

Afrodite

NR. 1 / 2011 - 10. ÅRGANG MEDLEMSBLAD FOR GYNKREFTFORENINGEN

Björg Thorhallsdottir

– Gi rom for sorg og glede

- 8** Nytt lokallag startes i Tromsø
- 10** Omfattende arbeid bak analyse av vevsprøver
- 18** Faglig uenighet om hva som er den beste HPV-testen

TA GJERNE MED DEG BLADET HJEM!

Ønsker du å snakke med noen?
Ring Oss! Tlf: 02561





LEDEREN HAR ORDET

Kjære medlem og kjære leser av Afrodite!



Gynkreftforeningen satser stort på å utvikle et likemannsapparat. Vi har blant annet hatt likemenn i aktivitet i Oslo, på Vardesenteret, i Bergen, i Stavanger, i Molde og i Trondheim. Disse fikk opplæring på begynnelsen av 2000-tallet og har gjort en utmerket jobb.

Foreningen ønsker å følge opp de likemenn som er i aktivitet, og vi ønsker å lære opp flere til å bli likemann. En likemannstjeneste er et supplement til de offentlige tjenester, og en likemann skal gi tilbud om prat og oppmuntring til damer som er i samme situasjon som hun selv har vært i. Gynkreftforeningen har oppnevnt et likemannsutvalg som sammen med hovedstyret vil utvikle en plan for Gynkreftforeningens likemannsarbeid.

Det første likemannsseminaret i år skal avholdes på Soria Moria i Oslo, 8.-10. april. Neste seminar blir til høsten.

Det er mange oppgaver å ta tak i for Gynkreftforeningen. Her vil jeg nevne noen:

- Vi må opprettholde trykket på vaksinen mot livmorhalskreft, slik at så mange som mulig blir vaksinert mot denne alvorlige sykdommen.
- Foreningen har erfart at det er innført mulighet for å få refusjon for lymfeødemstrømper for brystkreftopererte. Vi arbeider med denne saken for å klargjøre om dette også gjelder vår gruppe. Hvis det ikke gjør det, vil vi jobbe for å få dette på plass. Det er mange som sliter med lymfeødem og for mange er dette en stor utgiftspost. Noen tar seg heller ikke råd til å kjøpe strømpene som de sårt trenger for å holde ødemet i sjakk.
- Foreningen må bidra til økt fokus på alle former for gynekologisk kreft.
- Foreningen jobber for å få til økt aktivitet lokalt. Det ble arrangert et åpent møte i Tromsø 2. mars. Vi håper å få til flere slike møter i løpet av året.
- Gynkreftforeningen er 10 år i 2011. Vi planlegger å markere dette 18.juni i Oslo. I tillegg til de som stiftet foreningen og tidligere ledere vil to fra hvert lokallag bli invitert til markeringen.

Jeg ønsker alle en riktig god vår!

Med vennlig hilsen

Eli Lidal

Leder av Gynkreftforeningen

I DETTE NUMMER:



Krev grundigere undersøkelser fra fastlegen	s. 4
Kreftpasientenes erfaringer med behandlingen	s. 6
Fikk hypertermibehandling	s. 7
Skal starte lokallag i Tromsø	s. 8
Slik testes vevsprøvene	s. 10
Kompetanse viktig i gynkreftsenter	s. 12
Forsker på forstadier til livmorkreft	s. 13
Björg Thorhallsdóttir gir rom for både sorg og glede	s. 14
Nytt fra lokallagene	s. 16
Strid om HPV-test	s. 18
Veien videre med rehabilitering	s. 20
Leserbrev	s. 22

Fastleger må gjøre grundigere undersøkelser

– Enhver kvinne som har plager i underlivet eller som har uklare magesmerter har krav på en grundig gynekologisk undersøkelse. Dessverre er det slik at mange fastleger ikke er flinke nok til å ta en skikkelig undersøkelse av de kvinnene som kommer med slike plager, sier overlege og forsker Astrid Helene Liavaag ved Gyn/Fødeavdelingen, Sørlandets Sykehus Arendal.

Hun mener at mye engstelse kunne vært unngått og ikke minst flere krefttilfeller oppdaget tidlig hvis fastlegene hadde gjort en skikkelig jobb på dette området. Det er først hvis fastlegen ikke finner en årsak til ubehaget eller oppdager noe som bør undersøkes nærmere at det er behov for kvinnen å komme til en spesialist, mener Liavaag.

Finner fastlegen noe som bør undersøkes nærmere eller om han eller hun ikke greier å finne årsaken til dine plager skal du henvises videre til en gynekolog på sykehus eller i privat praksis.

– I første omgang er dette noe fastlegen din kan gjøre. Legen skal da ta en grundig gynekologisk undersøkelse med spekelundersøkelse, celleprøve av livmorhalsen, og i tillegg skal fastlegen kjenne på livmor og eggstokker via skjeden og på magen generelt. Finner fastlegen noe som bør undersøkes nærmere eller om han eller hun ikke greier å finne årsaken til dine plager skal du henvises videre til en gynekolog på sykehus eller i privat praksis. Gynekologen har mer spesialisert utstyr, større erfaring med underlivsplager og kan i tillegg ta ultralyd, sier Astrid Helene Liavaag.

Ubehagelig, men nødvendig

Mange synes det er ubehagelig å ta en gynekologisk undersøkelse, men føler du at noe ikke er som det skal, så er det viktig å få sjekket dette så fort som mulig. Det er viktig for

din egen trygghetsfølelse å få avdekket om noe er galt, og husk at i de aller fleste tilfellene så skyldes plagene noe som er helt ufarlig.

– Har du et forstadium til kreft, eller en begynnende kreftsykdom vil behandlingsresultatet bli bedre og dine plager med behandlingen bli vesentlig færre hvis sykdommen oppdages tidlig. Har du unormale blødninger eller diffuse smerter i underliv eller mage, nøl derfor ikke med å be om en undersøkelse. Har du ingen plager holder det at du tar rutinemessig undersøkelse med celleprøver hvert tredje år.

Enhver kvinne som har plager i underlivet eller som har uklare magesmerter har krav på en gynekologisk undersøkelse. Med en gang man merker smerter eller noe som er uvanlig og som ikke går over skal man kontakte legen. Hvis fastlegen ikke finner noe, men ubehaget ikke går over, så ta da kontakt med en privatpraktiserende gynekolog hvis legen ikke vil gi henvisning. Bytt heller fastlege hvis denne ikke vil gi deg henvisning, oppfordrer Astrid Helene Liavaag.

Vil lære opp legene

Astrid Helene Liavaag har nå tatt initiativ til å lage et samarbeidsopplegg med fastlegene inkludert undervisning og skriftlig informasjon om hva en skikkelig gynekologisk undersøkelse skal inneholde. – Fastlegen skal ved gynekologisk undersøkelse systematisk gå igjennom de organene legen kan sjekke. Legen skal se på de ytre kjønnsorganene og sjekke at det ikke er tegn til infeksjon eller sår eller noe annet unormalt i skjedeåpningen. Så skal legen inn i skjeden med et spekel (et instrument for å åpne skjeden slik at legen kan se inn i skjeden med sitt eget øye). Her skal fastlegen se på skjedeveggen og legen skal ta celleprøve fra livmorhalsen. Det er viktig å se etter infeksjoner som for eksempel skyldes HPV-virus som kan gi økt sjanse for celleforandringer. Fastlegen skal også kjenne på livmoren ved å gå inn med ene hånden i skjeden og den andre hånden på magen. Legen skal også kjenne på eggstokkene ved å føle ut til sidene for livmoren. Det siste slurver veldig mange leger med. Legen trenger minimum 20 minutter for å ta en skikkelig gynekologisk undersøkelse, sier Liavaag.

Hun påpeker at det også er viktig at fastlegen kjenner familiehistorien til sine pasienter. Dette er ikke minst viktig i forhold til livmor- og eggstokkreft som kan være arvelig.



Gynekolog og forsker Astrid Helene Liavaag mener at mange fastleger ikke gjør grundige nok undersøkelser knyttet til plager i kvinnelige pasienters underliv. Pasientene må selv sette krav til legen sin, hvis ikke bør de be om å bli henvist videre, sier hun.

Dessverre viser det seg at kvinner med eggstokkreft har kommet senere til behandling fordi leger bare har tatt celleprøver fra livmorhalsen og ikke gjort fullstendig undersøkelse.

– Den gynekologiske undersøkelsen er en ubehagelig undersøkelse som både lege og pasient gruer seg for. Jeg kjenner til eksempler fra pasienter som har vært hos legen og blødd, og så har legen sagt at de ikke kunne ta undersøkelse fordi pasienten blødde, men pasienten blødde fordi hun hadde kreft. Samhandlingsreformen som nå skal gjelde utvidet samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten, legger opp til at mye mer av undersøkelser, behandling og kontroll skal gjennomføres i førstelinjetjeneste, men da må det gjøres skikkelig. Det kreves kunnskap og ressurser, og legene må ta seg mer tid til hver pasient, mener Liavaag.

Gynekologens oppgave

Hvis fastlegen finner noe som han mener ikke ser normalt ut, eller hvis legen kjenner oppfyllinger i eller utenfor livmor som ikke skal være der, skal pasienten henvises til gynekolog.

– Vi skal da gjøre den samme undersøkelsen som fastlegen med vår spesialistkunnskap. Vi gjør da eventuelt kolposkopi, det vil si en spesiallundersøkelse av mormunn og i tillegg til celleprøver tar vi også eventuelle vevsprøver. En

Man trenger likevel ikke være redd for at man har fått kreft fordi man blir henvist til en spesialist. Det er for å utelukke kreft.

vevsprøve går ut på at vi skjærer av en liten bit eller skrapper litt fra slimhinnen med lokalbedøvelse. I tillegg tar vi ultralyd via skjeden og oppe på magen. Vi ser etter cyster, svulster eller andre ting i bekkenet og buken. Det vi finner kan like gjerne være muskelknuter eller godartede cyster. Noen må videre til operasjon både for godartede og ondartede lidelser. Man trenger likevel ikke være redd for at man har fått kreft fordi man blir henvist til en spesialist. Det er for å utelukke kreft.

Det er viktig å være klar over at risikoen for at en smerte eller blødning skyldes kreft er veldig liten, men det er veldig dumt ikke å undersøke det skikkelig, sier Astrid Helene Liavaag.

Undersøkte kreftpasientenes erfaringer

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utført den første nasjonale undersøkelsen som ser nærmere på kreftpasienters erfaringer med behandling og sykehusopphold. Det er særlig informasjon som må forbedres, viser resultatene.

Utredning og behandling av kreft involverer ofte mange aktører. Pasienten er i ulike faser av sykdommen avhengig av at alle aktørene koordinerer godt seg imellom. Resultatene i den første nasjonale undersøkelsen av kreftpasienters erfaringer tyder på at tjenestene fremstår som fragmenterte for pasientene, og at de ikke alltid er like fornøyd med informasjonen de får.

Skårer dårligst på informasjon

Flere pasienter uttrykker frustrasjon over at de selv må følge opp for å bli innkalt til kontroll, eller etterlyse resultater av prøver/undersøkelser som ikke har blitt formidlet til pasienten selv eller til fastlegen. Det er særlig behov for forbedringer innen organisering og informasjon:

- Hver femte kreftpasient opplevde i liten grad, eller ikke i det hele tatt, at det var en fast gruppe pleiepersonale eller lege som hadde hovedansvaret.
- Henholdsvis 15 prosent ved poliklinikker og 13 prosent ved sengeposter oppga at det å ha mange leger var et problem.



Olaf Holmboe, forsker på Kunnskapssenteret forteller at kreftpasientene mener at informasjonen de får fra helsevesenet kan bli bedre.

- Mellom 20 og 30 prosent av pasienter ved både poliklinikker og sengeposter opplevde også at informasjonen de hadde fått om smerter og smertelindring ikke var tilstrekkelig. I tillegg meldte mange fra om at de manglet informasjon om bivirkninger.

Grunnlaget

Den nasjonale undersøkelsen baserer seg på erfaringer til pasienter som var innlagt på eller i kontakt med sykehus i forbindelse med en kreftdiagnose i perioden september til desember 2009. Alle sykehus deltok med unntak av Oslo universitetssykehus Rikshospitalet, som valgte å ikke levere data. Totalt svarte 7212 pasienter på spørreskjemaet.

– Dette er den første nasjonale undersøkelsen vi gjør blant kreftpasienter. Formålet har vært å framskaffe systematisk informasjon om pasientenes erfaringer med sykehusene, forteller Olaf Holmboe, forsker på Kunnskapssenteret. Resultatene skal brukes som grunnlag for kvalitetsutvikling, virksomhetsstyring og i samfunnet for øvrig, inkludert fritt sykehusvalg.

Støre belastning enn sykdommen

I besvarelsene på undersøkelsen omtales det å stadig måtte møte nye leger som «en større belastning enn kreftsykdommen», og at det gir en følelse av å måtte starte på nytt hele tiden. Flere leger gjør også at mange pasienter føler en utrygghet.

«Når antallet leger totalt sett er 15 stk og du sjelden møter samme legen to ganger etter hverandre, så er det kanskje ikke så rart at en blir forvirret og usikker på hvem man skal lytte til», skriver en pasient. En annen belyser hvor vanskelig det er å selv skulle vurdere om noe burde vært løst annerledes med behandlingen, når det har vært stor faglig uenighet etter kontakt med flere leger eller sykehus.

FAKTA

- Kjønnfordelingen på svarene i undersøkelsen var 56 prosent menn og 44 prosent kvinner.
- Gjennomsnittsalderen var 66 år.
- De fleste besvarelsene kom fra pasienter med kreft i mannlige kjønnsorgan, lymfoid, hematopoetisk eller beslektet vev, fordøyelsesorgan og bryst.
- Pasienter med kreft i kvinnelige kjønnsorganer utgjorde 6,8 prosent av besvarelsene. Deres tilbakemeldinger samsvarte med det totale inntrykket fra undersøkelsen: At de fleste er fornøyd med pasientsikkerheten, men at informasjonen om sykdommen, smertene og behandlingen ikke er god nok og at koordinering mellom sykehus, kommunale tjenester og fastlege bør forbedres.

Samarbeid og koordinering mellom sykehus og andre helsetjenester er også et område det bør gjøres noe med. Over halvparten av de spurte peker på et forbedringspotensial når det gjelder sykehusets samarbeid med kommunale tjenester og fastleger.

Mest fornøyd med sikkerheten

Det pasientene var mest fornøyd med var pasientsikkerheten. Likevel er også de som har negative erfaringer relatert til tilbakeholdt eller motstridende informasjon, eller feilbehandling. Det er store forskjeller sykehusene imellom når det gjelder pasientenes rapportering av feilbehandling. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge får gjennomgående høyere skår enn Helse Vest og Helse Nord. Sykehusene som skiller seg veldig fra gjennomsnittet gjør det hovedsaklig i en positiv retning.

Tekst: Anna K. Langhammer

Bilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Varmer opp svulsten for å fjerne kreften

Ved Haukeland universitetssykehus kan livmorhalskreft behandles med cellegift og stråling i kombinasjon med hypertermibehandling.

Hypertermi er et annet ord for varmebehandling, og innebærer at man øker temperaturen i svulstvevet for å forsterke effekten av strålebehandling og cellegift. Det kan brukes på to måter:

- Ved regional hypertermi varmer man opp den delen av kroppen der svulsten sitter, om mulig til over 41,5 grader.
- Ved helkroppshypertermi varmes hele kroppen opp til 41,7 - 41,9 grader.

– Gir det lille ekstra

Haukeland universitetssykehus gir behandling med hypertermi ved livmorhalskreft og svulster som utgår fra bein- eller bindevev (sarkomer). Varmebehandlingen bygger på flere forskjellige biologiske mekanismer som ennå ikke er kartlagt fullt ut. Overlege Terje Nordberg sier at de opplever en positiv effekt av hypertermibehandling i kombinasjon med strålebehandling og cellegift.

– Vi vet at det er virksomt for å gjøre strålebehandling mer effektivt og kanskje gi det lille ekstra. Det vi ikke vet er om det å legge sammen to ting som fungerer hver for seg har enda bedre effekt. Vi har tro på det, og mye tyder på det. Men om det blir bra nok til å se i en studie, det gjenstår å se, sier Nordberg.

Hvilke effekter som er viktigst kan variere med hvilke temperaturer man oppnår ved behandlingen, hvilken krefttype man behandler, og hvilke typer friskt vev som ligger nær svulsten. Ved forsøk har man sett en

kraftig økning i celledød når temperaturen i vev overstiger 42 grader både for syke og friske celler. I mange tilfeller vil hypertermi øke innholdet av oksygen i svulsten, noe som er viktig for at stråling skal kunne drepe celler. Varmen påvirker også de kjemiske prosessene i kreftcellen der cellegifter skader cellens stoffskifte.

Fikk hypertermibehandling

Ingunn Eike er en av dem som har blitt behandlet med hypertermibehandling ved Haukeland.

– Jeg måtte møte opp der en gang i uka i seks uker, forteller hun. Da ble det tatt blodprøver og lagt temperaturmålere i kroppens naturlige hulrom nær svulsten før behandlingen. – Så fikk jeg stråling først og ble siden lagt inn i en slags køye på hypertermirommet. En pose av plast, fylt med vann, ble lagt slik at den omsluttet bekkenet. Vannet var først kaldt og så ble det varmet opp til en bestemt temperatur. Prosessen tok omtrent halvannen time, og samtidig fikk jeg cellegift. Dagen etter ble en ny blodprøve tatt.

– Ubehaget er minimalt. Jeg opplevde litt ubehag, men det skyldes nok at jeg var så medtatt da jeg startet med det. Mine fremtidsutsikter var ikke så bra, forteller Ingunn. Nå er det fire år siden, og hun tror på at det var kombinasjonen av behandlingene som gjorde henne bra.

Et forskningsprosjekt

Haukeland universitetssykehus startet med hypertermibehandling i



Ingunn Eike har gode erfaringer med hypertermibehandling hun har fått ved Haukeland.

1994. Av bemanningsmessige årsaker har ikke helkroppshypertermibehandling blitt gitt etter 2005. Hypertermiprojektet er ikke et ordinært behandlingstilbud, men et forskningsprosjekt der man vil finne ut hvilke effekter det har og prøve det i vitenskapelige studier. Dersom du tenker at hypertermi kan være noe for deg anbefaler Nordberg at du tar kontakt.

– Ta en telefon til sykehuset. Jeg får ofte slike henvendelser. Det er flere ting som må vurderes i hvert enkelt tilfelle for å se om det kan være aktuelt.

Tekst: Anna K. Langhammer

Bilde: Privat

A photograph of two women smiling and holding a plate of fruit. The woman on the left is younger, with short dark hair and glasses, wearing a grey patterned sweater. The woman on the right is older, with short white hair, wearing a white patterned sweater. They are both holding pieces of fruit, and a plate of sliced fruit is in front of them.

Starter lokallag i Tromsø

Gynkreftforeningen har så langt ikke hatt noen lokallag i Nord-Norge. Det er det nå slutt på. Tre damer har sagt seg villig til å dra i gang arbeidet i Tromsø.

Gynkreftforeningen inviterte til åpent møte i Tromsø i begynnelsen av mars, og det var et spennende program som ble satt opp med foredrag om forskning på livmorkreft, den arvelige genfeilen Lynch som veldig ofte medfører at pasienten får kreft, og en redegjørelse for hvordan det gynekologiske kreftsenteret i Nord-Norge fungerer. Inger Olsen fra Gynkreftforeningen i Trøndelag hadde tatt turen til Tromsø for å fortelle hvordan lokallagsarbeidet drives i Trondheim. Hun trakk frem hvor viktig det er å ha en forening hvor man kan møte medsøstre.

– Det å kunne være i en forening der alle har opplevd det samme som deg selv er veldig godt.

I Trondheim prøver vi å ha et møte i måneden. Vi tar 50 kroner i inngangspenger, og dette dekker kostnadene vi har til en enkel servering. Vi har alltid hatt et foredrag, og dette kan være alt fra leger som snakker til at vi for eksempel har motekvelder med en frisør som forteller hvordan vi kan forholde oss til å miste håret mens vi får cellegiftbehandling. Det viktigste er imidlertid at vi får tid til å prate sammen. Man får en del råd og tips når man snakker med noen som har opplevd det samme som deg selv. Det er ikke alltid at det er legene vi trenger å få informasjonen fra, sier Inger Olsen og bedyrer at det er lite arbeid forbundet med å drive et lokallag, men at man får veldig mye igjen for dette engasjementet.

LOKALLAG DER DU BOR?

På nest siste side i dette bladet finner du en oversikt over lokallagene i Gynkreftforeningen og kontaktpersoner for disse. Finnes det ikke et lokallag der du bor, så ta kontakt med Gynkreftforeningens leder Eli Lidal på epost eli.lidal@gmail.com eller telefon 92 83 33 05. Sammen kan vi ta et initiativ for å få startet opp et tilbud.

Elisabeth Sundkvist fra Kreftforeningen i Tromsø og Ingrid Olsen fra Gynkreftforeningen i Sør-Trøndelag kan fortelle at det viktigste med en lokalforening er at man får en møteplass hvor man kan møte likesinnede. Det administrative arbeidet er beskjedent, og det er god hjelp å få for de som ønsker hjelp til å starte opp.

Får støtte

Både Gynkreftforeningene sentralt og den lokale organisasjonen til Kreftforeningen vil gi starthjelp til de som ønsker å etablere et lokallag.

Elisabeth Sundkvist er rådgiver for frivillighet og pasientforeninger i Kreftforeningen i Tromsø, og hun synes det er flott at det nå ser ut til å bli et lokallag av Gynkreftforeningen i byen.

– Jeg opplever at folk ofte spør hva det er vi har for gynkreft i Nord-Norge når vi for eksempel står på stand. Da er det vært litt pinlig å si at vi ikke har noe. Brystkreft har over 14 lokallag i Nord-Norge, mens gynkreft har ingen. Det må vi gjøre noe med, sier hun.

Hun forteller at det kan virke som om det er en trend i tiden at folk ikke vil ta på seg de vervene som kreves for å drive et lokallag. Det kreves at man har en leder, en sekretær og en kasserer, men det er ikke mye arbeid som kreves for å få det organisatoriske til å fungere.

– Kreftforeningen har fokus på den jobben lokallagene og pasientforeningene gjør som likemenn. Det er det vi anerkjenner og synes er veldig viktig. Strengt tatt er det ikke verre enn at man møtes i Kreftforeningens lokaler en gang i måneden. Har ikke Kreftforeningen lokaler der du bor så er det sjelden vanskelig å få låne et møterom på et hotell, i kommunen eller på sykehuset. Kreftforeningen kan også bistå med råd og tips. Vi har en del samlinger og kurs for de som sitter i pasientforeningene. Her gir vi faglig påfyll og vi hjelper til med å lage et program, forteller hun.

Når sykehusoppholdet er over

– Så lenge jeg sto på med behandlingen, så følte jeg meg godt ivaretatt. Det er fagpersoner på sykehuset som jeg kan



Elisabeth Berg, Edel Storjord og Tove Hauan Løvli syntes det var flott med et medlemsmøte i Tromsø. – Jeg fikk vite masse om det som skjer på fagområdet, og det var veldig informativt, sier Løvli. – Jeg har hatt lyst til å bli medlem, men visste ikke om tilbudet før nå, sier Edel Storjord. Nå vil de tre damene dra i gang et lokallag i Tromsø.

ta ut alt fra mens jeg er der. Det be et stup da jeg kom hjem. Naturligvis var jeg glad for å ha blitt erklært frisk, men jeg savnet en oppfølging. Det er ikke bare de fysiske plagene man sliter med. Det er redsel og angst som har vært det verste for meg. Jeg tok mange telefoner i panikk til UNN i tiden etterpå fordi jeg var så redd. Jeg skulle ønske det var andre jeg kunne prate med. Det er viktig med en forening som ikke er en syteklubb, men et sted hvor man kan komme videre. Hvis det er Gynkreftforeningens intensjon så er jeg med, sier Tove Hauan Løvli og meldte seg inn i Gynkreftforeningen. Nå vil hun sammen med Edel Storjord og Elisabeth Berg være med på å starte en lokalforening av Gynkreftforeningen i Tromsø.

Gode erfaringer

Leder av Brystkreftforeningen i Tromsø, Ingrid Hemmingsen, lovt å gi drahjelp til sine medsøstre som nå vil starte lokalforening i Gynkreftforeningen.

– Det er så viktig å møte noen likesinnede. Vi har tema på hvert møte. Det kan for eksempel være stressmestring og vi har juleverksted. Det å komme sammen og gjøre ting i lag er det som er det viktigste. Vi er ingen syteklubb, men vi opplever å gi hverandre mellommenneskelige forståelse fordi vi har opplevd noe i lag. Når jeg forteller noe så er det noen andre som sier at slik har jeg det også. Jeg skjønner at jeg ikke er alene med noe, sier Hemmingsen.

Tekst og foto: Eddy Grønset

INNMELDINGSBLANKETT

Ja **jeg vil bli medlem**

(kr 275,-)

Ja **jeg vil bli støttemedlem**

(kr 225,-) / kr 400,- bedrifter

Fornavn:

Etternavn:

Fødselsdato:

Postadresse:

Poststed:

E-post:

Telefon:

Innmelding sendes til: Gynkreftforeningen FGK,
Postboks 4 Sentrum , 0101 Oslo

Slik testes prøvene dine

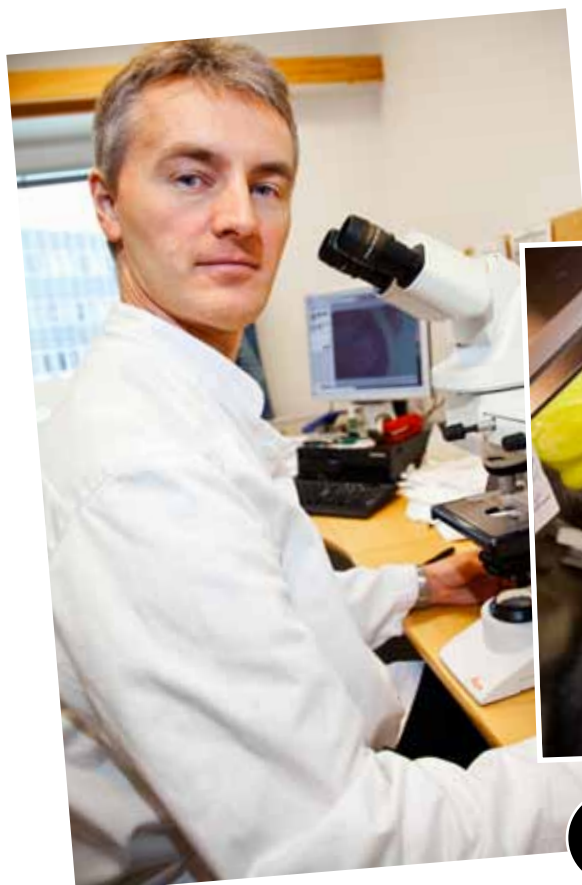
Noen tror kanskje at patologer bare jobber med å obdukere døde mennesker, men det er veldig feil. Her i Tromsø hadde vi i fjor 200 obduksjoner og over 50 000 analyser av prøver fra levende mennesker. Riktig analyse av disse prøvene er avgjørende for å fastslå om de har en sykdom som må behandles og i så fall hvordan den skal behandles, sier overlege ved patologisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), Sveinung Sørbye.

Det er mange mennesker som jobber med disse analysene. Ved avdelingen i Tromsø er det 70 medarbeidere fordelt på leger, bioingeniører, kontoransatte og assistenter. Sørbye forklarer at det er en omstendelig prosess som involverer flere mennesker, bak analysen av for eksempel en vevsprøve fra en kvinnes livmorhals. Afrodite ble med Sørbye på en rundtur i laboratoriet og ble kjent med arbeidet som ligger bak prøveanalysene.

– Det første som skjer er at kvinnen får tatt en vanlig celleprøve fra livmorhalsen. Det er i praksis en børste eller spatel som gjerne hennes fastlege fører inn via skjeden, og den får med seg celler fra slimhinnen i livmorhalsåpningen. Det er på basis av en slik

celleprøve man ser om det er tegn til celleforandringer som bør undersøkes videre. De fleste kvinner vil ha normal celleprøve. Hvis celleprøven imidlertid indikerer at noe kan være galt må det tas en vevsprøve av en gynekolog. Gynekologen går da inn med en liten tang og tar en eller flere små biter av livmorhalsen. Ofte gjøres dette med lokalbedøvelse, men det er ikke snakk om store plager med en slik undersøkelse, forteller Sveinung Sørbye.

Tekst og foto: Eddy Grønset



1. Når gynekologen har tatt vevsprøven legges denne på et glass med formalin. Formalinen trekker inn i vevet og sørger for at det får holdbarhet og fastere konsistens som gjør det egnet til å viderebearbeides på laboratoriet hos patologen. Glasset sender gynekologen til patologisk avdeling.



6. Sveinung Sørbye har her fått inn en rekke prøver fra bioingeniørene som har behandlet vevsmaterialet. Fra hver pasient er det flere snitt han skal vurdere. Målet er å se om det er vevsforandringer eller endringer i den enkelte celles struktur som kan tyde på celleforandringer eller kreft. Dette vurderer han i et mikroskop.

2. Det første som skjer på patologisk avdeling er at prøveglasset blir registrert og vevsbiten legges i en maskin som fjerner formalin og erstatter dette med parafin. Parafinen er viktig for at man senere skal kunne snitte vevsprøven opp i små tynne flak. Maskinen fjerner også vannet som er igjen i vevet. Det gjør at prøven kan få en holdbarhet på over hundre år. Med tanke på forskning kan dette være nyttig.



4

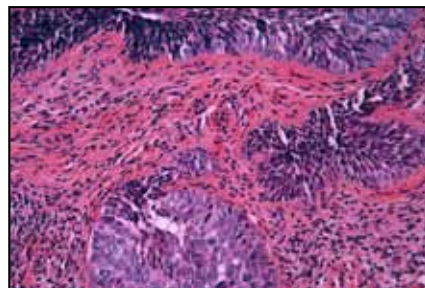


4. Dette snittet farges i et fargebad. Fargen man bruker ble utviklet for over hundre år siden og gjør at det er mulig å vurdere vevets oppbygning og cellenes utseende i mikroskopet. Nå er prøven klar for å bli vurdert av en patolog.



3

3. Neste steg er å støpe vevet inn i en parafinblokk. Fra parafinblokken lages det snitt i en ostehøvellignende maskin. Hvert snitt har en tykkelse på 4 mikrometer. En mikrometers tykkelse tilsvarer at du deler opp en enhet på en millimeters tykkelse opp i 250 lag. Snittet legges på et dekkglass.

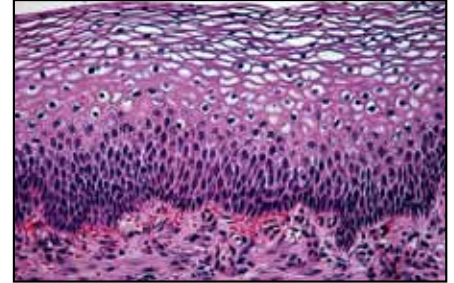


UTVIKLET KREFT

Her har den naturlige grensen for vevet blitt brutt og celleklumper har vokst inn på steder hvor de ikke skal være. Denne pasienten har fått kreft.

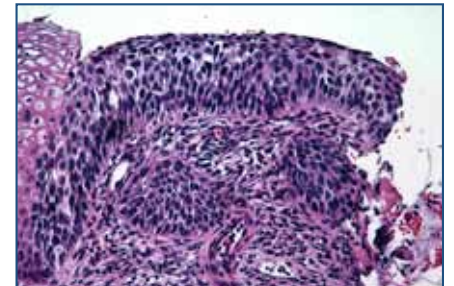
NORMAL PRØVE

Dette mikroskopbildet viser en normal vevsstruktur uten tegn til utvikling av noen forstadier til kreft. Sørbye forklarer at slimhinnen er jevn og har luftighet mellom cellene. Cellekjernene er små.

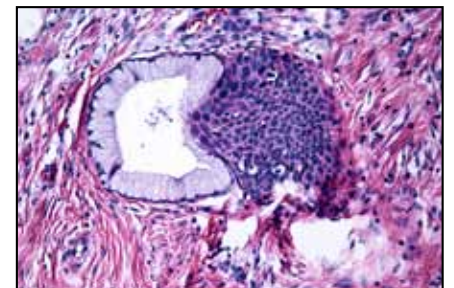


BILDE MED UTVIKLET FORSTADIE

Det er vanlig å dele forstadier til kreft i tre alvorlighetsgrader, CIN1, CIN2 og CIN3. CIN1 (lavgradig celleforandring) er den mildeste varianten som i de fleste tilfeller går tilbake av seg selv, og blir fulgt med ny celleprøve etter 6-12 måneder. CIN2 og CIN3 regnes som høygradige celleforandringer som vanligvis behandles ved at man fjerner det skadede vevet med et lite inngrep (konisering).



Dette bildet viser et forstadie i stadiet CIN2. Her ser du tydelig forstadie fordi den naturlige slimhinnen er erstattet av endrede celler som ikke skal være der. De holder seg likevel innenfor området med slimhinne og har ikke begynt å vokse inn i annet vev. Uten behandling er risiko for utvikling av kreft ved CIN2 omtrent 5 prosent. Celleforandringene bør derfor fjernes med konisering.



VARIANT 2

Her ser du en kjertel der deler av kjertelen er erstattet av celler med celleforandringer. Dette er et tydelig forstadie gjerne definert som CIN3.



Kan forebygge livmorkreft

I hele den vestlige verden er det en sterk økning av livmorkreft. Forskerne tror det har med vektøkning i befolkningen å gjøre. Professor Anne Ørbo ved Universitetssykehuset i Nord-Norge forsker nå på hvordan man tidlig kan oppdage forstadier til denne krefttypen og hvordan man kan forebygge at forstadier og dermed kreften utvikler seg.

– Å sette fokus på forstadier vil bidra til å forebygge kreftutvikling. Mange tror at når man har tatt celleprøve fra livmorkalsen hos doktoren så er man trygg. Denne celleprøven sier bare noe om livmorkalsen og ikke noe om det som er lenger opp. I 2008 var

Anne Ørbo forsker på om bruk av hormonspiral kan forebygge utvikling av livmorkreft. Så langt viser resultatene at den gjør det.

det 270 tilfeller med livmorkreft i Norge og over 700 av livmorkreft. Livmorkreft har økt med 30 prosent de siste ti årene. Dessverre er denne krefttypen kommet i skyggen av livmorkreft når det gjelder forebygging. Også for livmorkreft ser det ut til at det er mulig å oppnå gode resultater gjennom målrettet innsats, sier Anne Ørbo.

Se etter risikofaktorer

Hun viser til forskning som peker ut hvilke kvinner som er i risikozonen for å utvikle livmorkreft. Disse kvinnene bør følges ekstra opp både med undersøkelser og gjennom forebyggende tiltak.

– Blødningsforstyrrelser i form av uregelmessig menstruasjonsblødninger i årene rundt menopausen eller blødninger etter menopausen er en risikofaktor. Det samme vet vi at overvekt og diabetes er. I tillegg kan det å bruke østrogenlignende hormoner uten samtidig progesterontilskudd eller det å ha en høy egen produksjon av østrogen være et faresignal. Disse kvinnene bør gå oftere til legen. Vi har per i dag ikke noe forskningsmessig belegg for å si hva som er ofte nok. Risikoalderen er 40 +, sier Anne Ørbo.

Oppdager forstadier

Selv leder hun forskningsprosjekter som dels går på å oppdage og risikovurdere forstadier til livmorkreft gjennom bildediagnostikk og dels å forebygge utvikling av forstadier gjennom bruk av hormonspiral.

– Når det gjelder å oppdage forstadier så har vi jobbet i mer enn ti år med forskjellige typer diagnostikk. Vi har landet på at metoden med bildediagnostikk er den mest sensitive. Vi har også undersøkt mutasjoner/genforandringer som er assosiert med kreftutvikling i livmorkalsen. I gruppen med forstadier er det bare en av fem som får kreft. Her er bildeanalysen overlegen, forteller hun. Ved hjelp av

denne metoden kan man skille ut pasientene som har høyest risiko for kreftutvikling slik at disse får tilstrekkelig behandling med operasjon og samtidig unngå overbehandling av de med lavere risiko for kreftutvikling. Bildediagnostikken går ut på at man med dataprogrammer analyserer vevsprøver fra livmorhulen. Metoden har vist seg å være langt mer treffsikker for denne type kreft enn tradisjonell undersøkelser av vevsprøver via mikroskop.

– Vi har fått 600 000 kroner fra Helsedirektoratet for å gjøre metoden mer tilgjengelig. Målet er å utarbeide metoder slik at flere laboratorier kan ta den i bruk, sier Ørbo.

Skreddersy behandling

Bilediagnostikken greier å skille de ulike forstadiene fra hverandre og kan dermed forutsi hvor stor sannsynlighet den enkelte kvinne har for å utvikle kreft i livmoren.

– De som har høyest risiko for å utvikle kreft bør fjerne livmoren, men de som har lav eller middels risiko bør få hormonbehandling. Vi bruker da hormonet progesteron som virker motsatt av østrogen. Gir man masse østrogen blir vevet i livmoren tykkere og tykkere, med progesteron blir det tynnere. Vi har gjort mange studier med celler som vi har dyrket i kulturer. Dette er celler som ligner de vi finner i livmoren. Vi har eksponert dem for ulike typer påvirkning for å finne en passende dose med progesteron. Dette kan bidra til å skreddersy behandlingen, sier hun.

Foreløpige resultater viser at bruk av hormonspiral med progesteron har en svært god effekt sammenlignet med for eksempel tablettkurer. Hormonspiralen er ikke godkjent som behandling for forstadier per i dag.

– Vi har gjort flere kliniske studier hvor vi har sammenlignet hormonspiral med ulike tablettregimer. Vi ser at så lenge spiralen sitter inne så gir den veldig god beskyttelse. Den gjør også noe med genforandringer i livmoren. Ergo så forebygger det, sier Anne Ørbo.

Høye krav til et gynekreftsenter

Norge har fire gynekologiske kreftsenter, og overlege Anne Beate Vereide i Tromsø understreker at tilbudet kreftpasientene får ved disse sentrene skal være like bra enten det foregår ved Radiumhospitalet i Oslo eller i Bergen, Trondheim eller Tromsø.

– Det er omfattende krav som må oppfylles for at vi skal holde posisjonen som et gynekologisk kreftsenter. Det er viktig at tilbudet vi har her er det samme som på Radiumhospitalet. Vi må ha patologisk kompetanse slik at vi er i stand til å gjøre riktig diagnose. Vi må ha kirurgi, strålebehandling og cellegift. I tillegg skal vi ha et tilbud innen det som kalles palliativ behandling/lindrende behandling. Vi skal drive forskning, og vi skal kontinuerlig drive utvikling av nye metoder, forteller Vereide.

Samarbeid viktig

Det gynekologiske kreftsenteret i Tromsø er det minste i landet, og ble etablert i 1990. Før den tid måtte alle i Nord-Norge som fikk gynekologisk kreft dra til Radiumhospitalet for behandling.

– I starten slet vi med bemanning, og vi hadde mange vikarer. Nå har vi et stabilt miljø, fire overleger og en lege i spesialisering samt at vi samarbeider tett med andre fagområder, forteller Vereide.

Tverrfaglig behandling

Optimal primær kirurgi er avgjørende for pasientens prognose. Det er en krevende og lang prosess å utdanne gynekologer til å ta kreftkirurgi, men samtidig er det ikke slik at all kreft må behandles på et kreftsenter. Noe kan opereres lokalt.



Anne Beate Vereide forteller at det gynekologiske kreftsenteret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø har samme krav til kompetanse, faglig bredde og spesialister som det man har på de tre andre gynekologiske kreftsentrene i Norge.

Det som skal behandles på et kreftsenter er:

- avansert eggstokkreft
- høyrisikotyper av kreft i livmor
- kreft i livmorhals
- kreft i skjede og ytre kjønnsorgan (fordi de er så sjeldne)

– Vi jobber sammen med kirurger med spesialisering innen andre felt som for eksempel gastrokirurgi, urologi, hjerte/kar-kirurgi og plastikkirurgi. Det hender også at vi får patologen med opp på operasjonsstuen. Der vurderer hun det vi tar ut for at vi skal få en ekstra kvalitets-sikring underveis i operasjonen, forteller Vereide.

Samarbeidet med lokalsykehusene er ikke bare viktig med tanke på kompetanseoverføring i forhold til de operasjoner som tas lokalt. I mange av tilfellene er det lokalsykehusene som gjennomfører cellegiftbehandlingene.

Flere forskningsprosjekter

– Strålebehandlingen blir stadig mer avansert, og vi har derfor ingen egen stråleavdeling ved vårt gynekreftsenter. Her samarbeider våre gynekologer med de som har stor stråleerfaring ved kreftavdelingen på UNN, forteller Anne Beate Vereide. Det er tradisjon for at man skal forske på et kreftsenter. I Tromsø samarbeider de tett med patologen, og sammen har de egne prosjekter innen livmorhalskreft, forstadier til kreft i livmor og eggstokkreft.



Hver sorg har sine tårer

Man må gi seg tid til sorgen og tenke at hver sorg har sine tårer. Tårene må gråtes ut for å komme videre. Når man vet at livet er skjørt er det samtidig viktig å gripe tak i dine innerste ønsker og gjøre noe med dem. Det er kunstneren Bjørg Thorhallsdottir som sier dette.

Bjørg Thorhallsdottir har selv opplevd at mannen hennes døde og at hun ble stående alene igjen med deres felles sønn. Det var for å vise sønnen deres at man kan minnes de døde med glede at hun startet «Hjertefred», et arrangement som har samlet tusener av mennesker på allehelgensdag i Sandvika i Bærum. Nå har arrangementet spredt seg til andre deler av landet.

I forrige utgave av Afrodite hadde vi et intervju med journalisten og forfatteren Anbjørg Sætre Håtun som hadde skrevet boken Livslyst etter at hun selv opplevde å få brystkreft i ung alder. Boken er illustrert av Bjørg Thorhallsdottir, og nettopp det

å gripe livet, se mulighetene og tørre å kaste seg ut i det ukjente er noe Bjørg Thorhallsdottir har som sitt livsmotto.

– Man kan velge å møte livet med frykt eller å møte det med kjærlighet. Møter man livet med frykt så har det en tendens til å gå i oppfyllelse. Det blir det samme som om man går inn i et forhold med frykt for at det skal bli slutt. Da klammer man seg til den andre, og da går det ikke, sier hun, og påpeker hvor viktig det er å sette seg mål og komme seg videre.

Hoppe i det

Bjørg Thorhallsdottir var stuper i sin ungdom. Hun tegner gjerne et bilde av livet som å stå på femmeteren.

– Du tør egentlig ikke å hoppe, men når du har hoppet og treffer vannet så gir det en utrolig mestringsfølelse. Det er en erfaring jeg tar med meg til livet. For meg er oppskriften på et lykkelig liv å tørre å gjøre det ukjente. Alle har en frykt for å gå ut av sin egen trygghetszone, men når noen av dine nærmeste dør så skjønner du hvor dyre-bart livet ditt er. Det er da du innser at du ikke kan sitte og vente på at noe skal skje. Du må ta styringen selv, sier hun.

Sorg er følelser

Hun synes norske begravelser er noe av det kaldeste som finnes.

– Jeg ville heller hatt en afrikansk begravelse hvor man hyler ut sine følelser. I Norge holder man tårene tilbake og så går man til psykolog i etterkant. Jeg var så heldig at jeg vokste opp i Mexico. Der spiste vi lunsj på graven til bestemor. Slikt mintes vi henne med glede. Dette er nok også noe av bakgrunnen for at jeg tok initiativet til Hjertefred. Det er lindrende å dele sorgen med noen, men det å ha en sorg betyr ikke at man må være trist hele tiden, sier hun.

Fra Hjertefred til Lykkehaven

Etter arrangementene med Hjertefred var det mange som tok kontakt

med Bjørg Thorhallsdottir og spurte om hun visste om et sted de kunne gå med sin sorg. Det fødte ideen om Lykkehaven, et vakkert gammelt hus i Løkkehaven i Sandvika. Her har Bjørg galleri, cafe, sorgsenter, pilatetrening og butikk.

– Endelig har jeg fått et hus hvor jeg kan samle alt jeg brenner for på ett sted, med mitt eget atelier, galleri og Hjertefred-senter. Lykkehaven er alt det jeg står for, og mine verdier presenteres i form av kunst, kurs, konserter og foredrag. Dette er en viderebringning av alt det vakre som ligger bak Hjertefred og en viderebringning av sorgen og gleden som fødes av Hjertefred. For at livet skal være deilig må vi ta vare på oss selv, og mitt ønske er at i Lykkehaven skal vi sammen ta vare på oss selv. Det kan vi gjøre ved å stimulere hjertet ditt gjennom meditasjon, kunst, åndelig føde og sunn mat. Vi har derfor en café her som serverer rawfood, mat som ikke er varmet opp til mer enn 42 grader, sier hun.

Flere bøker

Bjørg Thorhallsdottir har ikke bare illustrert bøker for andre. Hun har både skrevet og illustrert en rekke bøker selv. Sentrale temaer går på kjærlighet, glede over livet og en hyllest til vennskapet. Hun er i dag en av Norges

- Bjørg Thorhallsdottir lager grafikk basert på hverdagsvisdom, malerier i olje og akryl, glassmalerier for kirker og hun elsker å lage utsmykninger og store mosaikker.
- Født i 1974 i Isafjordur på Island. Kunstnerisk utdanning i Barcelona og Toulouse.
- Etablerte Hjertefred i 2005. Etablerte sitt eget lille kulturhus Lykkehaven i Sandvika i Bærum i 2010. Kunsten hennes er blitt utstilt både i inn- og utland. Hun har en rekke separatutstillinger, og etterspørselen etter grafikken er stor.

mestselgende grafikere og har over 40 utstillinger i året.

– Jeg er ikke redd for å begi meg ut i det ukjente. Jeg føler på en måte at det å våge noe du egentlig ikke tør, er å vise respekt for deg selv. Det betyr også at jeg ikke skjeler til hva andre måtte mene. Jeg tenker at man lærer bare i oppoverbakke. Samtidig lar jeg hjerte styre det jeg gjør, sier hun.

Tekst og foto: Eddy Grønset



Hjertefred startet i 2005 da kunstneren Bjørg Thorhallsdottir nettopp hadde mistet sin mann. Hun ønsket at hennes to år gamle sønn, Tolli, skulle få være med og minnes sin pappa i glede på Allehelgensdagen. Det ble starten på Hjertefred.

LIKEMANNSTJENESTEN – før / nå / og i fremtiden

Av Wenche H. Brubak

Her i Oslo hadde vi frem til 2009 bare to godkjente besøkere, en på Radiumhospitalet og meg på Ullevål sykehus. Jeg gikk på kurs arrangert av Foreningen for Brystkreftforeningen i 2002, med oppfølging i Kreftforeningens regi. Vi var cirka 100 damer fra FFB og 4 stk fra Gynkreftforeningen. Opplegget var absolutt profesjonelt, og foreleserne hadde lang erfaring fra besøkstjenesten.

Mine dager som besøker er nå over. Jeg, som hadde Ullevål sykehus, fant ut at «mine» pasienter, som ofte kom fra Oslo-området, hadde et godt nettverk rundt seg fra familie og venner. Liggedagene er nå også svært få så jeg rakk aldri ble kjent med dem eller de med meg. Pleierne kunne jo ikke be sine pasienter ringe meg når de selv ikke kjente meg, og jeg ble faktisk lei av å bruke tid hver gang jeg var på sykehuset til å «selge meg selv».

Forespørsler etter besøkere ble også mindre mens pasientene lå på sykehuset. Det var først da de kom hjem at spørsmålene meldte seg, og da var telefonen god å ha. Likemannsarbeid og tanken på informasjon til pasientene på et senere tidspunkt meldte seg.

Situasjonen var litt annerledes på Radiumhospitalet, der pasientene kommer fra hele landet. Mette M. Ege har gjort en formidabel jobb. Hun har vært på sykehuset «til alle tider», og det er ikke mange av personalet hun er ukjent for. Pasienter fra hele landet har hun også truffet og hjulpet med alt fra befarings på sykehuset til alle typer informasjon

VARDESENTERET – Det norske Radiumhospital

Det falt seg naturlig at Vardesenteret satt likemannstjenesten på agendaen da senteret sto ferdig våren 2010. Erna Hogrenning, Turid Andersen og Mette M. Ege, skal ha en stor del av æren for at dette arbeidet kom raskt i gang. Her ble det nedlagt mange timer med planlegging blant alle de nye kollegene som skulle få sitt arbeid her. Her skulle alle lokalforeningene samarbeide – ikke bare vår.

Turid Andersen fra Østfold forteller:

– Jeg begynte som likemann på Vardesenteret februar 2010. Dette var før den offisielle likemannstjenesten hadde kommet i gang. UG (Ungdomsgruppen) samt Gynkreftforeningen startet opp sammen. Vi var «prøvekaniner». Det var med blandede følelser jeg kom på min første «vakt», men her ble jeg tatt hjertelig i mot. Alle var blide og hyggelige, og jeg fant meg snart godt til rette i dette fine hjemmekoselige miljøet.

«Timeplan» ble laget, og på tirsdager er det jentene fra Kreftlinjen som er på vakt. Det er skolerte kreftsykepleiere med mye erfaring og kompetanse. Onsdager er det Vardetreff med tidligere pasienter fra Hospice Lovisenberg, De har også chi kung, spiser lunsj og har kulturelle innslag.

Torsdag er det juristenes dag. De hjelper pasienten med sosiale og juridiske problemer.

I tillegg til de ansatte er det hver dag frivillige på vakt som koker kaffe, steker vafler og gjør det hyggelig. Det er alltid noen som kan prate med de pasientene som kommer innom.

Kreftforeningen er på plass hver dag med sine flinke folk.

For min del må jeg si at jeg gleder meg hver gang jeg skal på «vakt». Jeg lærer mye om meg selv og om andre mennesker

Mette Marie Ege fra Oslo forteller:

– Jeg startet i februar med en vakt hver uke. Intet gledet meg mer enn at pasienter og pårørende endelig hadde fått ett godt sted å være i en lang og tung behandlingstid. Vekk fra sykehuskorridorene kunne de være i «hjemlige omgivelser». Det sosiale som vi opplever sammen er meget viktig i en alvorlig situasjon. Det er godt å se hvordan vi finner hverandre, og det blir mye latter og glede, men også rom for gråt. Her har jeg hatt mange gode samtaler. Her handler det om å ha god tid til å lytte, gi omtanke, varme, nærhet og det viktigste, å gi håp.

Samarbeidet med de fast ansatte i Kreftforeningen, som har sin jobb her, har vært viktig for meg og lært meg mye. Det gir en ekstra trygghet som likemann å ha fagpersoner rundt seg. Samtidig er det viktig for pasientene og de pårørende, siden vi som likemenn ikke skal svare på medisinske spørsmål.

Det er viktig å få fortalt at vi selvsagt har taushetsplikt. Som likemann formidler vi kontakt og gir opplysninger også om de andre pasientorganisasjonene tilknyttet Kreftforeningen.

Hjelp til selvhjelp foregår mellom personer som er eller har vært i samme situasjon. Pasientene blir tatt på alvor, og utveksling av erfaringer om å leve med en kreftsykdom står sentralt, og er et supplement til det offentlige helsetilbudet.

Som en slutt vil jeg gjerne takke alle de som har vist interesse for å bli nye likemenn. Det å hjelpe andre til å se at vi kan komme over «kneika» er viktig.

Åpne møter i Hedmark og Oppland

FGK Hedmark og Oppland deltok på åpent folkemøte på Scandic Hotel Hamar, som Kreftforeningen seksjon Innlandet arrangerte onsdag 3. mars. Dette ble en pangstart for Kraftak mot kreft.

Laila Gottenborg fra hovedstyret og lokalforeningen presenterte Gynkreftforeningen og la vekt på hovedmål, satsingsområder, kursing og hovedstyrets arbeid. De over 100 fremmøtte fikk blant annet høre foredrag av journalist og forfatter Anbjørg Sætre Håtun og psykiater Ståle Fredriksen. Det ble delt ut mange eksemplarer av Afrodite og annet informasjonsmaterieil fra Gynkreftforeningen.



9. februar deltok Gynkreftforeningen i Hedmark og Oppland på nok et åpent møte i regi av Kreftforeningen. Denne gangen i Trysil. Laila Gottenborg ønsket velkommen og presenterte Gynkreftforeningen. Deretter holdt Laila Fredhjem sitt foredrag Tanker Ord og Bilder, og hun satte denne gang stort fokus på NAV og at det må bli slik at man må få lov til og være sykemeldt mer enn ett år før man må gå over på rehabiliteringspenger og bare får 66 prosent av sin inntekt. – Man må få slippe å bekymre seg for økonomien



sin og heller få mulighet til å bruke tid på å tenke hvordan man kan samle krefter og bli frisk. Hvordan skal vi klare å få politikere til å forstå dette, spurte Fredhjem.

Etter fordraget ble det servert kaffe med noko attåt. Vi hadde loddsalg og fikk inn en god slump penger til lokallaget.

Hvis du har stoff du vil fortelle om fra ditt lokallag send det til: eddyg@online.no

«Hold on» – livskraftig symbolikk

Gynkreftforeningen har fått smykkekunstneren Ellen Kvam til å designe et eget symbolsmykke for foreningen. Resultatet er blitt et smykke vi er stolte av, og som på en diskret og elegant måte symboliserer samholdet vi som er rammet av kreft i underlivet har. «Hold on» er et sølvsmykke med en Swarovski-sten.

Ved å kjøpe smykket får du ikke bare et flott anheng, du er også med på å støtte forskningen på gynekologisk kreft. 10 prosent av prisen på kroner 525 går nemlig til et fond for støtte til forskning på kvinnelig underlivskreft. Fondet styres av Gynkreftforeningen.

Smykket kan bestilles ved å sende en epost til kunstneren Ellen Kvam hvor du skriver ditt navn,

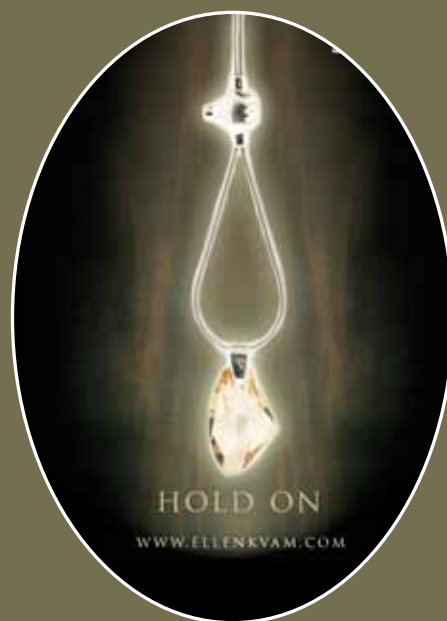
adresse og hvor mange smykker du ønsker.

Det er to alternative måter å betale på. Du kan betale inn 525 kroner som forskudd til konto 9680.35.49645. Husk i så fall å merke av hvem betlingen kommer fra. Når bestillingen er mottatt og pengene registrert på konto vil smykket sendes kostnadsfritt til deg.

Alternativt kan smykket sendes til deg i postoppkrav. Da vil du få en ekstra kostand på 70 kroner for å dekke utgifter til postoppkravforsendelse. Meld fra på bestillingen din hvilken betalingsmåte du har valgt.

Send inn din bestilling til epostadresse ellen@bxl.no

Alternativt kan du fylle ut kupongen nedenfor og sende bestillingen med post til :



Gynkreftforeningen, Postboks 4 Sentrum, 0101 Oslo

BESTILING AV GYNKREFTFORENINGENS SYMBOLSMYKKE «HOLD ON»

Navn:

Adresse:

Antall smykker:

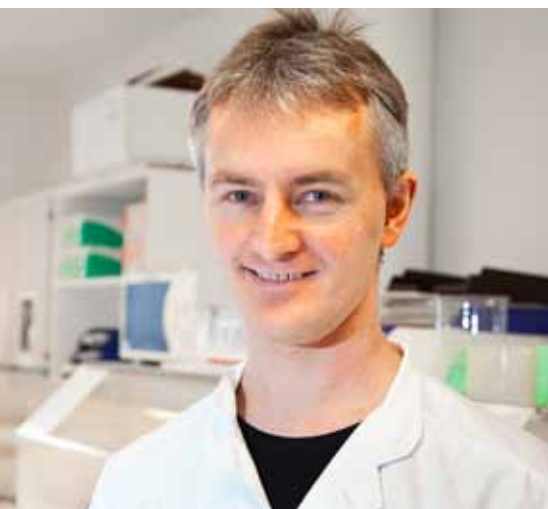
Ønsket betalingsmåte:

Har innbetalt 525,- kroner per smykke til 9680.35.49645 og merket innbetalingen med samme navn som denne bestillingen lyder på.

Ønsker å motta smykket i postoppkrav mot et kostnadsbidrag på 70 kroner.

Strid om HPV-test

Ulike fagmiljø står hardt mot hverandre i synet på hvilken HPV-test som er mest egnet til å avdekke forstadier til kreft i livmorhalsen på en mest effektiv måte.



Sveinung Sørbye mener at mRBA-testen er den beste fordi den tester på de HPV-virusene som forårsaker de fleste krefttilfellene

Det er bred enighet i forskermiljøer om at infeksjoner på grunn av HPV-viruset er skyld i de aller fleste tilfeller av livmorhalskreft. Innføringen av HPV-vaksinen er derfor et viktig forebyggende tiltak. Screeningprogrammet med celleprøver har frem til nå vært et viktig tiltak for å avdekke forstadier til kreft slik at disse kan fjernes og kreft unngås. Siden 2005 er det brukt HPV-test i tillegg til ny celleprøve ved lette og usikre celleforandringer. Dette er såkalt sekundærscreening. Tilhengerne av HPV-tester mener at påvisning av en HPV-infeksjon er en mer sensitiv metode for å avdekke kreftrisiko på enn de tradisjonelle celleprøvene. Striden står imidlertid om en såkalt DNA-test som tester opp mot 15 ulike HPV-virus eller en mRNA-test som tester for kreftfremkallende aktivitet forårsaket av de fem

viktigste HPV-typene som står for om lag 90 prosent av krefttilfellene, er den beste. Fremst i fagkampen står overlege Sveinung Sørbye i Tromsø som støtter mRNA-testen og professor Ole-Erik Iversen i Bergen som er tilhenger av DNA-testen.

Sveinung Sørbye

– Hvorfor mener du at en mRNA-test er bedre enn en DNA-test?

– mRNA-testen påviser kreftfremkallende aktivitet av de fem viktigste HPV-typene, og HPV-virus finnes det mange ulike typer av. Mange av virusene som DNA-testen avdekker medfører liten eller ingen kreftfare. De fleste kvinner får en HPV-infeksjon i løpet av livet. Mange får opptil flere,

VIL FØLGE VEDTATT SCREENINGSPROGRAM

Divisjonsdirektør Hans Petter Aarseth i Helsedirektoratet understreker at bruk av HPV-test i det vedtatte screeningsprogrammet for livmorhalskreft er ment som en ekstra undersøkelse for de kvinner som har fått påvist usikre eller lavgradige celleforandringer. Derfor mener han det er viktig å bruke en HPV-test som tester så bredt som mulig.



Hans Petter Aarseth, Divisjonsdirektør i Helsedirektoratet.

– Vi har et nasjonalt vedtatt screeningsprogram hvor celleprøveundersøkelser skal følge et standard oppsett. I slike programmer er det viktig at alle følger det samme programmet hvis ikke blir det vanskelig å evaluere om programmet har hatt en effekt i etterkant. I 2005 ble det innført en HPV-test på bestemte vilkår i programmet. Testen skulle finne både de som trengte oppfølging og de som ikke var i risikozonen. Testen vi skal bruke må derfor ha høy sensitivitet slik at vi med stor sikker-

het finner de som er HPV-positive. mRNA-testen til Norchip tester for kun 5 av totalt 12-15 kreftfremkallende HPV-typer og har en sensitivitet for å oppdage celleforandringer (CIN2+) på bare 75 prosent. Dette mener vi ikke er bra nok, sier Aarseth.

Han understreker at de som har brukt mRNA-test har bøtt på dette ved å ta en ny celleprøve tre til seks måneder senere på de kvinnene som testet negativt på HPV-testen.

– De har derfor forandret metoden som er foreskrevet i screeningsprogrammet. Hvis screeningalgoritmen skal endres må det skje etter en samlet vurdering og besluttes nasjonalt slik at hele landet bruker samme algoritme. Vi er også usikre på om tilbudet om den ekstra celleprøven er gitt til alle som har testet negativt på mRNA-testen. Hvis de ikke er blitt fulgt opp på denne måten er vi bekymret. Det vil vi be sykehusene gjøre rede for, sier Hans Petter Aarseth.

men 90 prosent av alle HPV-infeksjoner går over i løpet av to år. 10 prosent blir til en vedvarende infeksjon, og det er bare infeksjoner med kreftfremkallende aktivitet som kan forårsake alvorlige celleforandringer og kreft. Det går minst ti til 15 år før kreften utvikler seg hos noen av de med kreftfremkallende aktivitet. Derfor er det viktig å finne frem til de som har en farlig HPV-infeksjon. Det er også verdt å merke seg at DNA-testen ikke kan brukes på kvinner under 35 år fordi veldig mange i denne aldersgruppen har en HPV-infeksjon som går over av seg selv.

– Hva er ulempen med å finne flere enn de mest kreftfarlige HPV-virusene?

– Desto flere virus du legger til i en test desto mer sensitiv blir testen, men desto mindre nytte gir en positiv test. Det kan skape unødvendig bekymring hos kvinnen som blir testet, men det alvorligste ved å teste for bredt er at mange kvinner må ta unødvendige vevsprøver. Dersom en vevsprøve blir feiltolket kan dette føre til unødvendig behandling med konisering. Slike inngrep kan blant annet øke faren for senaborter og premature fødsler fordi livmorhalsen blir svakere når den gjøres kortere ved konisering.

– Er det ikke uansvarlig å la være å teste på HPV-varianter som kan gi kreft selv om de forekommer sjeldent?

– mRNA-testen erstatter ikke celleprøve. Ingen kvinner får dårligere oppfølging enn slik praksis var før HPV-test ble innført. De som ikke blir fanget opp med mRNA-test blir fulgt opp med celleprøve, men med mRNA-test finner man de kvinnene som har høyest risiko for kreftutviklingen mye tidligere enn ved hjelp av celleprøve alene.

– Hva er ditt råd til kvinner som føler usikkerhet på grunn av denne diskusjonen?

– Det er ingen grunn til bekymring. Alle kvinner får bedre oppfølging enn

tidligere. HPV-test sammen med celleprøve vil alltid være bedre enn celleprøve alene, uansett HPV-test. Men alle kvinner med celleforandringer bør følges opp, også ved negativ HPV-test. Kreftregisterets evaluering av dagens praksis vil kunne vise hva som fungerer best i sekundærskanning av HPV DNA test og HPV mRNA test.

Ole-Erik Iversen

– Hvorfor mener du at en DNA-test er bedre enn en mRNA-test?

– Den vitenskapelige dokumentasjon er vesentlig bedre. Nå er der imidlertid kommet en til mRNA-test som påviser 14 HPV-typer. Den har tilsvarende testegenskaper som den mest brukte DNA-testen. Det betyr at det er viktigst å påvise tilstrekkelig mange av de HPV-typene som kan gi forstadier eller kreft. Om det er en DNA- eller mRNA-basert test blir underordnet. mRNA-testen som nå brukes finner bare 5 av de 12-13 typene WHO anbefaler at det testes for.

– Hvordan forholder du deg til påstanden om mRNA-testen er spesifikk på å finne de farlige HPV-virusene, mens DNA-testen fanger opp også de som ikke trenger videre oppfølging?

– Dette blir ofte for teknisk. Det viktigste er at testen har høy nok sensitivitet slik at den fanger opp de kvinnene som trenger videre utredning med kolposkopi og vevsprøve. Vevsprøve gir ikke økt risiko for abort. Nødvendig behandling for celleforandringer har imidlertid en viss økt risiko for senabort og for tidlig fødsel. Her har HPV-vaksine sin store nytte ved å forhindre celleforandringer. I Norge er det 3000 kvinner som blir konisert hvert år. Basert på den mest sentrale studien (Szarewski 2008) ville cirka 750 av disse være falsk negativ med den norske mRNA-testen.

– Er det riktig at DNA-testen ikke er anbefalt brukt på kvinner under 35 år? Er ikke dette i så fall en gruppe som det er viktig å teste?



Ole-Erik Iversen mener at DNA-testen er den beste fordi den tester bredt på mange HPV-virus og fordi dagens vitenskapelige dokumentasjon viser at dette er det beste.

– Det gjelder hvis HPV-testen skal brukes istedenfor celleprøve (primærskanning). Det er foreslått innført i noen fylker av et enstemmig utvalg i november 2010 med nedre grense 35 år. I dag brukes HPV-testen ved usikre celleforandringer (sekundærskanning). Der er nedre anbefalte aldersgrense 25 år. Slik er det både i EU og Norge.

– Hva er ditt råd til kvinner som føler usikkerhet på grunn av denne diskusjonen?

– Det er beklagelig at denne saken har vært overfokusert og at resultatene fra en av mange hundre studier har vært oversolgt. Det viktigste er at de nasjonale retningslinjene for masseundersøkelsen følges, inklusive valg av HPV-test. Da er kravene til vitenskapelig dokumentasjon avgjørende. Både internasjonale anbefalinger og Kunnskapssenterets vurderinger må følges for å sikre kvaliteten.

Tekst og foto: Eddy Grønset

Veien videre og rehabilitering



To av tre blir nå friske etter kreftbehandling. Men hvor friske er de egentlig? Ved utgangen av 2008 var det i Norge 190 865 kreftoverlevende. De fleste har vært igjennom psykiske bølgedaler og voldsomme påkjenninger i løpet av behandlingen; en behandling som ofte setter varige spor.

– Helsevesenets begrensede fokus på senskader og mangelfulle informasjon og tilbud om rehabilitering hindrer en bedre livskvalitet for disse, mener Eyrun Thune i Kreftforeningens Seksjon for levekår og rehabilitering/rettighetstjenesten.

Hun mener at rehabilitering må inkluderes som en del av kreftbehandlingen. Slik kan en sørge for best mulig funksjonsevne under og etter behandling. Pasientene blir aktivt delaktige i egen behandling og kan sørge for å komme raskere i gjenge etter endt behandling. Ved å ta tak i rehabilitering på et tidlig tidspunkt så kartlegger pasientene ressursen sine på fire områder som har betydning for livskvalitet: det fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle, hvor det sosiale berører levekår og arbeidstilknytning.

Råd og veiledning

Kreftbehandling kan føre til varierende grad av fysiske og psykiske helse-

Eyrun Thune forteller at alle kommuner skal ha en «Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering», og pasienter kan henvende seg hit for å få en oversikt over tilbud i regionen hvis ikke legen gjør dette for deg.

problemer. Senskader kan innebære fatigue, lymfødeme, diaré, kognitive problemer, hørselskader, seksuelle problemer, skader som kan oppstå som følge av kirurgisk behandling, langvarig og intens cellegiftbehandling eller strålebehandling direkte på hjernen eller sentralnervesystemet.

– Problemene kan dukke opp umiddelbart eller etter flere år. Langt fra alt helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om senskader til å følge opp den enkelte på en god måte, og mange tar for lett på problemet når pasienter oppsøker dem med sine plager. Kreftforeningens arbeid med kreftoverlevende gjennom møter, samtalegrupper og samtaler på Kreftlinjen, vitner om det, påpeker Eyrun Thune.

Ofte er det pasienten selv som tar opp behov for rehabilitering, og rådene som gis, varierer fra henvisning til rehabiliteringssenter til enkle råd om fysisk aktivitet.

– Kreftforeningen mener at helsepersonell bør vise til «Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering» som kan hjelpe videre når en har kommet hjem. Alle kommuner har en slik enhet, og både fastleger og pasienter kan henvende seg hit for å få en oversikt over tilbud i regionen, oppfordrer Thune.

Forskning på rehabilitering

Kreftforeningen arbeider for å få et mangfoldig og godt rehabiliteringstilbud både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med midler fra innsamlingsaksjonen Krafttak mot kreft 2007 og diverse legater, har Kreftforeningen bidratt med 6,5 millioner kroner til ti ulike pilotprosjekter innen kreftrehabilitering. Flere av prosjektene er forskningsprosjekter.

– Forskningen som gjøres på Røros rehabiliteringssenter, håper vi vil være med å bidra til optimalisering av rehabiliteringsforløp. Pilotprosjektet skal bidra til at kreftpasienter skal mestre hverdagen sin på en best mulig måte. Tilbudet går til alle kreftpasienter i arbeidsfør alder, uansett diagnose, sier hun.

FAFO-rapport

I FAFO-rapporten «Krefttrammedes levekår. Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte» (2008) er kreftpasienter spurt om behovet for rehabilitering. Rapporten konkluderer med at svært mange har behov for rehabilitering. Behovet for ulike tilbud varierer med type kreftdiagnose. Mange oppgir at de ikke får det tilbudet de har behov for, og om lag halvparten er fornøyd med rehabiliteringstilbudet.

– Generelt sett finnes det dessverre lite systematisert kunnskap om hvem som får tilbud om rehabilitering, og hvem som benytter seg av det. «Bedre fysisk form, bedre livskvalitet, færre smerter og mindre angst.» Det viser resultater i rapporten fra april 2010 om dagrehabilitering på Sundhedscenter for Kræft i København. Vår søsterorganisasjon Kræftens Bekæmpelse viser ellers til følgende tall for behovet av kreftrehabilitering: 30 prosent trenger rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, 30 prosent i kommunehelsetjenesten og 30 prosent klarer rehabilitering for egen maskin. Helse Sør-Øst viser til lignende tall, forteller Eyrun Thune.

Behov og tilbud

Helsedirektoratet nedsetter nå en arbeidsgruppe som skal vurdere tilbudet som gis til kreftpasienter innen både kommune- og spesialisthelsetjeneste. Vurdering av tilbudene vil skje som et ledd i det pågående arbeidet med nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

– Med samhandlingsreformen håper vi at det blir et sterkere fokus på rehabilitering i kommunen. Gjøvik kommune går foran som et godt eksempel. I tillegg til kommunal kreftplan, kompetanseheving på kreftområdet for ansatte i kommunen, informasjonsdager om kreftrehabilitering til pasienter i samarbeid med Gjøvik sykehus, kreftenheten og LMS, har de startet opp treningsgrupper for kreftpasienter. De tilbyr ferdigbehandlede pasienter, samt de som fortsatt er under behandling, et tilbud om fysisk aktivitet kombinert med

informasjon om diverse temaer som er viktige for deltakerne, forteller Thune.

Mange pasienter ønsker råd, veiledning og støtte i den første fasen etter endt behandling. De opplever et tomrom, og de merker effekter av behandlingen som eksempelvis fatigue. Ved å få mer kunnskap om senskadeproblematikk kan hjelpeapparatet i større grad fange opp symptomer slik at plagene kan behandles best mulig.

– Det er viktig at både helsepersonell, det offentlige hjelpeapparatet, omgivelsene og ikke minst de krefttrammede selv er klar over betydningen av langtidspfølger og tar dem alvorlig. Det krever faglig innsikt for å hjelpe pasientene til å definere behovet for rehabilitering, men også et følt ansvar fra helsepersonell for å henvise pasienten videre til rehabilitering i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Kreftforeningens mål er at alle som har behov, skal få tilbud om rehabilitering, og at rehabilitering skal inkluderes som en del av kreftbehandlingen. Samtidig må det forskes mer på rehabilitering slik at vi vet hva som gir best resultater. Kreftforeningen har og vil fortsatt være en viktig bidragsyter for å bedre rehabiliteringstilbudet for kreftpasienter. Imidlertid må det aldri være tvil om at det er det offentlige helsevesenet som har hovedansvaret, sier Eyrun Thune.

Tekst: Eddy Grønset

For nærmere informasjon om prosjektene samt en oversikt over rehabiliteringstilbud til kreftpasienter i Norge, se våre nettsider: www.kreftforeningen.no/rehabilitering.

Livsforlengende kreftbehandling

Olav Lindestad skrev et innlegg for en tid tilbake i BA. Her etterlyste han pasientgrupper og de pårørendes syn på livsforlengende behandling. Bakgrunnen var helsedirektør Bjørn Inge Larsens utspill om at Norge ikke kunne la alvorlig syke velge på øverste hylle når det gjaldt behandling. Mange hev seg inn i debatten – helst friske mennesker. Alle måtte forstå at en gang må en si stopp – vi skal jo alle dø en gang. Jeg vet at mange pasienter og pårørende tenkte sitt, men de fleste forholdt seg tause. Man lurte på hvem som skulle bestemme over liv og død og hva kriteriene for livsforlengende behandling skulle være. Er det slik at når en har fylt femti så bør en ikke regne med at den beste behandlingen blir stilt til rådighet? Mye skulle bestemmes ut fra prognose og finansdepartementet hadde kommet frem til at et menneskeår skulle være verdt 425.000 kroner. Anne-Grete Strøm-Eriksen beroliget i en kronikk 17. juli 2010 at alle skulle føle seg trygge på at de får god behandling, pleie og omsorg når sykdom rammer. Hun skrev videre at nye metoder og ny teknikk kan bidra til lavere utgifter ved at sykdommer blir behandlet mer effektivt. Er vi så flinke til å ta i bruk nye metoder og medisiner? Norge ligger langt fremme når det gjelder f.eks. kreftforskning, men vi er en sinke med å ta nyvinningene i bruk.

I juli 2010 ble jeg kreftoperert i Sverige fordi en ikke kunne tilby meg mer behandling i Norge. Denne operasjonsmuligheten fikk jeg aldri informasjon om fra det norske helsevesen. Jeg fant selv ut av dette etter å ha søkt meg frem på internett. Hadde jeg visst om denne metoden tidligere hadde jeg tatt operasjonen før kreften hadde spredt seg ytterligere. Operasjonen hadde blitt mindre omfattende og mindre kostbar.

Operasjonen i Uppsala går i korte trekk ut på at all synlig kreft blir fjernet millimeter for millimeter. Før buken ble sydd igjen ble den fylt av varm cellegift. Operasjonen har en lang rekvilisent og en er svært utsatt for infeksjoner. Det er ikke å stikke under stolen at det har vært en tøff tid med mye innleggelse på sykehus etter inngrepet. Til tross for

vanskelighetene har jeg ikke angret på at jeg tok operasjonen. Mest sannsynlig ville jeg ikke ha levd nå hvis ikke den ble foretatt. Operasjonen i Sverige var vellykket og legen sa jeg nå kunne regne med å bli helt frisk. Ingen kan spå om fremtiden, det gjelder for alle. Men, jeg er sikker på at jeg nå vil få en del år med god livskvalitet. I de senere år har Radiumhospitalet tatt i bruk liknende metode som i Uppsala. Etter hva jeg har forstått er det i hovedsak tarmpasienter som får behandling og det er bare et visst antall pasienter for året som får muligheten. Hvor mye det betyr å få gitt en slik mulighet kan vel alle forestille seg. Så lenge det er liv er det håp var mottoet i Sverige. Jeg fikk av ansatte opplyst at de etter hvert hadde fått mange pasienter fra hele Skandinavia og pasientene fikk dekket sine utgifter fra sine respektive helseregioner. Jeg vet at også norske sykehus har sendt pasienter til Uppsala. Da jeg ba om økonomisk garanti fra Helse Vest fikk jeg beskjed om først legge ut selv og så søke i ettertid. Min søknad er nå sendt og jeg forventer positivt svar.

Hvorfor er det ikke blitt endrede behandlingsrutiner for gynekologisk kreft? Statistikken viser jo helt tydelig at det ofte blir ny oppblomstring av kreften når ikke all kreft blir fjernet ved første operasjon. Nå er det slik at gynekologisk kreft ofte rammer middelaldrende og eldre kvinner. Disse utgjør ikke noen pressgruppe. Nå er det på tide at vi kvinner reiser oss og krever endring. I mellomtiden må sykehusene opplyse at annen behandling enn den de kan tilby faktisk finnes.

Jeg går ut med min historie fordi jeg vet at mange med såkalt «uhelbredelig kreft» ikke kjenner til hvilke muligheter som finnes. Det må selvsagt være slik at operasjonen dekkes av det offentlige. Hvilke forbindelse en har til sin bank skal ikke bestemme liv eller død.

Hilsen

Elisabeth Johnsen

(Red: Innlegget er noe forkortet)

Vondt i låret etter gynkreftoperasjon?

Jeg gikk min siste smertefrie tur i skogen dagen før operasjon for livmorhalskreft. Etterpå hadde jeg kronisk vondt i det ene låret, og ved fysisk aktivitet kunne det bli forferdelig vondt. Ved alle kreftkontroller håpet jeg på hjelp, men fikk bare formanende pekefingre tilbake, med beskjed om at slike plager måtte jeg akseptere som prisen for å bli fri for kreften.

Det tok til sammen tre år. Men, nå er jeg frisk som en fisk, glad og lettet og endelig i god fysisk form

igjen. Jeg skriver dette for at andre som opplever noe lignende skal få mot og hjelp til ikke å gi opp.

Først to og et halvt år etter operasjonen kom jeg endelig til en nevrolog som tok utfordringen og fant årsaken. Det var ikke lett, men det gikk! Så, etter to små kikkhullsinngrep under ultralyd, fikk jeg inaktivert en cyste («væskefylt ballong») som hadde trykket på nerven til beinet. Cysten hadde oppstått ved fjerning av lymfeknuter i bekkenet ved kreftoperasjonen. Inaktivering av cysten ble kaldt sklerosering på fagspråket.

Jeg er så utrolig takknemlig for all hjelp, oppmuntring og støtte som jeg fikk undervegs. Denne tunge kampen hadde jeg aldri klart aleine. Derfor, hvis noen av dere medsøstre har lignende problemer eller tror at mine erfaringer kan være til hjelp, så skriv gjerne til meg på E-post: torunnnta@gmail.com Og, lykke til videre, alle, uansett hva dere strever med!

*Med vennlig hilsen
Torunn Taksdal*

Adresser og telefonnummer til tillitsvalgte i FGK

Hovedstyre	Navn	E-post	Telefon
Leder	Eli Lidal	eli.lidal@gmail.com	92 83 33 05
Nest leder	Kristin Mohn	kristin.mohn@hotmail.com	90 51 54 67
	Laila Gottenborg	sygotte@online.no	41 58 55 59
	Sidsel M. R. Korsvoll	sidsel.korsvoll@gmail.com	92 22 88 52
	Turunn Hagen	sithagen@online.no	90 19 21 71
	Jeanette Hoel	jeanette.hoel@tele2.no	92 60 67 86

Fylkeskontakter	Navn	Adresse	Postnr.	Poststed	Telefon
Finnmark	Inger Nordhus	Passvikveien 37	9900	Kirkenes	90 50 39 83
Hedmark	Laila Gottenborg	Grindalsveien 23 A	2406	Elverum	41 58 55 59
Hordaland	Halldis Meling	Gåsland	5427	Urangsvåg	90 74 67 05
Møre & Romsdal	Marit Skarsbø	Nøisomhedvegen 15 C	6416	Molde	41 56 81 21
Nord-Trøndelag	Margunn Gaasvik	Tindevn. 41	7650	Verdal	99 54 40 65
Nordland	Karin Bremseth	Sæterlandet	8960	Hommelstø	99 35 57 78
Oppland	Marit Bagron Hagen				41 64 43 87
Oslo & Akershus	Mette Marie Ege	Holtveien 47 E	1177	Oslo	97 52 55 53
Rogaland	Ingunn Eike	Magnus Lagabøtersgate 47	4010	Stavanger	98 82 47 56
Sogn & Fjordane	Oddfrid Sunde	Sunde	6800	Førde	57 82 16 24
Sør-Trøndelag	Angela Claire Bjørøy	Smiskaret 50 B	7563	Malvik	91 57 19 00
Vestfold	Anne Gro Dahl	Leikvollveien 24	3175	Ramnes	33 39 52 24
Østfold	Erna Hogrenning	Ekholtgrenda 4	1526	Moss	90 03 66 49

Lokallagsledere

FGK Bergen & omegn	Eilin Dahl (kontaktperson)	Fjellveien 60 A	5019	Bergen	47 23 46 95
FGK Hedmark & Oppland	Laila Gottenborg	Grindalsveien 23 A	2406	Elverum	41 58 55 59
FGK Møre & Romsdal	Kari Oline Haus		6470	Eresfjord	71 23 25 32
FGK Nord-Trøndelag	Annelise Fjerdingstad		7770	Flatanger	74 28 83 32
FGK Odde & omegn	Margarethe Langfeldt	Skogly 6	5770	Tyssedal	41 60 45 86
FGK Oslo & Akershus	Mette Marie Ege	Holtveien 47 E	1177	Oslo	97 52 55 53
FGK Stavanger & omegn	Ingunn Eike	Magnus Lagabøtersgate 47	4010	Stavanger	98 82 47 56
FGK Sunnhordland & omegn	Halldis Meling	Nedre Gåsland 94	5427	Urangsvåg	90 74 67 05
FGK Trondheim	Angela Claire Bjørøy	Smiskaret 50 B	7563	Malvik	91 57 19 00
FGK Østfold	Turid Andersen	Mariusbakken 11	1628	Engelsviken	99 53 48 18

Gynkreftforeningen er assosiert medlem i Kreftforeningen

Afrodite – utgitt med støtte fra NorChip AS

ISSN 1504-5250 - Opplag 2 000

Tekst, foto & prosjektledelse: Eddy Grønset, mobil 90 50 61 37, eddyg@online.no

Ansvarlig redaktør: Eli Lidal

Layout: Elin Iversen

Utgiver: Foreningen for gynekologisk kreftammede (FGK).

Org. nr.: 987 297 972

Adresse: Gynkreftforeningen FGK, Postboks 4 Sentrum, 0101 Oslo.

Telefon: 04615 - E-post: gynkreft@kreftforeningen.no

www.gynkreftforeningen.no



PreTect®
HPV-Proofer

Trygghet mot livmorhalskreft

- **Ny norsk test mot selve årsaken til livmorhalskreft**
- **Finner skadelige proteiner som resulterer i celleforandringer**
- **Finner 2-3 ganger flere alvorlige celleforandringer enn tradisjonelle celleprøver** (Hovland et al, Eurogin 2004)
- **Fant 100% av krefttilfellene** (Lie et al, Eurogin 2004)
- **Gir mulighet for tidlig diagnose**
- **Markedsledende HPV-test i Norge**
- **Unik trygghet mot livmorhalskreft**

Dersom du ønsker mer informasjon, besøk vår hjemmeside på internett - eller send en SMS med kode HPV samt ditt navn og adresse til: 1960 (kr 2,- pr melding). Du kan også bestille informasjonsmaterieill på: hpvinfo@norchip.com.

 **NORCHIP**
www.norchip.com