Lungekreftforeningen

pust

Magasinet for de som har lungekreft, deres pårørende og andre

Nr. 2 | 2021

Jobber for bedre tilgang på nye behandlingsmuligheter i Norge

side 3

Lungekreftpasienter bør ta covid-19 vaksine

Side 4

Hvordan mestre å leve med alvorlig sykdom?

Side 5

Fra dødsdom til løpende håp

Side 16-17

Nr. 2 | 2021

pust

Lungekreftforeningen
Rosenkrantz' gate 7
0159 OSLO
Telefon: 934 70 121
post@lungekreftforeningen.no
lungekreftforeningen.no
Kontonummer: 1503.09.26932

Leder og ansvarlig utgiver
Cecilie Bråthen

Redaktør
Eddy Grønset, telefon 90 50 61 37
eddy@lungekreftforeningen.no

Design/layout
Ina Frimannslund, fdesign.no

Forsidebilde
Shutterstock

Lungekreftforeningen

Vi samarbeider med:

KREFTFORENINGEN

Minnegaver

Lungekreftforeningen får ofte minnegaver ved at avdøde eller etterlatte ønsker at det skal gis penger til arbeidet vår forening driver.

Gavene Lungekreftforeningen mottar vil gå til å støtte forskning på lungekreft.

Minnegavekonto: 1202.31.61298. Merk innbetalingen med avdødes navn. Du kan også bruke Vipps og Vippsnummer 523205

Kjære medlemmer

Vel overstått landsmøte. En ny og annerledes gjennomføring ble det i år, men det fungerte bra på denne måten også. Skulle selvfølgelig ønske vi kunne hatt det som tidligere, men neste år får vi virkelig håpe at vi kan møtes fysisk igjen.

Det nye styret er på plass og vi har hatt vårt første styremøte. Det var veldig hyggelig å treffe de nye, og jeg tror vi blir en bra arbeidsgruppe. Vi er nå godt representert fra store deler av landet. Nå skal vi i gang med planlegging av foreningens aktiviteter fremover. Du må gjerne komme med forslag til temaer du vil vi skal belyse i arbeide fremover.

Foreningen har jobbet på en ny og litt annerledes måte dette året. Vi hadde store planer om å jobbe mere lokalt rundt omkring i landet, men sånn ble det altså ikke. Det har derimot vært mye aktivitet sentralt, og det har blitt gjennomført mange webinarer. Det er godt å se at vi har så mange deltagere fra hele landet med oss, kanskje kan det være enklere når man kan følge med hjemmefra.

Sommeren står for tur, og hos meg er det allerede blitt noen gode turer på stranden. Ønsker dere alle en riktig god sommer, vi satser på en god fordeling av godværet rundt om i hele landet.

Cecilie Bråthen

Sommerhilsen fra Cecilie Bråthen
Leder av Lungekreftforeningen

Landsmøte og nye styremedlemmer

26. april arrangerte Lungekreftforeningen digitalt landsmøte. Det nyvalgte styret fikk klar marsjordre om å fortsette å jobbe for bedre tilgang på nye behandlingsmuligheter i Norge.

TEKST OG FOTO: EDDY GRØNSET

Lungekreftforeningen arrangerte digitalt landsmøte i år. I studio var sekretariatsleder Eddy Grønset, leder Cecilie Bråthen og nestleder Kari Grønås.

I en resolusjon fra landsmøtet heter det at Lungekreftforeningens landsmøte ønsker at den påbegynte evalueringen av Nye Metoder, systemet for godkjenning av nye medisiner og behandlinger i det offentlige helsevesenet, spesielt ser på hvordan saksbehandlingstiden i systemet kan reduseres og hvordan man kan tilpasse systemet til raskt å godkjenne ny persontilpasset behandling.

Slik systemet er i dag går det for lang tid fra nye behandlingsmuligheter er godkjent for bruk på pasienter til det i hele tatt vurderes om de skal finansieres av helsevesenet i Norge.

– Dette er en sak vår forening har vært opptatt av lenge. Vi har deltatt i høringsrundene rundt evalueringen av dette systemet, og vi har tidligere til og med demonstrert mot beslutninger i Beslutningsforum som vi har ment har diskriminert vår pasientgruppe, sier leder Cecilie Bråthen.

Hun er glad for at landsmøtet så tydelig støtter denne strategien til styret.

Vil styrke brukermedvirkning og likepersonsarbeid

Landsmøtet gav også tilbakemeldinger på at Lungekreftforeningen må styrke sitt arbeid med brukermedvirkning og likepersonsarbeid. Foreningen planlegger nå kurs til høsten for både å utdanne nye likepersoner og brukermedvirkere.

– Som brukermedvirkere er vi med og påvirker i blant annet forskningsprosjekter. Vi skal naturligvis ikke legge oss opp i forskningsresultatene, men vi kan med vår pasientstemme bidra til å øke forskernes kunnskap om hva det er som er viktig for pasientene både når de skal delta i forskningsprosjekter, men også på hva det er viktig å forske på. Naturligvis ønsker vi nye medisiner som kan kurere kreftsykdommen, men det er også viktig å finne behandlingsmåter som reduserer bivirkninger og senvirkninger. Her er brukerstemmen viktig å få med tidlig i forskningsløpene, mener Cecilie Bråthen.

Vil møte medlemmene

Det nye styret har også et sterkt ønske om å gjenoppta planene om å arrangere lokale møter og seminarer så fort koronasituasjonen tillater det.

– Vi har hatt kjempeoppslutning om våre webinarer, og på en aller annen måte kommer vi nok til å fortsette med å ha et slikt tilbud. Det må imidlertid ikke komme i veien for at det også er viktig å ha fysiske møteplasser. Det blir en annen dialog og nærhet når man kan treffes og prate sammen. Jeg håper derfor at vi kan arrangere de første lokale seminarene før årsskiftet, sier Cecilie Bråthen.

Dette er det nye styret i Lungekreftforeningen

Leder	Cecilie Bråthen	Valgt til 2022
Styremedlem	Åslaug Helland	Valgt til 2022
Styremedlem	Kari Grønås	Valgt til 2022
Styremedlem	Hans Petter Spydslaug	Valgt til 2022
Styremedlem	Pål Hauge	Valgt til 2023
Styremedlem	Sol Nymoen	Valgt til 2023
Styremedlem	Ole Knutzen	Valgt til 2023
Styremedlem	Stian Andre Aagnes	Valgt til 2023

Valg av varamedlemmer

1. vara	Gerd Lise Kahrs Knutsen	Valgt til 2022
2. vara	Tor Atle Andersen	Valgt til 2022
3. vara	Arild Herlof Bondø	

Lungekreftpasienter bør ta covid-19 vaksine

– Vi vet at det å ha lungekreft gir økt risiko for å bli alvorlig syk av covid-19. Jeg anbefaler alle lungekreftpasienter om å ta koronavaksine, sier Lars Fjellbirkeland, spesialist i lungesykdommer og overlege ved lungeavdelingen på Rikshospitalet.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE FOTO: EDDY GRØNSET

– Det å ha lungekreft øker risikoen for at man kan få et alvorlig forløp av covid-19, det samme gjelder for høy alder, KOLS og dersom man røyker mye. Faktorer som at man har aktiv metastatisk sykdom, er under pågående behandling, allerede har gjennomgått kirurgisk behandling eller fått strålenbehandling er derimot ikke med på å øke risikoen for å få et alvorlig forløp, sier Fjellbirkeland.

Takk ja til vaksinen!

Overlegen er tydelig på at lungekreftpasienter må takke ja til covid-19 vaksinen.

– Vi vet at influensavaksine gir noe svakere immunrespons hos kreftpasienter mens de er under cellegiftbehandling, og vi antar at dette også vil skje med covid-19 vaksinen. Men vaksinen gir deg bedre beskyttelse mot å bli alvorlig syk og mot at du sprer viruset videre til andre ikke vaksinerte. Dermed bidrar du til flokkimmunitet.

Fjellbirkeland avviser at koronavaksinene på noen måte kan provosere kreften slik at den blir aktiv igjen.

Fakta om koronavaksine til kreftpasienter

- Kreftpasienter er prioritert i gruppe 4 i vaksinekøen. En del kreftpasienter vil på grunn av alder, tilhøre en høyere prioritert gruppe.
- Generelt rådes kreftpasienter som er i behandling eller nylig har avsluttet behandling om å la seg vaksinere, vaksinene er ikke noe farlige for de som har svekket immunforsvar eller som er i behandling/nylig har gjennomgått behandling, men de kan ha noe dårligere effekt ifølge Folkehelseinstituttet.
- Det er ingen grunn for at kreftpasienter i behandling skal få flere bivirkninger.
- Kreftpasienter kan heller ikke velge hvilken vaksine de vil ta, Folkehelseinstituttet oppfordrer til å ta i mot det tilbudet man får.
- Vaksinen gis i kommunehelsetjenesten og ikke på sykehuset.
- Pasienter som gjennomgått covid-19-infeksjon anbefales også å ta vaksinen.

Råd til kreftpasienter under behandling

- For pasienter under kreftbehandling er hovedregelen er at vaksinasjon kan skje uavhengig av hvor pasienten er i behandlingsforløpet. Pasienter skal ikke bli avvist fra vaksinasjon på grunn av kreftbehandling.
- Vaksinedose nummer to kan gis etter tre uker eller tilpasses slik at dosen gis så snart som mulig tre uker etter første dose.
- Man bør unngå vaksinering slik at en feberreaksjon etter vaksinen (2-4 dager etter vaksinen) sammenfaller med forventet lavt immunforsvar (5-7 dager etter kur).
- Pasienter som får immunterapi kan få vaksinene når som helst, uavhengig av behandlingen, det samme gjelder pasienter som får målrettet tablettbehandling.
- Vaksinen skal ikke settes på samme dag som man får kirurgi eller stråling.

Hør med behandlende lege om din behandling, ikke ta beslutning om å utsette behandling selv.

Ta kontakt med fastlegen

Fastlegene er ansvarlige for å sende inn prioriteringen av pasienter i sitt område. Fjellbirkeland anbefaler kreftpasienter om å kontakte sin fastlege for å forsikre seg om at fastlegen har registrert pasienten som tilhørende i gruppe 4 i vaksinasjonsprioriteringen.

Hvordan mestre å leve med alvorlig sykdom?

Å leve med en lungekreftdiagnose er vanskelig, og det å klare å kjenne på mestring i den forbindelse kan virke uoverkommelig. Man kan mestre å leve med det som er vanskelig, det betyr ikke at det ikke gjør vondt og er vanskelig.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE FOTO: PRIVAT

Mestring er alt man gjør for å håndtere situasjonen man står i. Både forskning og erfaring viser at det er noen nøkkelfaktorer som bidrar til å mestre det å leve med en alvorlig kreftsykdom.

– Først og fremst er sosial støtte en buffer mot de belastningene man lever med ved alvorlig sykdom. Åpenhet rundt det man går igjennom spiller også en stor rolle. Graden av åpenhet er individuell, noen er mer åpne enn andre. Jeg tenker at det kan være lurt å stille seg selv spørsmålet «hva trenger du at andre vet?» i den forbindelse. Det er også viktig å forsøke å opprettholde normale rutiner i hverdagen. Vi vet også at det å konfrontere seg selv med det man står i og forsone seg med egen situasjon er viktig. Samtidig er det å klare å finne en balanse mellom å ta sykdommen inn over seg, forsone seg med den, og det å kunne aktivt distrahere seg fra sykdommen faktorer som bidrar til mestring. For noen er det god hjelp å snakke med andre man har tillit til om sykdommen, og om håp, for eksempel om at det gjøres fremskritt med forskning på gode behandlingsmetoder. Det er en fordel å forsøke å distrahere seg aktivt for å få pauser fra tanker og følelser knyttet til sykdommen, for å kunne være tilstede i livet her og nå, og gjøre ting som kjennes bra for en, hyggelige ting og være sosial, forklarer Marianne Straume, psykolog ved Klinikk for krisepsykologi i Bergen.

Vær raus med deg selv

For pasienter som har vanskelige hverdager, er svært syke, eller som står i tøff behandling så er rådet å dele opp dagen, oppgaver og påkjenninger i håndterbare enheter.

– Dersom du vet at du skal gjennom flere cellegiftkurer for eksempel så forsøk å ikke tenke på alle kurene, tenk på det du skal gjennom akkurat nå og ikke at du har fem kurer igjen, sier Straume.

Straume løfter også frem selvkritikk som noe pasienter skal være obs på.

– Vær bevist på selvinstruksjoner. Jeg møter ofte pasienter som er utrolig strenge med seg selv. De sammenligner seg med andre og synes alle andre klarer seg bedre. Jeg råder pasienter til å være mer generøse og rause med seg selv!

At fysisk aktivitet gjør godt for kropp og sjel gjelder også i denne sammenhengen.

– Fysisk aktivitet er en god mestringsstrategi. Men igjen gjelder det å ikke sammenligne seg med hva alle andre klarer. Du trenger ikke å bestige et fjell for å være fysisk aktiv. For noen pasienter er det nok å klare å reise seg opp og gå rundt stolen de sitter i, tenk på at all bevegelse er fysisk aktivitet.

Metoder som kan være til hjelp

Når man lever med kreft så er det mange ting som skal håndteres. Det er fysiske utfordringer som smerter og fatigue, det er de mentale utfordringene som vansker med konsentrasjon og hukommelse og søvnmangel, følelsesmessige utfordringer som frykt, angst og sorg, og kanskje endring av relasjoner til andre man har rundt seg.

– Dersom man sliter med spesifikke symptomer, som påtrengende bilder eller tanker av det man har opplevd, så hjelper det å konfrontere dette. Å fortelle om opplevelsen eller tankene til noen, skrive det ned, eller forsøke selvhjelpsmetoder kan være med på å dempe et trykk på bekymringer, påtrengende bilder eller tanker, sier Straume.

For de som opplever angst, uro og spenninger anbefaler Straume å forsøke avspenningsøvelser, mindfullness og fokusert oppmerksomhet, her kan man finne mange fine tips til gode øvelser på internett.

– Det å søke informasjon kan også dempe angst. Men da bør man snakke med legen sin, og ikke sette seg ned og søke informasjon på nettet. Prosesskriving er også en metode som kan hjelpe. Ved å skrive ned alt man bekymrer seg for, la alt komme ut, og gjøre dette flere dager på rad, kan man bidra til å dempe uro og angst.

I tillegg er Straume klar på at god søvnhygiene er svært viktig, hun tipser om nettsidene til Bergen søvnsenter som har mange gode råd.

Webinar

3. mars arrangerte Lungekreftforeningen webinar om lungekreft og psykisk helse. Du finner dette webinaret og andre webinarer vi har arrangert på våre nettsider: **www.lungekreftforeningen.no/webinar/**

Vil være med lengst mulig!

Etter lungekreftdiagnosen i 2016 har Carina Aarstad (56 år) hatt to tilbakefall. Det lever hun så godt hun kan med.
– Jeg velger å se fremover og tillater meg selv å drømme litt. Jeg tenker at det er viktig å ikke stenge fremtiden ute – for jeg vil jo være med lengst mulig.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE FOTO: PRIVAT

Carina beskriver det å få lungekreftdiagnosen som å leve i et vakuum, hvor alle rundt henne fortsatte med sine vanlige liv, mens hun selv stirret døden i hvitøyet. Etter operasjon og cellegiftbehandling i 2016 følte hun at hun hadde fått livet i gave på ny. Fra hun fikk diagnosen har hun benyttet seg bevisst av internett og google-søk, kontaktet mange i lignende situasjon, og tilegnet seg mest mulig kunnskap om egen situasjon.

– Man kan si mye om å bruke google i en slik krise, og jeg er klar over at det blir frarådet, men det har hjulpet meg med å få kontroll på meg selv, sykdommen min og hverdagen. Det å få et slags eierskap til sykdommen har på en måte gitt meg en slags trygghet.

Endret synet på kreften

Med to tilbakefall i bagasjen har de siste årene vært preget av både opp- og nedturer. Før det første tilbakefallet i 2017 var Carina preget av angsten for at kreften skulle komme tilbake. Når tilbakefallet var et faktum, gikk hun i kjelleren .

– Det var tøft. Jeg hadde trent meg opp etter den første, harde behandlingsrunden, og følte at jeg hadde gjort alt jeg kunne for at dette ikke skulle skje, så skjedde det allikevel. Jeg var langt nede og depressiv. Heldigvis fikk jeg komme til overlege Åslaug Helland på Radiumhospitalet som sa at hun synes jeg skulle forsøke med stråling. Hun sa til meg at lungekreft skal bli en kronisk sykdom på lik linje med hjerte-karsykdommer og diabetes, og det at jeg nå hadde fått tilbakefall kunne innebære at jeg ville trenge behandling i ny og ne. Det gjorde noe med meg, og fikk meg til å føle på en trygghet, og ikke at jeg hadde en dødsdom hengende over meg. Jeg unner virkelig alle lungekreftpasienter å ha en trygg lege!

Når tilbakefall nummer to kom i 2018 var Carina tilbake hos Åslaug og kom med i COMIT-studien hvor hun fikk stråling og immunterapi. Etter to år med immunterapi, fikk hun sin siste dose i november 2020. En fersk PET-scanning Carina tok i mai 2021 viste at alt er stabilt, og dermed er det snart tre år siden henne siste tilbakefall.

Trening er en stor del av livet

Fysisk aktivitet har vært en stor del av Carinas liv, både før og etter kreftdiagnosen.

– Jeg elsker trening og har trent hele tiden mens jeg har vært syk. Trening gir meg mestringsfølelse og hjelper meg med å ta livet mitt tilbake slik det var. De to siste årene har jeg vært med på Ti på topp Romerike, og jeg er med i en turgruppe som møtes hver onsdag. Å klare å nå noen flotte topper i marka gir meg en utrolig mestringsfølelse, selv om det går tregt til tider. Jeg tror jo at jeg er der jeg var før jeg ble syk, men innser at jeg har behov for litt flere pustepauser.

Tenker fremover

I dag er Carina uføretrygdet, sykdommen gjorde det vanskelig å gå tilbake til jobben hun hadde, og det ble for tøft å stå som jobbsøker med lungekreftdiagnosen. Det betyr imidlertid ikke at hun ikke har planer. Hun ser på muligheten til å bli hundetrener, kanskje jobbe i en hundebarnehage, eller bli medisinsk yogainstruktør.

– Jeg tenker hele tiden fremover. Selv om jeg kan kjenne på at det har kommet en skygge i livet mitt, så prøver jeg å ikke la den skygge over alt.

Færre ble diagnostisert med lungekreft i fjor

Kreftregisterets rapport om kreftdiagnostikk under første del av covid-19-pandemien viser en tydelig nedgang i antall nye registrerte krefttilfeller, størst nedgang er det for brystkreft og lungekreft. Dette bekymrer både Kreftregisterets direktør, Giske Ursin, og leder i Lungekreftforeningen, Cecilie Bråthen.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE FOTO: ANN ELIN WANG

Gjennom de siste årene har kreftforekomsten økt med omtrent to prosent hvert år, Kreftregisterets rapport tyder på at det ikke blir samme økning i 2020. Bare for lungekreft ble det registrert 17 prosent færre tilfeller i perioden mars til september 2020, sammenlignet med året før.

– Vi vet at lungekreft ofte diagnostiseres for sent, og at tidlig diagnose har enormt mye å si for prognosen. Kreftregisterets rapport er av den grunn ekstra bekymringsfull lesning fordi den viser en så tydelig forskjell mellom 2019 og 2020. Vi er redde for at dette betyr at enda flere tilfeller av lungekreft oppdages i et avansert stadium, og at flere liv vil gå tapt, sier Cecilie Bråthen.

Først når Kreftregisteret har fått tall for hele 2020 vil man kunne si om denne trenden var gjeldende gjennom hele fjoråret. Kreftregisteret forventer å publisere en rapport for hele 2020 i september i år.

Totalt sett var det ni prosent færre krefttilfeller fra mars til september i 2020 enn året før. Kreftregisterets rapport baserer seg på patologirapporter, der vevs- og celleprøver fra svulster er undersøkt for kreftceller. Selv om dette er en viktig kilde til informasjon så inkluderes ikke alle krefttilfeller, men Kreftregisteret mener at dette gir et godt grunnlag for kunne gi et bilde av hvordan kreftdiagnostikken var under pandemien. Antall patologimeldinger i fra mars-september i fjor er mye lavere enn året før. Kreftregistret mener at dette skyldes både redusert kreftdiagnostikk og at flere har hatt en høyere terskel for å gå til legen.

Invitasjon til likepersonskurs

Tidspunkt: 15. til 16. oktober

Sted: Oslo-området

Lungekreftforeningen trenger flere likepersoner. Likepersontjenesten er en viktig del av vårt tilbud til pasienter og pårørende. Mange trenger en å snakke med som selv har vært gjennom det samme sykdomsforløp som en selv er oppe i enten det er som pasient eller pårørende.

Koronapandemien gjorde at vi ikke fikk arrangert noe slikt kurs i fjor, men vi håper at utviklingen går som helsemyndighetene forventer og at det vil være trygt å arrangere et kurs med fysisk tilstedeværelse på senhøsten. Vi har derfor foreløpig satt av helgen fra dato til dato for en slik samling.

Vi setter krav til at våre likepersoner skal ha gjennomført vårt kurs og at de skal delta på jevnlige samlinger for erfaringsutveksling og oppdatering. En likeperson er en som har fått egen sykdomshistorie litt på avstand, og kan være en som kan lytte og dele erfaringer med en som selv trenger noen å prate med. Som likeperson skal vi aldri gi medisinske råd, og det er en selvfølge at våre likepersoner har full taushetsplikt i forhold til det de får høre i samtalene de har.

Er dette noe for deg?

Send en søknad innen 1. september 2021 til post@lungekreftforeningen.no

Oppgi navn, adresse, telefon nummer, diagnose, og skriv gjerne hvorfor du ønsker å bli likeperson.

I etterkant av kurset vil nye få en individuell samtale med en i foreningen for å avklare om likepersonvervet er noe for deg. Du må undertegne en taushetserklæring før du blir likeperson i Lungekreftforeningen.

Raskere tilgang til Compassionate

Lungekreftforeningen arrangerte 11. mai et webinar om rask tilgang på eksperimentell behandling. Her delte Pål Hauge sin historie, han lever med ikke-småcellet lungekreft med spredning og har valgt å reise ut av Norge for å få medisinen han trenger.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE FOTO: HARALD HERLAND

Siden i fjor høst har han reist til Thoraxklinik ved universitetssykehuset i Heidelberg i Tyskland hver måned for å hente den livsnødvendige medisinen, som han ikke kan få i Norge. Pralsetinib er en medisin som er godkjent av Food and Drug Administration (FDA) i USA, og som han får tilgang til gjennom Compassionate use (CUP) i Tyskland. I løpet av to uker hadde sykehuset i Tyskland fått innvilget at han kunne få medisinen. Legene i Norge søkte også om Pål kunne få tilgang til medisinen gjennom CUP, men på grunn av regelverket er søknaden fortsatt under behandling. Godkjenning av Pralsetinib i EU har blitt utsatt i påvente av en studie i Asia, sannsynligvis vil søknad om godkjenning bli sendt i 2022, noe som innebærer at det vil ta ytterligere tid før en eventuell godkjenning i Norge.

Nye regler vanskeliggjorde CUP

Før 2018 ville Pål fått tilgang til en slik medisin gjennom CUP i Norge, men samme år vedtok Beslutningsforum nye retningslinjer for bruk av nye medisiner før markedsføringstillatelse. Tidligere fikk pasienter tilgang til lovende legemidler som ennå ikke hadde markedsføringstillatelse gratis, men etter at medisinen fikk markedsføringstillatelse måtte sykehusene ta over utgiftene. I de nye retningslinjene krevde de regionale helseforetakene at legemiddelselskapene skulle dekke alle utgiftene, også etter at markedsføringstillatelsen var på plass, noe legemiddelselskapene ikke ville gå med på.

Går mot løsning

De tre siste årene har striden mellom de regionale helseforetakene og legemiddelindustrien pågått, til fortvilelse fra både helsepersonell og pasienter. I løpet av det siste året ser det imidlertid ut til at det kan gå mot en løsning. Det er satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra de regionale helseforetakene og industrien som nå er i diskusjoner om en ny avtale.

Steinar Thoresen, tidligere leder av LMIs forskningsutvalg og leder av Merck sin onkologi-strategi i Norden og Baltikum, har vært involvert i forhandlinger med myndighetene rundt å få reetablert muligheten for CUP i Norge.

– Både de regionale helsefortakene ved Beslutningforum og legemiddelselskapene ønsker en løsning, og det pågår en konstruktiv dialog med konkrete

use i Norge?

løsningsforslag. Vi håper å få til en avtale innen sommeren 2021 som muliggjør at flere firma kan tilgjengeliggjøre CUP igjen i Norge for norske pasienter.

Diagnostikken må holde følge

Lungekreftlege Åslaug Helland er kritisk til at det for tiden er vanskelig for pasienter i Norge å få tilgang til nye medikamenter gjennom early access-programmer som CUP. Hun er tydelig på hva helsevesenet ønsker.

– Vi ønsker å bruke alt vi kan for å behandle pasienter best mulig. Det innebærer å teste for biomarkører, bruke billedundersøkelser på best mulig måte, benytte de beste støttebehandlingene og å ta i bruk ny lovende behandling så raskt som mulig. Og så ønsker vi oss flere kliniske studier.

Helland er opptatt av ny persontilpasset medisin også kan kreve ny diagnostikk.

– Presisjonsmedisin med nye medisiner er helt avhengig av at vi kan gjøre de analysene som er nødvendig for å vite hvilke pasienter som har genmutasjoner. Her er vi på riktig vei, det er etablert mye bedre gentesting i Norge, og dette har det offentlige bidratt til, sier Helland.

Et av hovedgrepene for den nye handlingsplanen for kliniske studier er at det er satt av 100 millioner kroner til å etablere analysekapasitet i forhold til persontilpasset medisin, inkludert her er at det skal etableres utvidet molekylær testing i alle helseregioner.

Politisk enighet

På webinaret som Lungekreftforeningen arrangerte 11. mai deltok foruten Åslaug Helland og Steinar Thoresen også Lungekreftforeningens nestleder Kari Grønås sammen med politikerne Sveinung Stensland fra Høyre og Tuva Moflag fra Arbeiderpartiet. Begge sitter i Stortingets Helse- og omsorgskomite. De to politikerne var enige om det har gått for lang tid å få åpnet opp for denne type eksperimentell behandling i Norge. Stensland, fra regjeringspartiet Høyre, påpekte at han syntes helsebyråkratiet har vært unødvendig firkantet i denne saken.

Raskere tilgang til nye medisiner er en av Lungekreftforeningens høyest prioriterte saker. Foreningen jobber kontinuerlig for å synliggjøre treghetene ved dagens system. Gjennom vårt informasjonsarbeid og våre webinarer, i møter med legemiddelindustrien, sykehusledelse og politikere, samt gjennom mediearbeid jobber vi for å påvirke helsemyndighetene til å sørge for at lungekreftpasienter får raskere tilgang på nye medisiner.

Compassionate use program (CUP)

CUP er en ordning som lar legemiddelprodusenter gjøre medisiner som mangler markedsføringstillatelse (ikke er godkjent i Norge) tilgjengelig for pasienter som ikke har flere behandlingsmuligheter i Norge. Det er behandlende lege som søker om CUP og pasienten får medisinen kostnadsfritt. Det er Statens legemiddelverk som vurderer og godkjenner CUP. Det er en rekke forutsetninger som må oppfylles før et legemiddel får godkjenning til CUP. Blant annet skal legemiddelet kun brukes til pasienter med kroniske, livstruende, langvarige eller alvorlig invalidiserende sykdommer, og det må finnes tilstrekkelig dokumentasjon på legemiddelets effekt og sikkerhet der nytte-risikoforholdet anses som overveiende positivt for den aktuelle pasientgruppen.

Kilde: Legemiddelverket

Tuva Moflag fra Arbeiderpartiet og Sveinung Stensland fra Høyre deltok på webinaret 11. mai. Begge sitter i Stortingets Helse- og omsorgskomite.

Styrker arbeidet med prehabilitering

Lungekreftforeningen er med i organisasjonen All.Can, og gjennom denne jobber vi blant annet for bedre prehabilitering og styrking av det vi kaller trygg hjemreise etter behandling. Nå har organisasjonen styrket kompetansen på prehabilitering ved å ha fått med Geir Arne Larsen fra Ahus med i styringsgruppen.

Larsen har jobbet med et pilotprosjekt hvor de har sett på hvordan pasienter bedre kan forberede seg til behandlingsstart. Resultatene har vært svært gode, og man har sett på alt fra kosthold til fysisk aktivitet og mental forberedelse.

– For Lungekreftforeningen er dette et viktig engasjement. Resultatene fra pilotprosjektet på Ahus viser at pasienter som er godt forberedt kommer bedre ut av behandlingsløpet. Nå skal vi gjennom All.Can jobbe for at disse erfaringene også blir spredt til andre sykehus, sier Cecilie Bråthen som også sitter i styringsgruppen til All.Can Norge.

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

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

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

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

AstraZeneca

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

NO-7332-02-2021-ONC

Overlege Åslaug Helland svarer på spørsmål om lungekreft på Lungekreftforeningens nettside. Dette er en frivillig tjeneste som hun gjør på sin fritid, og du kan derfor ikke forvente svar med en gang.

Spør lungekreftlegen

På Lungekreftforeningens nettside kan du sende inn spørsmål relatert til lungekreft og få svar fra en av landets fremste eksperter på området, overlege Åslaug Helland ved Oslo Universitetssykehus.

Tjenesten har på ingen måte tenkt å erstatte en legekonsultasjon, og personer som har akutte problemer eller symptomer de går og kjenner på, må oppsøke lege for å få dette undersøkt. Vi gjengir her noen av spørsmålene som er kommet inn og svarene på disse. Alle som sender inn spørsmål vil selvfølgelig være anonyme i forhold til våre lesere.

Spørsmål og svar:

– Hvis lungekreft blir tidlig oppdaget, kan man bli kurert uten å måtte operere vekk lungen?

Åslaug svarer:
– Ja, hvis man oppdager lungekreft mens det er en liten svulst kan man operere bort en del av lungen eller strålebehandle svulsten. Slik behandling gis med kurativt siktemål, det vil si at målet med behandlingen er at man blir frisk, selv om man ikke kan garantere det.

– Min far har fått lungekreft og han har nylig operert bort en lungelapp. Legen sa at lungene hans ellers er i god stand. Hva er sjansen for at han blir helt frisk, og hvor stor er risikoen for tilbakefall?

Åslaug svarer:
– Det er vanskelig å svare på dette for hvert enkelt tilfelle. Det er veldig bra at sykdommen hans ble oppdaget så tidlig at de kunne ta bort en lungelapp. Det er et godt tegn!

Når man ser på statistikken, er det, som du sikkert vet, best prognose hvis svulsten er liten. Det høres ut som om det er tilfelle her, da man kunne ta bort kun en lungelapp. Størrelse på svulsten betyr altså noe. Han vil bli innkalt til kontroller med jevne mellomrom i tiden som kommer.

– Er det normalt å gi cellegift og immunterapi samtidig på en lungekreftpasient over 60 år?

Åslaug svarer:
– Ja, dersom allmenntilstanden er god kan man godt gi begge deler samtidig, også til pasienter over 60 år.

– Jeg har ikke-småcellet lungekreft i stadium 4, og har fått Tagrisso en god stund. Hvor lenge kan Tagrisso ha god effekt, og kan man gå på dette resten av livet hvis resultatene er gode? Finnes det ny medisin dersom Tagrisso ikke virker lenger?
Jeg har også fått strålebehandling, og lurer på om det er mulig å få ny strålebehandling dersom det er mistanke om tilbakefall.

Åslaug svarer:
– Det er litt ulikt hvor lenge Tagrisso virker hos den enkelte pasient. Noen har virkning i lang tid, og man kan fortsette behandlingen så lenge man har nytte av den. Det utvikles stadig nye medisiner, og det er for tiden en studie som undersøker ulike behandlinger hvis Tagrisso slutter å virke. Vi har også mulighet til immunterapi kombinert med cellegift.

Når det gjelder strålebehandling, er det grenser for hvor mye stråler du kan få mot samme område. Det kan hende man kan re-bestråle samme svulst, men det kommer an på stråledose, hvor lenge det er siden forrige strålebehandling og hvor i kroppen det er. Hvis det er et annet sted i kroppen kan man stråle på nytt.

– Når kan man selv merke effekten av immunterapi? Hvis man fremdeles er tungpustet etter to behandlinger, kan det da tyde på at den ikke virker?

Åslaug svarer:
– Av og til kan det ta tid før immunterapi virker, og derfor venter vi ofte noe lenger før responsevaluering. Men det kan være grunner til å ta en raskere evaluering også, så dette er noe pasienten må diskutere med legen sin. Tung pust kan ha mange årsaker, og det er dessverre umulig for meg å si noe om hva dette betyr.

Den nye arveloven

Av advokatfullmektig Julia Michelet Chivers og advokat Øystein Hagen, Advokatfirmaet Tveter og Kløvfjell.

FOTO: ADVOKATFIRMAET TVETER OG KLØVEFJELL

Den nye arveloven trådte i kraft 1. januar i år. Den erstatter arveloven fra 1972 og skifteloven fra 1930. I utgangspunktet blir store deler av 1972-loven videreført, men det er noen endringer som kan få betydning for flere.

Endringene i arveloven har fått flere til å reflektere rundt hvordan de ønsker å fordele sine eiendeler etter at de har gått bort. Å planlegge din arv, samt å snakke med de rundt deg kan redusere risikoen for arvetvister etter din bortgang.

Dersom du ønsker en annen fordeling av eiendelene dine enn den fordeling arveloven legger til grunn, må du skrive et testament. Et testament kan tilgodese personer eller stiftelser som ikke ville arvet etter lovens system, og kan innebære at du spesifiserer hvem som skal få hva.

Vi har oppsummert noen av de viktigste endringene under.

Pliktdelsarven oppjusteres

Pliktdelsarv er arven arvelaters barn eller barnebarn er sikret uavhengig av hva arvelater ønsker. Den begrenser arvelaters mulighet til å forfordele eller begrense arven til barna. Hovedregelen er at barn (eller barnebarn dersom barn har gått bort) arver 2/3 av formuen.

Arvelater kan begrense barnas arv, men kun nedad til den såkalte «pliktdelen». I den nye arveloven er barnas arverett ytterligere forsterket ved at pliktdelsarven er oppjustert fra 1 000 000 kr til 15 G.

1 G er folketrygdens grunnbeløp, og oppjusteres hvert år. Grunnbeløpet (G) per 1. mai 2020 er kr 101 351. Det betyr at pliktdelsarven i dag utgjør rundt 1 500 000 kroner.

Et eksempel: Ola etterlater seg to barn, en ekskone og en samboer. Han ønsker at samboeren skal arve mest mulig. Han etterlater seg et bo med samlet verdi av 3 500 000 kroner. I utgangspunktet arver barna alt, dersom han ikke etterlater seg testament. Ekskonen arver ikke. Dersom han oppretter et testament, kan han testamentere alt overskytende til samboeren. Etter den nye arveloven vil samboeren arve omtrent 500 000 kroner, mens hver av barna arver 1 500 000 hver.

Pliktdelsarven begrenser arvelaters mulighet til å tilgodese noen andre enn sine egne barn. Den begrenser også muligheten til å tilgodese noen av barna mer enn andre. Dette får særlig betydning for familier med særkullsbarn, ettersom den gjenlevende ikke har krav på å sitte i uskiftet bo uten særkullsbarnas samtykke.

Det kvalitative pliktdelsvernet utvides

Det kvalitative pliktdelsvernet handler om at man ikke kan gi noen av arvingene spesifikke eiendeler, dersom dette går utover de andre arvingenes pliktdelsvern. Dette

er endret i den nye arveloven. Arvelater kan nå spesifisere i sitt testament hvilke eiendeler han ønsker at arvingene skal arve, eller spesifisere at hun ønsker at arvingene skal få sin arv i kontanter.

Dersom eiendelene har høyere verdi enn arvingens andel av arven, eller de andre arvingenes pliktdelsarv, må arvingen betale det overskytende til boet.

Et eksempel: Ola etterlater seg en sønn og en datter. Han etterlater seg et bo til en samlet verdi av 3 000 000 kroner. Eiendelene i boet er en hytte til en verdi av 500 000 kroner, et hus til en verdi av 2 000 000 kroner og 500 000 kroner på sparekonto. Han ønsker at dattera skal få huset, og at sønnen skal få hytta og kontantene. Dette kan han gjøre, til tross for at han ikke etterlater nok til at sønnen får sin fulle pliktdelsarv. Datteren vil derfor måtte betale boet de overskytende 500 000 kroner for å overta huset.

Avkortning i arv

Avkortning i arv vil si at man gjør fradrag i arven til arving. Grunnlaget for avkortningen er at det er gitt forskudd på arv eller lignende.

Den nye arveloven tillater kun slik avkortning dersom arvingen er klar over at det skal foretas avkortning i et senere arveoppgjør. I tillegg må arvingen være klar over at avkortningen er en betingelse for forskuddet/gaven.

Den enkleste måten å gjøre dette på er ved å skrive et brev der det fremgår hvem som har mottatt gaven eller forskuddet, og ved å sørge for at arvingen underskriver på at hun er kjent med at avkortning er en forutsetning for disposisjonen.

Formkrav ved opprettelse av testament

Det gjelder en rekke såkalte formkrav ved opprettelse av testament. Disse innebærer blant annet at det må fremgå at det er et testament og at det må bevitnes. I tillegg bør testamentet dateres.

Mens man tidligere trengte to vitner som var til stede samtidig ved signering av testamentet, åpner den nye arveloven nå for at vitnene ikke trenger å være til stede sammen ved signering av testamentet.

Det er fortsatt ikke åpnet for digital signering av testament.

Arvingene kan avtale

Avtalefriheten tilknyttet arvespørsmål er noe utvidet med den nye arveloven. Mens det fortsatt ikke er mulig å disponere over fremtidig eller forventet arv, kan arvingene derimot avtale seg imellom hvordan eiendelene skal fordeles.

Et eksempel: Lars og Tuva er søsken. De forventer å arve en hytte, et hus, en båt, aksjer og en konto med flere millioner når deres mor går bort. Hverken Lars eller Tuva kan gi bort noen av disse eiendelene eller pengene før moren deres har gått bort. De kan heller ikke låne midler av noen og få sikkerhet i den fremtidige arven. Lars og Tuva kan derimot avtale seg imellom hvordan de ønsker at arven skal fordeles. Dersom Tuva er veldig knyttet til hytten, kan de eksempelvis avtale at hun skal arve denne.

Samboere

Til tross for at flere av oss forventet et sterkere vern av samboere har den nye arveloven ikke endret reglene rundt samboerskap. Dette betyr at samboere fortsatt har arverett etter hverandre kun hvis de har, venter eller har hatt felles barn. Samboers arv er begrenset til 4G.

Dersom man ikke har barn arver altså ikke samboer, med mindre arvelater bestemmer dette i testament.

Ved testament kan arvelater bestemme at samboer skal arve mer, dersom dette ikke er i konflikt med pliktdelsarven.

Dersom man ikke har barn arver altså ikke samboer, med mindre arvelater bestemmer dette i testament.

Overgangsregler

Hvis pliktdelsarven er begrenset til 1 000 000 kroner, som var den tidligere pliktdelsarven, vil denne fortsatt gjelde dersom arvelater dør innen 2021. Det betyr at arvingen får 1 000 000 kroner, selv om den nye loven gir rett til 15G.

Testamenter som er gyldige etter den gamle arveloven er i utgangspunktet fortsatt gyldige. Dersom deler av testamentet er i strid med ny arvelov kan disse delene av testamentet tilsidesettes, og deler av testamentet kjennes ugyldig.

Om det er nødvendig å endre ditt testament beror på innholdet i testamentet, men vi anbefaler at du undersøker dette nærmere dersom du er i tvil.

Bli medlem

Et medlemskap i Lungekreftforeningen koster 200 kroner i året, eller 400 kroner for deg og dine familiemedlemmer.
Meld deg inn via vår nettside:
www.lungekreftforeningen.no

Advokattilbud til medlemmene

Medlemmer av Lungekreftforeningen får rabatterte tjenester i Advokatfirmaet Tveter og Kløvfjell og advokat Preben Kløvfjell svarer nå også på juridiske spørsmål knyttet til din kreftsykdom på være 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 Lungekreftforeningens medlemmer slik de gjør i denne artikkelen.

Roche er en global pioner innen legemidler og diagnostikk som fremmer medisinsk vitenskap og forbedrer menneskers liv.
Den kombinerte styrken ved å ha legemidler og diagnostikk under ett tak, har gjort Roche ledende innen persontilpasset medisin – en strategi som tar sikte på å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient på best mulig måte.

Roche

www.roche.no

Roche Norge AS • Brynsengfaret 6 B, 0667 Oslo • Sentralbord: 22 78 90 00 • www.roche.no

Do not copy or distribute. (2021) Roche Norge as. All rights reserved. M-NO-00000344. THAU

Immunterapi etter standardbehandling med kjemoterapi og stråling (DART)

Norge følger etter flere andre land, og arbeidet med å bygge to protonsentre i Oslo og Bergen er i gang. I fremtiden kan flere kreftpasienter bli vurdert til denne type behandling, som vil spare mest mulig normalvev fra stråling.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE FOTO: PRIVAT

DART-studien (Durvalumab After chemoRadio Therapy) er en internasjonal multisenterstudie, og pasienter kan fortsatt inkluderes. Det er behandlende lege som henviser til studien.

Behandling med helbredende hensikt

– I DART-studien inkluderer vi lungekreftpasienter som har ikke-småcellet lungekreft, med spredning til lokale lymfeknuter i brysthulen, men ikke fjernspredning til kroppen for øvrig (stadium 3). Denne gruppen tilbys behandling med helbredende hensikt, og standard behandling er strålebehandling i fem til seks uker med samtidig to kurer kjemoterapi (cellegift). Denne kombinasjonen av behandling kaller vi kjemoradiasjonsbehandling. De pasientene som har kreftsvulster med positivt PD-L1-uttrykk, blir så behandlet med immunterapi, durvalumab, i inntil ett år etter kjemoradiasjonsbehandlingen, forklarer Hanne Marte Nymoen, PhD student, Institutt for kreftforskning ved Oslo Universitetssykehus.

Durvalumab er en PD-L1-hemmer som fungerer slik at immunforsvaret lettere kan gjenkjenne kreften som noe fremmed og farlig, og dermed gå til angrep på kreftcellene og drepe dem. Studier har vist at de pasientene som har en kreftsvulst med høyt PD-L1-uttrykk har høyere sannsynlighet for å ha effekt av denne type immunterapi enn de som har et lavt uttrykk av PD-L1 i kreftsvulsten, men bildet er ikke helt entydig. Noen med høyt PD-L1-uttrykk har dessverre ikke den effekten man ønsker av behandlingen, og samtidig ser man at noen uten PD-L1-uttrykk i kreftsvulsten allikevel har effekt av denne behandlingen. I USA får også de pasientene som ikke har uttrykk av PD-L1 i kreftsvulsten tilbud om immunterapi med PD-L1-hemmer. Dette er ikke en del av standardbehandlingen i Europa og Norge for denne pasientgruppen.

– Nettopp fordi man ikke kan si med sikkerhet hvem som vil ha effekt og hvem som ikke vil ha effekt av immunterapi er det nødvendig å finne metoder og målinger som bringer oss nærmere dette svaret. Som ved all annen behandling vil også immunterapi kunne gi noen pasienter bivirkninger, og det er ikke ønskelig å gi behandling som ikke har effekt, men hvor man kanskje allikevel får bivirkninger. Om man i forkant kan vite at en pasient vil ha lite effekt av immunterapibehandlingen kan vi heller vurdere om denne pasienten vil ha nytte av andre behandlingsalternativer, forteller Nymoen.

100 pasienter inkluderes

I studien inkluderes 100 pasienter med ikke-småcellet lungekreft stadium 3, 50 pasienter med PD-L1-uttrykk og 50 uten PD-L1-uttrykk. Pasientene vil få behandling med durvalumab hver fjerde uke i inntil ett år etter at de har avsluttet kjemoradiasjonsbehandling. Før hver behandling blir pasienten vurdert av lege, og behandlingen gis intravenøst (inn i blodåren) på sykehuset som dagbehandling.

– Vi samler inn prøver før, under og etter behandlingen, dette er vevsprøver fra kreftsvulsten, blodprøver, CT-bilder og avføringsprøver. Vi ser om det finnes markører i prøvematerialet, eller endringer i disse prøvene, som kan si noe om hvem som vil få effekt av behandlingen. Etter at behandlingstiden er over, vil pasienten bli fulgt opp med samtaler og undersøkelser hver 12. uke i ett år og videre hver sjette måned i fem år.

Bedre kunnskap om hvem som har nytte av behandlingen vil kunne hjelpe oss til å bedre behandling for denne gruppen kreftpasienter i fremtiden, sier Nymoen.

Flere sykehus i Norge og utlandet deltar i DART-studien

I Norge: Oslo Universitetssykehus, Stavanger Universitetssykehus, Sørlandet Sykehus, St. Olavs hospital, Haukeland Universitetssykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge.
I tillegg deltar sykehus i Finland, Estland og Litauen.

Fra dødsdom til løpende håp

Helikopterpilot Stian Aagnes trodde han hadde fått dødsdommen og kunne knapt reise seg fra sykesenga. Kort tid etterpå løp han maraton.

TEKST: KJERSTI JUUL FOTO: PRIVAT

Lungene ser ut som to store røde ballonger. Det er metastaser i hver eneste ryggvirvel, i ribbeina, i gallegangen, i lymfer, i halsen, bak ører og i kjertler.

– På bildene lyste jeg opp som et juletre. Fra å ha så mye, til å ha bli kvitt alt føles helt fantastisk. Jeg har vært veldig heldig, sier Stian Aagnes (35) og viser til PET-scan bildene som ble tatt for snaue to år siden.

Helikopterpiloten fra Tromsø hadde omtrent aldri vært syk i sitt liv, da han i april 2018 begynte å tørrhoste. Fire måneder senere hadde hosten fortsatt ikke gitt seg, og han ble andpusten bare av å gå og snakke i mobil samtidig. Tanken om at noe var alvorlig galt begynte å melde seg.

– Kona mi jobber tilfeldigvis på lungeavdelingen ved Universitetssykehuset, og en dag jeg hentet henne fra jobb, fikk jeg prøve meg på pustetestene her. Da vi viste resultatene av testen til legen ble jeg satt opp på time allerede neste dag, forteller Stian.

Feil diagnose

Familien hadde nettopp flyttet inn i nytt hus på dette tidspunktet, som det viste seg å være mye fuktproblemer med.

– Legene trodde jeg hadde fått Hypersensitivitetspneumonitt, en lungesykdom som skyldes innånding av organisk materiale. En form for allergisk reaksjon som de trodde kunne komme av mugg og sopp i huset. Bildene av lungene

– Det skjer så mye nyskapende innenfor kreftmedisin i dag, så håpet er at jeg en dag får se mine barnebarn vokse opp, sier Stian Aagnes. Et spesielt utsagn han hørte har blitt til et livsmotto etter at sykdommen rammet: «En dag skal jeg dø, men i dag er jeg i live!»

viste nemlig ingen svulst eller synlige svarte flekker på røntgen og CT, men derimot mange prikker som ligner på allergi i lungene, forteller Stian.

Han ble satt på en kraftig dose med det betennelsesdempende legemiddelet Prednisolon, men videre målinger av lungevolum og gassoverførsel fortsatte likevel å droppe. Overførsel til Rikshospitalet for videre utredning var et faktum januar 2019.

– Jeg opplevde at enkelte leger der hadde bekreftelsestendenser, og mente det var samme diagnose som allerede var blitt stilt. Dette til tross for at radiologer i Tromsø hadde begynte å stille spørsmål ved om jeg fikk rett behandling, forteller Stian.

Sjelden genforandring

Han måtte vente to måneder før ny oppfølging, og ble stadig dårligere. Videre blodprøver med forhøyede leververdier, og undersøkelser som viste innsnevring i gallegangen, fikk legene til å tro at det kunne være snakk om en autoimmun sykdom. Medisinen for Hypersensitivitetspneumonitt hadde på dette tidspunktet ført til en infeksjon kalt Pneumocystis i lungene, som alene tar livet av 30 prosent av de som rammes grunnet sviktende immunforsvar. Infeksjonen ble behandlet, men Stian ble ikke bedre. 17 mai 2019 kom den endelige diagnosen etter at legene hadde gjort biopsi og PET-scan bilder – Stian hadde lungekreft.

– Hva slags tanker gikk igjennom hodet ditt da?

– På dette tidspunktet var jeg i veldig dårlig form. Jeg lå i senga med oksygentilførsel og ble andpusten bare av å reise meg. Jeg tenkte at jeg kanskje varer til jul, men ikke noe lengre. Og at jeg måtte skynde meg å få økonomien i orden. Jeg har tre barn som alle er under syv år, og tankene mine dreide umiddelbart rundt hvordan de best mulig skal klare seg uten meg, forteller Stian.

Noen dager senere fikk han vite at han har den sjeldne varianten ALK-translokasjon, en genforandring som finnes i svulstvevet hos tre til fem prosent av alle med ikke-småcellet lungekreft – og som bedrer prognosene betraktelig.

– To uker etter at jeg startet på Alecensa (Alectinib), jogget jeg mine første 500 meter. Etter første scan var jeg kvitt alle synlige kreftceller. Jeg har gått fra å få dødsdommen innenfor et halvt år, til å forhåpentligvis kunne leve i fem til syv år til. Tanken min nå er å få holdt sykdommen i sjakk med medisinene jeg har, og at det innen den tid vil komme noe nytt på markedet som klarer å kverke denne typen kreft, smiler Stian.

Lever helt som normalt

Per dags dato har han komplett respons på medisinene, og det er ingen synlige bevis på kreft i kroppen.

– Det betyr likevel ikke at jeg er kurert. Det finnes fortsatt noen små kreftceller som sirkulerer rundt i kroppen, men de får ikke til å gjøre noe inntil videre, forteller Stian.

I dag lever han helt som normalt, bortsett fra å måtte svelge ned fire piller morgen og kveld. Å holde seg i god form, er en motivasjonsfaktor.

– Jeg tenker at det er veldig dumt hvis jeg nå klarer å bli kurert av lungekreft, men ender opp med å dø av hjerteinfarkt. Trening hjelper meg både fysisk og mentalt, og i fjor løp jeg maraton, smiler Stian.

Han er i dag et engasjert medlem i Lungekreftforeningen i Tromsø, og har også nylig gått inn som brukerrepresentant i et forskningsprosjekt, som undersøker om man kan screene lungekreft før det faktisk slår til. På landsmøtet 26. april ble han også valgt inn i hovedstyret.

– Å være med på slike ting er en måte å prøve å ta kontroll på eget liv. Å skjønne hva som skjer, hvorfor det skjer og kanskje prøve å ligge et steg foran. Siden det bare er tre til fem prosent som har denne typen lungekreft, er ikke erfaringsnivået så stort som det gjerne skulle vært. Jeg må være litt min egen formidler, og er opptatt av å sette meg inn i eget sykdomsbilde. Det skjer så mye nyskapende innenfor kreftmedisin i dag, så håpet er at jeg en dag får se mine barnebarn vokse opp. Så klart mørke tanker kan sige inn over meg iblant, men jeg holder fast ved et utsagn jeg hørte som har blitt som et livsmotto: En dag skal jeg dø, men i dag er jeg i live!

Ny behandling for KRAS-mutert ikke-småcellet lungekreft

KRAS-mutasjon er blant de hyppigste kreftdriverne, og varianter av KRAS forekommer hos 30-40 prosent av alle tilfeller med ikke-småcellet lungekreft. 13-15 prosent av pasientene har undertypen KRAS G12C, og nå ser det ut til at den første KRAS-hemmeren for denne undergruppen blir godkjent. Sotorasib har vist lovende og langvarig effekt på KRAS-mutert lungekreft (G12C-varianten). Sotorasib er et målrettet legemiddel som blokkerer en mutasjon i svulstvevet som heter KRAS G12C.

– KRAS G12C er en drivermutasjon i kreftcellen og sender et vekstsignal til cellekjernen at den skal dele seg og vokse. Sotorasib hemmer dette enzymet slik at det ikke sender disse signalene innover i kreftcellen, forklarer Odd Terje Brustugun, overlege ved Vestre Viken og leder av Norsk lungekreftgruppe.

Sotorasib ble godkjent av FDA (The U.S. Food and Drug Administration) nå i mai måned. Om det vil få særlig betydning for bruk i Norge er litt mer usikkert.

– I Norge er man i prinsippet avhengig av europeisk godkjenning, noe som nok ligger en del lengre fram i tid. Det planlegges oppstart av en studie med dette medikamentet i Norge tidlig i høst, som jeg kommer til å lede. Dette betyr at vi da kan få tilgang også her til lands, sier Brustugun.

Avslører lungekreft tidligere

Å oppdage lungekreften før den faktisk slår til, er målet med forskningsprosjektet «Id-Lung».

TEKST: KJERSTI JUUL FOTO: PRIVAT

Forskningsprosjektet går ut på å bruke blodprøver før folk får kreft, i disse blodprøvene leter vi etter om det er noe vi kan måle som avslører at de har sykdom på vei. Målsettingen er å identifisere markører i blod, slik at vi i fremtiden kanskje kan oppdage lungekreft på et tidligere tidspunkt, forteller forsker Therese Haugdahl Nøst som til daglig jobber ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT, Norges arktiske universitet.

Tanken bak «Id-lung» som er finansiert av Forskningsrådet og Kreftforeningen er altså at man ut fra en blodprøve kan avgjøre om en person bør følges ekstra med på, basert på signalene denne blodprøven gir.

– Hvor tidlig ser dere for dere at sykdommen kan oppdages?

–Det vet vi ikke helt ennå, vi vet ganske lite om slike markører. Deler av prosjektet går ut på å finne markører og studere hva som for eksempel skjer med mer og mindre røyking. Er det noen markører som ikke har noe med røyking å gjøre? Å rett og slett forstå hva vi ser i blodet. Vi har ikke kommet så langt inn i analysene ennå, men har ett konkret eksempel vi er ferdig å jobbe med nå: Det ser ut som det er noen uttrykk av gener i blod som er litt annerledes hos de som får diagnosen med metastatisk lungekreft. Vi skal nå se på genuttrykk, såkalte mRNA og mikro-RNA og metylering av DNA-tråden, dvs. å se på hvor godt DNA-et er innpakket.

Det ville vært strålende hvis vi fant noe som kunne avsløre at man bør følges mer med på.

Kompleks studie

Prosjektet har tilgang på 55.000 blodprøver fra Kvinner og Kreftstudien til UiT, som ble samlet mellom 2003 og 2006. I tillegg har forskerne tilgang til data fra Italia, Sverige og Storbritannia, samt en studie i Trøndelag. Nøst forteller at de også har en egen kohort fra St.Olavs Hospital der de sammenligner blodprøver fra de som kommer inn til diagnostisering og ser om det er noen forskjell på de som får tidlig stadium og sent stadium.

– For å angripe dette best mulig prøver vi å finne ulike typer data, for å sette sammen så mange som mulig. Det er komplekst å skulle studere blodet uten å vite helt hva vi leter etter. Hvis vi finner noe i blodet som kan måles, er det noe vi er veldig interessert i, påpeker Nøst

– Hvor revolusjonerende er denne typen forskning der man forsøker å oppdage sykdom før det slår til ved hjelp av blodprøver?

– Det er masse forskning på dette i verden, men foreløpig lite som har blitt satt i klinisk praksis. Vi kan bidra med en puslespillbrikke, og tror ikke vi har en klinisk test når vi er ferdig med prosjektet. Prosjektet vil bidra med ny og nødvendig kunnskap om hvilke markører og kombinasjoner av markører som kan bidra på veien for å påvise sykdommen tidligere. Screeningen i Norge er ikke på plass. Det ville vært strålende hvis vi fant noe som kunne avsløre at man bør følges mer med på.

En motivasjonsfaktor

Forskningsprosjektet som ledes av Torkjel Sandanger startet i 2017 og er ferdig neste år. Therese Haugdahl Nøst trekker frem hvor glade de er for å få med seg perspektivene fra brukerrepresentanter som Stian Aagnes og Lungekreftforeningens leder Cecilie Braathen, som også har bidratt her.

– Når vi svimler med statistiske metoder og hvordan vi skal gjøre ting, er det en god motivasjonsfaktor å vite hvem vi gjør det for og minnes på vitsen med det hele. Ikke minst er brukerrepresentantenes tanker om hvordan vi gjør det underveis et supert input for oss forskere, påpeker Nøst.

Kobler tarmfloraen til immunterapi

En tarmflorastudie ved Drammen sykehus utvides nå til flere sykehus i landet. Målet er å finne de rette bakteriene fra tarmen, som kan gi økt effekt av immunterapi for lungekreft

TEKST: KJERSTI JUUL FOTO: TOVE KIIL

– Immunterapi har vært en behandling som blir gitt alle med ikke-småcellet lungekreft. Her ser man at noen har veldig god effekt, andre igjen har kun kortvarig effekt, og det er også en god del som ikke har effekt av det i det hele tatt. Det er også stor forskjell på hvor mye man plages av bivirkninger. Slik det er nå klarer vi ikke å forutse dette på forhånd, forteller leder i Norsk lungekreftgruppe Odd Terje Brustugun, som er onkolog og overlege ved Drammen sykehus.

Han forklarer at poenget med studien er å finne ut om man kan finne noe som kan peke ut de som burde få immunterapi med noe tilleggsbehandling, og de som burde få annen type behandling. De håper også å kunne peke ut de som man må være mer årvåkne overfor med tanke på bivirkninger.

– Det har vist seg at bakteriesammensetningen i tarmen kan ha betydning for nettopp dette. At tarmbakteriene kan ha noe å si for helse og behandling er allerede kjent fra blant annet hjernesykdommer, ulike autoimmune sykdommer og diabetes, ifølge Brustugun.

– En mulighet er å kunne identifisere bakterier hos pasientene som får god effekt av immunterapi, og tilføre disse i pilleform til pasienter som ikke har god effekt og som mangler denne typen bakterier, forteller onkolog og overlege Odd Terje Brustugun.

Komplekst forskningsmateriale

Tarmen har flere bakterier enn det er celler i kroppen, det er et komplisert system å forske på. I tillegg forandrer også tarmfloraen seg over tid og påvirkes blant annet av hva man har spist og hva man har tatt av medisiner.

– Før pasientene får immunterapi, ber vi de fylle ut et detaljert ernæringsskjema over hva de har spist den siste perioden og en oversikt over hva de har tatt av antibiotika eller andre typer medisiner. Pasientene får med seg litt utstyr hjem for å kunne ta avføringsprøver og sende oss. Dette blir så analysert for å finne ut hva slags bakterier det er. De skal helst avgi tre slike avføringsprøver før vi starter immunterapibehandling. Pasienten avgir så ny prøve mellom tredje og fjerde kur og en siste prøve etter ett år, eller ved behandlingsslutt om dette er før det er gått ett år, forteller Brustugun.

Lovende dyreforsøk

Studien er et pilotprosjekt i regi av Drammen sykehus og er i en tidlig fase, der et tyvetalls pasienter foreløpig har deltatt. Nå følger sykehusene i Bærum, Østfold, Stavanger og Kristiansand etter i første omgang.

– Metoden for bakterieanalysen er utviklet av et norsk firma, der man kun bruker et tørket filterpapir i stedet for å måtte sende inn et glass med avføring. At det kan gjøres så enkelt og brukervennlig, samtidig som man muliggjør det omfattende analysearbeidet er helt nytt og veldig bra, påpeker Brustugun.

Fordi lungekreftpasienter er den største pasientgruppen som får immunterapi, er det her de har startet. På sikt kan det tenkes at studien også utvides til andre kreftformer.

– Hvordan ser du for deg at behandlingen for fremtidens lungekreftpasienter blir?

– En mulighet er å kunne identifisere bakterier hos pasientene som får god effekt av immunterapi, og tilføre disse i pilleform til pasienter som ikke har god effekt og som mangler denne typen bakterier. Det er allerede vist i dyreforsøk at man kan overføre bakterieflora fra en mus med god behandlingseffekt til en annen med dårlig effekt og slik få god effekt av behandling også hos den som først ikke hadde nytte.

Nytteverdien av kliniske studier

Tall fra norske og internasjonale kreftregistre viser at stadig flere lungekreftpasienter overlever sykdommen, og at stadig flere lever lengre med sin sykdom og opplever høyere livskvalitet.

TEKST: HENRIK HORNDALSVEEN FOTO: PRIVAT

Dette er et resultat av bedre behandling, både når det gjelder kirurgi, strålebehandling og medisinsk kreftbehandling. De behandlingsmessige fremskrittene er en direkte konsekvens av et stort antall kliniske studier utført med høy kvalitet i en rekke ulike land og forskningsmiljøer. Hver studie fungerer som en liten brikke i et stort puslespill, hvor målet er å gi flest mulig pasienter den best mulige og mest persontilpassede behandlingen.

20 lungekreftstudier i Norge

Kliniske studier er studier som utføres på mennesker for å undersøke virkningene og bivirkningene av legemidler eller andre behandlingsmetoder. Det må alltid gjennomføres slike studier før en ny behandlingsmetode kan godkjennes for bruk. I forkant av en klinisk studie er det som regel utført grunnforskning i laboratorier, men det er først i møtet med virkelige pasienter i en kompleks verden, at man får gjort den endelige utprøvingen av medisinen eller behandlingsmetoden. Noen medisiner består denne prøven, men andre ganger viser det seg at medisinen ikke har ønsket effekt. Det foregår i dag rundt 20 ulike kliniske lungekreftstudier i Norge, og etter hvert som noen studier avsluttes, kommer det stadig nye til. For mange norske lungekreftpasienter vil det derfor være aktuelt å delta i en klinisk studie en eller flere ganger i sykdomsforløpet.

Fordeler for pasientene

Som pasient er det flere fordeler ved å delta i en slik studie. Den mest åpenbare nytten er gjerne tilgangen til ny og potensiell effektiv behandling før den er allment tilgjengelig. Det kan være behandling som er vist å være effektiv ved lungekreft, men som foreløpig ikke er godkjent av Beslutningsforum, eller det kan være medisiner med dokumentert nytteverdi ved andre kreftformer, men som foreløpig ikke er testet ut tilstrekkelig ved lungekreft.

En annen fordel er at studiepasienter ofte gjennomgår ekstra undersøkelser før start og får ekstra tett oppfølging av studiepersonell under og etter behandlingen. Pasienten og pårørende får grundig informasjon om behandlingsmetoden/medisinen i forkant slik at de skal være best mulig rustet til å håndtere eventuelle bivirkninger som kan oppstå. Slik kan bivirkninger og komplikasjoner fanges opp tidlig og behandles av personell som er spesielt kvalifisert. Generelt er det vist at pasienter som deltar i kliniske studier lever lengre enn andre pasienter, og en hovedgrunn til dette er nok nettopp den tette oppfølgingen underveis.

Også ulemper

Det er imidlertid verdt å poengtere at det også kan være enkelte ulemper knyttet til deltakelse i slike kliniske studier. Ved utprøving av nye medisiner eller behandlingsmetoder kan nye bivirkninger eller komplikasjoner oppstå. Det er derfor viktig at pasientene kontrolleres nøye underveis slik at nødvendige tiltak kan settes inn ved behov. Dette innebærer at man som pasient må være forberedt på litt ekstra undersøkelser og timeavtaler på sykehuset i hvert fall i oppstartsfasen av studiebehandlingen. For mange er dette uproblematisk, men for de pasientene som har begrenset med krefter i utgangspunktet, er det viktig å vurdere hva man skal bruke tid og energi på i en krevende fase av livet.

I et litt større perspektiv, er kanskje den viktigste grunnen til å delta i en klinisk studie å bidra til medisinsk forskning, slik at framtidige pasienter med den samme diagnosen får enda bedre og mer effektiv behandling. Uansett om den aktuelle studiemedisinen viser seg å være effektiv eller ikke, kan man på denne måten medvirke til at det store puslespillet beveger seg i riktig retning. Et puslespill som blir gradvis større og mer detaljrikt år for år, og hvor det eneste vi vet sikkert er at siste brikke aldri vil falle på plass.

Henrik Horndalsveen er overlege ved Avdeling for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus doktorgradsstipendiat på COMIT-studien, som undersøker om det er mulig å kombinere strålebehandling eller cellegift med immunterapi, for å øke effekten av behandlingen.

NIPU-studien på lungehinnekreft

Lungehinnekreft er en kreftform som oftest diagnostiseres ved lankommet sykdom. For enkelte pasienter med begrenset sykdom, kan kirurgi være aktuelt. Det gjøres i København og kombineres ofte med cellegift og strålebehandling. Nå åpnes NIPU-studien, en fase 2-studie som inkluderer pasienter med lungehinnekreft som har fått tilbakefall etter cellegiftbehandling.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE FOTO: PRIVAT

– For pasienter som ikke kan opereres, kan cellegift være aktuelt. Pasienter i rimelig god allmenntilstand bør behandles med førstelinjekombinasjonsbehandling, cisplatin/karboplatin og pemetreksed, eventuel med tillegg av bevacizumab, inntil sykdomsutvikling eller uønskede bivirkninger. Det foreligger så langt ingen klar anbefaling om andrelinjebehandling ved lungehinnekreft. Inklusjon i kliniske studier kan være aktuelt for denne pasient gruppen, forklarer Saima Farooqi, doktorgradsstipendiat, ved Oslo universitetssykehus.

Om NIPU-studien

– Halvparten av pasientene i studien får immunterapi alene, ipilimumab (Yervoy) og nivolumab (Opdivo), mens halvparten i tillegg får kreftvaksinen UV1. Dette er en multinasjonal studie som skal undersøke effekt og sikkerhet av behandling med nivolumab og ipilimumab med eller uten tillegg av UV1 vaksine. UV1 er en universell kreftvaksine, under utprøvning, og kan brukes mot de fleste kreftformer. Den er rettet mot enzymet telomerase som er universelt uttrykt i de fleste tumorceller, men kun begrenset uttrykt i normalvev. Telomerase gjør kreftcellene udødelige, det representerer et antigen som gir grunnlag for behandling mot kreft. I denne studien ønsker vi å undersøke om kreftvaksinen UV1 kan forsterke effekten av immunterapi, sier Farooqi.

NIPU-studien er en randomisert studie hvor man blir tilfeldig trukket ut til en av to forskjellige behandlingsgrupper ved hjelp av en datamaskin (randomisering). Det betyr at pasient eller studielegen ikke kan velge hvilken behandlingsgruppe pasienten blir plassert i. Total behandlingstid i studien er inntil 24 måneder, men dette avhenger av pasientens sykdomsutvikling og effekt av studiemedisinen. For å kunne delta i studien må pasienten blant annet, ha en relativt god almenntilstand, normal nyre-, lever- og beinmargsfunksjon, samt være villig til å komme på regelmessige visitter ved sykehuset.

Studien kan gi tilgang til immunterapi

Den amerikanske legemiddelmyndigheten (FDA) godkjente i oktober 2020 kombinasjonsbehandlingen ipilimumab og nivolumab som førstelinjebehandling til pasienter med lungehinnekreft som ikke kan opereres.

– Denne behandlingen er ennå ikke godkjent i Europa for denne pasientgruppen, men for pasienter med lungehinnekreft, som kommer med i NIPU studien, betyr det at de kan få tilgang til immunterapi før den er godkjent i Norge, forklarer Farooqi.

Fakta om lungehinnekreft

Malignt pleuralt mesoteliom (MPM), lungehinnekreft, er kreft som oppstår i lungehinne. Årsaken til lungehinnekreft er eksponering for asbestfibre, som inhaleres i lungene. Fra asbeteksponering til kreftsykdommen viser seg tar det ofte lang tid, vanligvis 30 til 50 år. På grunn av denne lange latensperioden rammer sykdommen vanligvis mennesker eldre enn 65 år. De siste årene har insidensen i Norge vært cirka 60-80 tilfeller for menn, og cirka 15 tilfeller blant kvinner.

Støtt Lungekreftforeningens arbeid:
Vipps: 523205

Nytt fra lokallag

Oslo og Akershus lokallag

Lokallaget avholdt digitalt årsmøte 6. april. Det ble et kort, men greit årsmøte, og vi håper at vi til neste år kan ha det som vanlig igjen. Det ble endring i styresammensetningen; én ut og to nye kom inn.

Styret består nå av:
Leder: Stinne Grønlund Jespersen, tlf. 97971767, e-post: stinnje@online.no (Aurskog Høland)

Styremedlemmer:
Tone H. Bjerkeng, tlf. 91708384, e-post: tonehb@gmail.com (Bærum)
Synnøve Stenbæk, tlf. 91134009, e-post: synnove.stenbak@gmail.com (Skedsmo)
Lone H. Aas, tlf. 90925841, e-post: lonebritaas@gmail.com (Lillestrøm)
Ingar Nilsen, tlf. 93252528, e-post: ingar@pa-plan.no (Oslo)

Valgkomite: Per Otto Nilsen og Ole Knutzen

Vi i styret i lokallaget i Oslo og Akershus ønsker at det snart blir slik at vi kan treffes i litt større sammenkomster og ha et medlemsmøte med faglig og sosialt innhold. Tror de fleste savner det. Om noen av våre medlemmer har noe på hjertet som de lurer på, er det bare å ta kontakt med en av oss. I styret sitter det både pasienter og nære pårørende så vi har et bredt spekter på å kunne hjelpe.

Tur til Skullerudstua tidligere i våres.

Om det er noen som har innspill til Pusteturer eller andre ting vi kan gjøre/se, tar vi imot med takk. Alt er av interesse. Ønsker alle våre medlemmer en fin vår!

Lokallaget har nylig startet opp igjen med Pusteturer. Informasjon sendes alltid ut på epost til alle medlemmer i lokallaget på forhånd, samt deles på nettsider og facebooksiden til Lungekreftforeningen. Dette er et lavterskeltilbud hvor alle medlemmer er hjertelig velkomne!

Hilsen styret i Oslo og Akershus lokallag

NYE BEHANDLINGER FOR LUNGEKREFT

Aleris kan tilby kreftbehandlinger som ikke er tilgjengelige ved offentlige sykehus.

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

Ansvarlig lege: Øystein Henske Flatebø

Aleris

Kontaktpersoner i Lungekreftforeningen

Hovedstyret

Styreleder	Cecilie Bråthen	cecilie@lungekreftforeningen.no	976 80 915
Nestleder	Kari Grønås	kari.gronas@gmail.com	950 50 467
Styremedlem	Åslaug Helland	aslaug.helland@gmail.com	959 40 863
Styremedlem/lokallagsansvarlig	Ole Knutzen	oleknutzen@live.com	905 99 162
Styremedlem	Sol Nymoen	solnymo@online.no	902 25 538
Styremedlem	Hans Petter Spydslaug	spydslaug@gmail.com	906 42 113
Styremedlem	Pål Hauge	pal.hauge@icloud.com	415 98 529
Styremedlem	Stian Andre Aagnes	aagnes_stian@hotmail.com	920 95 861
1. varamedlem	Gerd Lise Kahrs Knutsen	glkk@outlook.com	454 25 728
2. varamedlem	Tor Atle Andersen	toratle.andersen@gmail.com	472 71 941
3. varamedlem	Arild Herlof Bondø	arildhb@hotmail.no	909 67 043

Lokallag

Telemark		telemark@lungekreftforeningen.no	
Lokallagsleder	Rita Slåbakk	rita.slaabakk@gmail.com	922 37 612
Oslo og Akershus		osloakershus@lungekreftforeningen.no	
Lokallagsleder	Stinne Grønlund Jespersen	stinnje@online.no	979 71 767
Vestfold		vestfold@lungekreftforeningen.no	
Lokallagsleder	Lise Bratli	lisebratli@icloud.com	920 63 166

Lokale kontaktpersoner

Østfold	Alf Gullik Hansen	agullhan@online.no	991 11 606
Hedmark	Arnfinn Mangrud	a-mang@online.no	911 97 533
Hordaland	Henrik Aasved	henrik.aasved@altiboxmail.no	959 96 270
Buskerud	Cecilie Bråthen	braathen.cecilie@gmail.com	976 80 915
Trøndelag	Oddvar Bakke	oddvararild.bakke@gmail.com	957 70 551
Tromsø	Stian Aagnes	aagnes_stian@hotmail.com	920 95 861
Vestfold	Lise Bratli	lisebratli@icloud.com	920 63 166
Agder	Esther Ryberg	esthrybe@online.no	991 64 776
Møre og Romsdal	Elen Efros-Monsen	elen.monsen@gmail.com	402 38 976
Rogaland	Anne Lise Nesvik	a-nesvik@online.no	481 13 797

Likepersoner – ta kontakt på likeperson@lungekreftforeningen.no eller velg en likeperson i listen:

Hordaland	Henrik Aasved	Pasient	henrik.aasved@altiboxmail.no	959 96 270
Trøndelag	Oddvar Bakke	Pårørende	oddvararild.bakke@gmail.com	957 70 551
Østfold	Alf Gullik Hansen	Pasient	agullhan@online.no	991 11 606
Hedmark	Arnfinn Mangerud	Pasient	a-mang@online.no	911 97 533
Oslo/Akershus	Regine Deniel Ihlen	Pasient	deniel@vikenfiber.no	906 30 213
Oslo/Akershus	Ole Knutzen	Pasient	oleole@online.no	905 99 162
Oslo/Akershus	Per-Otto Nilsen	Pasient	pe-nil@online.no	930 31 400
Oslo/Akershus	Adriane Wang	Pårørende	wangadriane@gmail.com	977 25 330
Oslo/Akershus	Per Olthuis	Pårørende	siuhtlo@yahoo.no	919 97 281
Agder	Esther Ryberg	Pasient	esthrybe@online.no	991 64 776
Vestfold	Hans Petter Spydslaug	Pasient	spydslaug@gmail.com	906 42 113
Vestfold	Lise Bratli	Pasient	lisebratli@icloud.com	920 63 166
Vestfold	Dag Maursås	Pasient	dhermama@online.no	911 77 990
Vestfold	Karine Tveiten Kjörk	Pasient	karine.tveiten@gmail.com	469 49 997
Telemark	Rita Slåbakk	Pasient	rita.slaabakk@gmail.com	922 37 612
Telemark	Unni Ruth	Pasient	unniruth@yahoo.no	976 68 099
Telemark	Olav Valen	Pårørende	o.valen@outlook.com	402 88 669
Telemark	Christer Holmgren	Pasient	chho@online.no	984 26 054
Telemark	Morten Haraldsen	Pasient	mortenharaldsen@outlook.com	900 35 571
Telemark	Inger Lie	Pasient	ingeli2010@live.no	928 63 118
Rogaland	Anne Lise Nesvik	Pasient	a-nesvik@online.no	481 13 797
Buskerud	Sol Nymoen	Pasient		902 25 538

Felleskap, trygghet og samhold

Returadresse:
Lungekreftforeningen
Rosenkrantz' gate 7
0159 Oslo

NORGE P. P.
posten

MSD
INVENTING FOR LIFE

MSD Oncology

NO-NON-00202 01/21