knyttet opp til studier. I realiteten så dreier det seg om få studier som er tilgjengelig. For gynekologisk kreft så har vi et veldig godt nordisk samarbeid, og vi er godt kjent med studier innen Norden. Koronapandemien byr på åpenbare begrensninger i forhold til deltagelse i studier i utlandet i den tiden vi er i nå. Det er videre slik at vi kan anbefale behandling, men det er

Overlege og gynekreftonkolog Tone Skeie-Jensen er en del av Ekspertpanelet som vurderer henvendelser fra pasienter med alvorlig sykdom som ønsker en second opinion.



opp til helseforetaket om de er villig til å stå for kostnadene. Jeg vil si at helseforetakene i relativt stor grad følger opp rådene vi gir.

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN
FOTO: OUS

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 av bransjens mest lovende portefølje av legemidler under utvikling innenfor kreft.

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

AstraZeneca

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

Du må bry deg

– Å være likeperson handler først og fremst om å bry seg om andre mennesker, sier Ingunn K. Leikanger.

Hun fikk diagnosen eggstokkrekft i 2015, og etter flere tilbakefall er Ingunn K. Leikanger nå ferdig med tredjelinje-behandling.

– Da jeg selv ble rammet av sykdom for fem år siden, fikk jeg Afrodite og dermed kontaktinfo til en likeperson her i Sunnmøre. Jeg ringte henne og husker samtalen som veldig fine. Å snakke med noen som har vært rammet av det samme og gått igjennom en lignende prosess som deg, er noe helt eget. Du føler at du har noen som forstår deg. For meg føltes det spesielt viktig, jeg mistet mannen min året før jeg selv ble syk. Det har vært noen tøffe år. Likeperson-samtaler kan være til stor hjelp nettopp i slike vanskelige livssituasjoner, påpeker Leikanger.

– Hva kan en likeperson bidra med som ikke en av dine nærmeste kan?

– De har på en måte en helt annen forståelse for hva du går igjennom. En likeperson skal ikke komme med medisinske råd, men be deg henvende deg til lege ved slike spørsmål. Likevel er det noe helt spesielt med å ha en samtale-partner som har opplevd tett på kroppen det du selv går gjennom.

Leikanger trekker også frem lukkede Facebookgrupper for personer som er rammet av det samme. Hun har selv opplevd hvor fint fellesskap som kan knyttes over nettet på denne måten. Et forum hvor man både kan få gode råd og trøst.

Vil fjerne tabuer

Hun er parat hvis noen skulle føle for en prat.

– Jeg har nå mistet håret for tredje gang. Det gjør meg ingenting å vise meg slik, og jeg håper det kan bidra til å fjerne noen tabuer, sier Ingunn K. Leikanger



– Mye settes på vent på grunn av korona, men ellers er det mange møter i regi av Gynkreftforeningens lokallag, jeg pleier å komme på. Det er noe med å bare komme seg ut og treffe andre, få kaffe, kaker og kjenne på det sosiale samværet. Det hender også det er foredragsholdere man kan høre på, smiler Leikanger.

– Krevs det noen spesielle egenskaper å fungere i rollen som likeperson?

– Du må bry deg om mennesker og lytte. Den som tar kontakt med deg skal være i sentrum, og du skal høre på hva vedkommende har å si. Mange kan føle på det tabubelagte når det kommer til gynekraft. Selv er jeg en veldig åpen person, da jeg fikk diagnosen snakket jeg om det med det samme. Jeg har nå mistet håret for tredje gang. Det gjør meg ingenting å vise meg slik, og jeg håper det kan bidra til å fjerne noen tabuer.

Viktige samtaler

Leikanger er bevisst på å holde et positivt fokus og synes nye behandlingsmåter og medisiner byr på fantastiske framskritt. Visse deler av helsesystemet har likevel et forbedringspotensial.

– Det er ikke så mye tilbud etter at man er «kureret», da har man på en måte bare etterkontrollene å forholde seg til. En ting er fysiske senskader, du kan få fastlegen til å søke om rehabilitering, og jeg har selv benyttet meg av dette flere ganger og vært veldig fornøyd. Men den psykiske biten skal man heller ikke glemme. Jeg er heldig som har en lege jeg føler jeg kan ta opp alt med, og ringe hvis det er noe jeg tenker på. Jeg tror det er viktig å minne folk på at de også kan be om å få snakke med psykolog, sosionom etc, påpeker Leikanger.

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

– Man må snakke om det og få Afrodite, der alle likepersoner står oppført, ut til flere. På legekantorene bør det ligge enda flere visittkort og reklame for Gynkreftforeningen. Når det er sagt synes jeg leder Jeanette Hoel gjør en kjempejobb med å fronte Gynkreftforeningen. Hun er helt fantastisk!

TEKST: KJERSTI JUUL
FOTO: PRIVAT

ADRESSER OG TELEFONNUMMER TIL TILLITSVALGTE OG LIKEPERSONER

STYRET

Leder	Jeanette Hoel	jeanette@gynkreftforeningen.no	92 60 67 86
Nestleder	Siw-Kristin G. Haugseth	siw-kristin71@hotmail.com	99 75 18 95
Medlem	Elisabeth Kvam Tronstad	elisabeth.kvam.tronstad@outlook.com	90 68 35 55
Medlem samt sitter i likepersonutvalget	Lillian Lunde	lillife@online.no	97 17 58 14
Medlem	Anne Marthe Øverås	marthe.overaas@gmail.com	91 32 29 70
Medlem	Beate Steen Nilsen	beatenilsen68@outlook.com	45 27 81 89
Medlem	Tonje Bjerkelund	tonjebjerkelund@gmail.com	91 74 80 30

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	Heidi Haugen	heikisak@gmail.com	90 86 93 50
Odda og omegn	Margarethe Langfeld	mlangfel@online.no	41 60 45 86
Oslo og Akershus	Dorte Nakszynski	dortena@online.no	47 82 44 19
Telemark og Vestfold	Astrid Oddnes	astrid.oddnes@gmail.com	91 77 48 96
Trøndelag	Siri Berg	siriberg@online.no	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

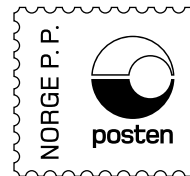
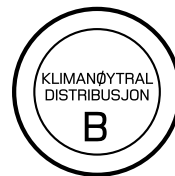
Aust-Agder	Lisbeth Westergren	Lisbeth.westergren@if.no	47 02 64 90
Vest-Agder	Kate Lindland Johnsrud	katejoh@hotmail.no	91 87 94 14
Hedmark	Inger Helen Nyhus	ingerhelenny@yahoo.no	41 32 66 51
Nordland, nord for Saltfjellet	Christine Klippenvåg Nordgård	christinekn@me.com	91 64 23 48
Nordland Sør	Christin 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	9440 Evenskjer	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
Jeanette Hoel	1555 Son	Oslo/Akershus	hoel.jeanette@gmail.com	92 60 67 86
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
Siw-Kristin G. Haugseth	1970 Hemnes	Oslo/Akershus	siw-kristin71@hotmail.com	99 75 18 95
Marit Holm Mathisen	1160 Oslo	Oslo/Akershus	marit.holm@getmail.no	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
Lillian Lunde	2387 Brumundal	Hedmark	lillife@online.no	97 17 58 14
Inger Helene Nyhus	2386 Brumundal	Hedmark	ingerhelenny@yahoo.no	41 32 66 51
Laila Fredhjem	2422 Nybergssund	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 Nesttun	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
Hilde Salvesson Hegge	3406 Tranby	Buskerud	h.salvesson@gmail.com	98 63 77 36
Eva Kantor	1679 Kråkerøy	Østfold	anitakan@online.no	93 03 86 02

LIKEPERSONER MED BAKGRUNN SOM PÅRØRENDE

Elin Lautin	Oslo	Oslo/Akershus	elinlautin@gmail.com	90 84 74 61
Hanne Hoel	1555 Son	Oslo/Akershus	hoel.hanne1@gmail.com	92 43 20 62
Charlotte W. Knudsen	4824 Arendal	Agder	charlotte-knudsen@hotmail.com	46 54 55 50
Stian G Haugseth	1970 Hemnes	Østfold	stian-g-haugseth@hotmail.com	47 26 34 12
Elin Harriet Eilertsen	1653 Sellebakk	Østfold	elin-harriet@hotmail.com	92 06 43 08



Returadresse
Gynkreftforeningen
Rosenkranz' gate 7
0159 Oslo

BLI MEDLEM

Gynkreftforeningen trenger flere medlemmer for at vi skal få en enda sterkere stemme i samsfunnsdebatten til det beste for gynkreframmede og deres pårørende.

Desto flere medlemmer vi får desto flere midler får vi også gjennom ulike støtteordninger. Dette er midler vi bruker til informasjonsarbeid, politisk påvirkning, brukermedvirkning, utanning og utvidelse av vårt tilbud om likepersoner og til arbeid i lokallag for å nevne noe.

Nå skriver vi oktober, og ut året betaler du halv pris på medlemskapet.

Vi oppfordrer også eksisterende medlemmer til å utvide sitt medlemskap til et familiemedlemskap. Alle i din husstand kan knyttes til ditt medlemskap, og hvert medlem teller.

Et medlemskap i Gynkreftforeningen koster 300 kroner i året, eller 400 kroner for deg og dine familiemedlemmer. Ut året er det halv pris.

MELD DEG INN VIA VÅR NETTSIDE www.gynkreftforeningen.no
Her kan du også oppgradere til et familiemedlemskap.

Etterlengtet medisingodkjenning

Det medisinske virkestoffet bevacizumab, for de fleste kjent som medisinen Avastin, er nå endelig godkjent av Beslutningsforum for pasienter med avansert livmorhalskreft og tilbakefall av livmorhalskreft.

– Det er gledelig at denne medisinen endelig er godkjent for bruk til alle damer med livstruende, tilbakefall av livmorhalskreft. Det er dessverre alt for sent for mange, og dette er en sak som Gynkreftforeningen har jobbet for lenge. Vi har vært i høringer på Stortinget, arrangert rundbordskonferanse med beslutningstakere i helsevesenet og endog fått legemiddelselskapet som har medisinen til å gi den bort gratis, uten at det har endret Beslutningsforums vilje til å ta den inn i det offentlige helsevesenet. Nå som patenttiden på den originale medisinen er ute, kan vi endelig få den til de som trenger den, sier Anne Marthe Øverås i Gynkreftforeningens hovedstyre.

Hun vet hva hun snakker om. Hun var en av de heldige som fikk Avastin før Beslutningsforum sa nei til å gi den som et allment tilbud.

– Det har berget livet mitt. Takket være at jeg kom til behandling før avslaget kom, kunne jeg fortsette å bruke den. Det føles urettferdig at jeg skal være så heldig, mens andre som ble syke noen måneder senere ikke skulle være det. Dette regelverket må vi kjempe videre for å endre, men nå skal vi glede oss over at denne behandlingen blir tilgjengelig for alle som trenger den, sier Anne Marthe Øverås.



At alle som trenger det skal kunne få tilbud om medisinen Avastin eller et kopiprodukt av denne, er en sak Gynkreftforeningen har jobbet for lenge, sier Anne Marthe Øverås.

Glede i fagmiljøene også

– Nå kan vi endelig gi det som anses å være den beste standardbehandlingen til pasientene våre, sier Kristina Lindemann, overlege og ansvarlig for gynekologiske kreftstudier ved Radiumhospitalet. Bevacizumab er medisinen de fleste kjenner som Avastin. Og godkjenning av denne har vært en sak både Gynkreftforeningen og fagorganisasjonene har jobbet for lenge.

Beslutningsforum sa 21.09.20 ja til innføring av bevacizumab eller en biosimilar i behandling ved avansert livmorhalskreft og ved tilbakefall av livmorhalskreft. Behandlingen kan tas i bruk fra 1. oktober 2020.

TEKST OG FOTO: EDDY GRØNSET