

# Pust

Magasinet for de som har lungekreft, deres pårørende og andre **Nr. 1 | 2021**



*Samboeren døde etter  
sviktende oppfølging*

*side 4-7*

**Lungekreft-  
dagboken**

Side 8-11

**Henter livsnødvendig  
medisin i Tyskland**

Side 12-13

**Protonterapi  
innføres i Norge**

Side 14-15

Nr. 1 | 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

Eddy Grønset



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*

Ønsker dere alle et riktig godt nytt år. Vi tar med oss pandemien inn i 2021, og nå er det mange som virkelig er lei Covid-19. Jeg gir ikke opp håpet om at dette snart vil ha en ende og en normal hverdag er tilbake.

For meg har det vært viktig å komme ut på tur i denne tiden, og med mye snø er det blitt mange fine skiturer.

Foreningen fortsetter med webinarer fremover, og vi tror det blir mange gode temaer som vil være interessante å følge. Vi tar gjerne imot forslag på temaer dere vil vi skal belyse.

I disse dager jobber vi mye for lik behandling av lungekreftpasienter rund om i landet. Dette er et utrolig viktig arbeid. Vi har et godt samarbeide med Kreftregisteret som kommer med sine rapporter hvert år. Det er dessverre slik at det er en del forskjeller på stilt diagnose og behandling på de ulike sykehusene, og dette kan ha fatale følger for pasientene.

Har du behov for å snakke med noen som er i samme situasjon som deg, husk at du kan bruke våre likepersoner for både pasient og pårørende.

Hilsen Cecilie Bråthen  
Leder av Lungekreftforeningen



# Kreft og vaksine

Koronavaksinen er på vei, men foreløpig er det for få doser, og mange grupper ønsker å komme fram i køen. Samtidig er det mange med kreftdiagnose som er bekymret for bivirkninger. Pust har snakket med Folkehelseinstituttet.

TEKST OG FOTO HARALD HERLAND

Overlege Are Stuwits Berg i Folkehelseinstituttet (FHI) arbeider i teamet som planlegger distribusjonen av vaksinene, og forteller dette om hvordan pasienter med lungekreft og andre kreftdiagnoser blir prioritert når for få doser skal fordeles til dem som har mest bruk for dem.

- De med hematologisk kreftsykdom siste fem år eller annen aktiv kreftsykdom, pågående eller nylig avsluttet behandling mot kreft, spesielt immundempende behandling, strålebehandling mot lungene eller cellegift, prioriteres som gruppe 4 i prioriteringsrekkefølgen. Det vil si samtidig med de som har alder 65 til 74 år, forteller FHIs representant.

## **Bør kreftpasienter som er i behandling med kjemoterapi, stråling eller annen behandling som gir svekket immunforsvar, vente med vaksine?**

- Nei, det er ekstra viktig å få vaksine for disse gruppene. Har du svekket immunforsvar kan du få noe dårligere effekt, men det er bedre enn ingen beskyttelse, sier Berg.\*

## **Er pasientgruppen som er under behandling eller nylig ferdig med behandling spesielt sårbar for bivirkninger?**

- Vi har ikke kunnskap som tilsier det. Det er snarere slik at har man et svekket immunforsvar får man litt mindre bivirkninger av vaksinen.

## **Er det forskjell på vaksinene med tanke på bivirkninger – altså er det en type som gir mer sykdomssymptomer etter vaksineringsen, slik at man kan velge den som eventuelt har «snillere» bivirkninger?**

- De to vaksinene som først ble godkjent er likeverdige. mRNA-vaksinene fra BioNTech/Pfizer og Moderna gir begge



Are Stuwits Berg er overlege i Folkehelseinstituttet og er en del av teamet som planlegger distribusjon av vaksiner.

relativt ofte milde og forbigående bivirkninger, sånn som smerter på stikkstedet, hodepine, frynsninger, verk i kroppen og også feber. Men disse vaksinene har også en høy grad av beskyttelse. Noen få kan få mer kraftige bivirkninger, men disse går også over i løpet av noen dager. Den neste vaksinen fra AstraZeneca, som nå er godkjent, gir litt mindre av disse bivirkningene, men studiene så langt viser også litt lavere grad av beskyttelse.

Vaksinene fordeles i hovedsak nå i starten etter hvor mange det er i risikogrupperne i de enkelte kommunene, etter en dynamisk prioriteringsrekkefølge som starter med beboere i sykehjem.

Are Stuwits Berg forteller dette om hvordan prioriteringene gjøres:

- Etter beboere i sykehjem prioriteres de som er 85 år og eldre. Deretter vaksineres det i aldersgrupper på ti og ti år, der enkelte personer med høy sykdomsrisiko i alderen 18-64 år prioriteres sammen med aldersgruppen 65-74 år. Denne prioriteringsrekkefølgen er dynamisk og kan endre seg underveis, blant annet på grunn av mer smitte i samfunnet da helsepersonell kan få en høyere prioritet. Dette har nå blitt gjort ved at utvalgte grupper

helsepersonell får vaksine fra og med uke 2.

Kommunene bør komme omtrent samtidig nedover prioriteringslisten, selv om variasjoner nok vil skje. Kommunene arbeider seg nedover på prioriteringslisten så lenge de har doser tilgjengelig. De skal ikke sende doser til andre kommuner som ikke har kommet så langt i vaksineringsen.

## **Kan dette innebære at noen kommuner kan komme raskere i gang med å vaksinere personer i aldersgruppen 18-64 år med bestemte sykdommer?**

- I teorien kan dette skje, men i praksis regner vi med at kommunene vil vaksinere de ulike risikogrupperne i stort sett samme tempo, og at vaksineringsen av de som kommer lengre ned på prioriteringslisten vil skje omtrent samtidig i alle kommuner. Dette har sammenheng med at vaksinene fordeles etter folketall, og at vi etter hvert regner med å få vaksiner levert også fra flere produsenter, svarer Berg.

\*Kilde: [fhi.no/nyheter](https://fhi.no/nyheter)  
[www.fhi.no/nyheter/2021/koronavaksinene-fordeles-etter-antallet-i-risikogrupperne](https://www.fhi.no/nyheter/2021/koronavaksinene-fordeles-etter-antallet-i-risikogrupperne)

# Samboeren døde etter svikten

20. november i 2019 mistet Britt Rosenvinge sin kjære samboer Bjørn Tore Blomquist (62). Han hadde en alvorlig lungekreft, men det var en ny cellegiftkur mens han hadde en ubehandlet lungebetennelse, som tok livet av han. Nå har sykehuset i Telemark fått påpakning fra Fylkesmannen (nå kalt Statsforvalteren) om at de har brutt loven både når det gjelder forsvarlig pasientbehandling og manglende kontinuitet i kontaktlegetilbudet.

TEKST OG FOTO: EDDY GRØNSEI

- Det har vært vanskelig å bearbeide sorgen på grunn av det som har skjedd. Jeg var klar over at Bjørn Tore var alvorlig syk med lungekreft, men vi så for oss å kunne ha en fin tid sammen en god stund fremover likevel. Han var i fin form, fysisk og psykisk, og responderte bra på behandlingen han fikk. Bare noen måneder før han døde sa de at nesten all kreften var borte. Han hadde nylig vært på Ullevål og fått stråling av sine svulster i hjernen, og tilbakemeldingen fra legene der var at dette så positivt ut. De mente at strålebehandlingen skulle kunne fjerne de påviste svulstene.

I månedsskiftet oktober/november drar vi til Ungarn på ferie, men de siste dagene der begynner han å bli slapp og dårlig. 9. november er vi hjemme, og han kommer til sykehuset i Telemark dagen etter og får tatt blodprøver. De viser en CRP på 300, og han har i hele tiden som kreftpasient, hatt en normal CRP på 5. De tar også CT av lungene. Den 12. november kommer han til nok en ny lege ved avdelingen som behandler han på sykehuset i Telemark, og hun sier at det er mistanke om lungebetennelse, men at de ikke har rukket å se på røntgenbildene. I stedet for oppstart med en antibiotikakur så blir han sendt på en ny cellegiftkur dagen etter og blir så sendt hjem. Med en kraftig lungebetennelse i kroppen tålte han ikke cellegift-



kuren. Seks dager senere er han død.

Jeg synes det er bra at Fylkesmannen har gitt meg medhold i at dette var en fatal behandling som aldri burde vært gitt, men jeg stiller meg uforstående til at ingen blir stilt til ansvar for de feilene som er gjort, og at Fylkesmannen bare ber

sykehuset ta lærdom av kritikken og sørge for bedre rutiner fremover, sier Britt. Hun mener at også Statens Helsetilsyn burde vært involvert i saken.

## Ingen kontinuitet i oppfølgingen

Det var i mai 2019 at Bjørn Tore fikk



# de oppfølging og kompetanse

*Britt og Bjørn Tore kjøpte det gamle huset ved Skienselva i 2005. Det var en base mellom alle feriereisene de likte å dra på. Bare to uker før Bjørn Tore døde var de på ferie i Ungarn.*

påvist alvorlig småcellet lungekreft med spredning. Situasjonen var slik at det ikke var noe håp om kurasjon, men det ble startet på livsforlengende behandling. Bjørn Tore var innforstått med dette. Derfor var også gleden og håpet så stort da han responderte så bra på cellegift-behandlingen han hadde fått.

---

– Problemet hele veien var at ingen lege tok et helhetlig ansvar for oppfølgingen av Bjørn Tore.

---

– Problemet hele veien var at ingen lege tok et helhetlig ansvar for oppfølgingen av Bjørn Tore. Vi opplevde også en arroganse og nedlatenhet. Ja, Bjørn Tore røyket da han ble syk, jeg været en form for stigmatisering på grunn av det. Da vi startet behandlingen var det en overlege ved sykehuset i Telemark som vi fikk vite skulle være behandlingsansvarlig. Hun sa at han bare ville ha seks måneder igjen å leve. Er det måten å møte en kreftpasient på ute i korridoren på et sykehus ved første møte? Hvordan kan det gi håp og følelse av at sykehuset vil gjøre noe for deg? I vår klage til Fylkesmannen har hun nektet for at hun sa dette, men jeg var med Bjørn Tore på konsultasjonen og husker det godt. I samtaler med andre pårørende har jeg hørt at de har fått høre det samme.

Kort tid etter gikk legen ut i overlegepermisjon, uten at vi fikk noen beskjed om det. Siden ble det en lang stafett med stadig vekk nye leger, som ikke kjente til hans pasienthistorie, forteller Britt.

I sitt vedtak skriver Fylkesmannen; «Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter med alvorlig sykdom i behov for behandling og oppfølging av en viss varighet rett til å få oppnevnt kontaktlege. Fra sakens opplysninger fremgår det at pasienten nærmest ved hver konsultasjon

ved kreftavdelingen møtte en ny lege, som han ikke tidligere hadde møtt. Ansvarlig lege hadde permisjon underveis i behandlingsforløpet, uten at pasient og pårørende fikk tildelt ny kontaktlege. Mangelen på kontinuitet gav pasient, og kanskje særlig pårørende, en opplevelse av å stå alene. Mye ansvar ble tillagt pårørende.»

Fylkesmannen vurderer at pasienten hadde krav på kontaktlege ut fra hans omfattende sykdom og behandlingsbehov over tid. Videre at helseforetaket ikke har oppfylt lovkravet om å tildele kontaktlege, og å sikre kontinuitet i denne ordningen, og at pasienten derfor fikk et dårligere totaltilbud med stadig nye leger å måtte forholde seg til.

## Må ikke skje med andre

Britt vet at hun ikke kan få Bjørn Tore tilbake. Hun vil likevel få frem denne historien for at det ikke må skje med andre.

– Aktiv dødshjelp er forbudt i Norge. Jeg føler at det var det sykehuset gjorde i denne saken. Hvis kompetansen er så dårlig hos legene som jobber med kreftpasientene der, så må noe gjøres. Her må ansvarlige myndigheter gripe inn og forvisse seg om at vedkommende har riktig og god kompetanse, noe som ikke har vært tilfelle i denne saken. Selv har jeg jobbet i mange år som sykepleier, og som pårørende kunne jeg hjelpe Bjørn Tore på mange områder som sikkert mange andre ikke har forutsetninger for. Jeg ringte og sto på i forhold til alle legene vi møtte. Her skjøv de ansvaret for en dårlig kreftpasient over på hans nærmeste pårørende. Hva med de som ikke har denne kompetansen hos sin nærmeste pårørende? Hva med de som bor alene?

---

Jeg håper vår historie kan bidra til at pasientbehandlingen blir bedre.

---

Et sykehus som svikter så grunnleggende må gjøre noe med sin oppfølging av pasienter og pårørende. Jeg håper vår historie kan bidra til at pasientbehandlingen blir bedre. Jeg er veldig takknemlig for at Lungekreftforeningen tar tak i dette, sier Britt Rosenvinge.

## Alle skal ha kontaktlege

Pust ble med da Lungekreftforeningens leder Cecilie Bråthen besøkte Britt i Skien og fikk høre hennes historie.

– Jeg blir trist av å høre dette. For det første er det uforståelig at de kunne sette i gang med cellegiftbehandling på en person som de mistenkte hadde en alvorlig infeksjon som lungebetennelse i kroppen. Det sier jo også Fylkesmannen var ufor-svarlig. Jeg tror dette også henger sammen med at det ikke var noen leger som tok et helhetlig ansvar. Det er jo nettopp derfor vi har fått kontaktlegeordningen. Vi må ha noen som ser hele pasienten, følger opp og også tar vare på de pårørende.

Dessverre er dette ikke bare en enkelthendelse. Tall fra Kreftregisteret viser at det er forskjell på behandlingen av lungekreftpasienter rundt om i Norge. Det er også forskjell på i hvor stor grad man prøver ut kurerende behandling. Jeg har ikke noe grunnlag for å vurdere om det hadde vært riktig i Bjørn Tores tilfelle, men min klare oppfordring til alle lungekreftpasienter som ikke føler de blir godt ivaretatt, er å be om å få en second opinion ved et annet sykehus, sier Cecilie Bråthen.



Lungekreftforeningens leder Cecilie Bråthen besøkte Britt i Skien og fikk høre hennes historie.

Avdelingsleder Anne Augestad Larsen og klinikkssjef Per Urdahl mener at sykehuset i Telemark har et langt bedre tilbud til lungekreftpasienter i dag enn hva tilfellet var i 2019. Bemanningen er blant annet økt fra to til seks onkologer, og sykehuset er i ferd med å bygges opp til et kreftsentrum.

# Har skjedd store endringer

- Vi innrømmer å ha sviktet i å ha gitt et godt tilbud med en fast kontaktlege, og behandlingen med cellegift før mistanken om lungebetennelse var utredet ferdig, burde nok ikke vært gitt.



TEKST OG FOTO: EDDY GRØNSET

Vi kan ikke annet enn å beklage det som har skjedd i denne saken, og skulle gjerne sett det unngått. Vi har de siste to årene bygd opp en større bemanning og er i ferd med å utvikle sykehuset i Telemark til et kreftsentrum, sier klinikkssjef Per Urdahl.

Sammen med avdelingsleder Anne Augestad Larsen stiller han til intervjue med Pust om saken om Bjørn Tore Blomquist som sykehuset har fått kritikk fra Fylkesmannen (nå Statsforvalteren) i sin håndtering av.

- Det vi har jobbet mest med er å få til en ordning med kontaktlege for pasientene. Det var en uheldig situasjon at Blomquist kom inn til oss rett før sommeren 2019 kombinert med at overlegen gikk ut i overlegepermisjon og at en annen lege gikk ut i svangerskapspermisjon. Vi vil aldri kunne sikre at en person får en person som fast kontakt i hele sitt behandlingsforløp på grunn av ferier og slike permisjoner, men vi har nå utvidet staben fra to til seks faste onkologer på

avdelingen, og det vil sikre en helt annen kontinuitet fremover, sier Anne Augestad Larsen, og beklager, og sier det er uheldig slik Blomquist ble ivaretatt som pasient i 2019.

**- Var den manglende oppfølgingen fra en fast kontaktlege medvirkende til den fatale behandlingen Blomquist fikk? Ville en lege som hadde kjent han bedre skjont at her var det en lungebetennelse som burde vært håndtert før han fikk cellegift?**

- Jeg tør ikke svare på om det hadde gått annerledes om han hadde hatt kontaktlege. Det vil vi aldri få vite, sier Larsen.

## Dårligst på kurativ behandling

Sykehuset i Telemark kommer også dårlig ut på Kreftregisterets statistikk over sykehus som gir sine pasienter et tilbud om kurativ behandling, fremfor palliativ behandling slik Bjørn Tore Blomquist fikk. I 2019 viser statistikken at 28,8 prosent av lungekreftpasientene i Telemark fikk tilbud om kurativ behandling med operasjon, stereotaktisk strålebehandling eller kurativ fraksjonert strålebehandling mot

37,3 prosent som et gjennomsnitt for alle sykehus i landet.

- Dette er tall vi har tatt grep for å gjøre noe med, men bildet er ikke så enkelt som å alene si at dette har noe med behandlingen på sykehuset å gjøre. Dessverre er det slik at vi har en høyere andel pasienter med langt kommen lungekreft til førstegangsbehandling her enn ellers i landet. Dette kan både skyldes at telemarkinger går for lenge med luftveisplager før de kontakter lege, men også at fastlegene venter for lenge med å henvise slike pasienter til en utredning for å utelukke at det kan være lungekreft. Dette har vi gjort grep i forhold til ved å gå ut i media og advare om dette. Vi har bedt fastlegene være mer offensive i forhold til å få tatt røntgen av lungene på pasienter med luftveisplager og ikke bare kjøre på med antibiotikakurer. Samtidig må folk bli flinkere til å gå til legen - spesielt gjelder dette røykere og de som har jobbet i industrien hvor vi vet at det har vært kreftfremkallende påvirkninger tidligere, sier Urdahl. Han inviterer gjerne

Lungekreftforeningen med til å kjøre en kampanje på dette.

– Samtidig så har vi et forbedringspotensial selv, og her har det skjedd mye i de to siste årene. Vi har blitt tildelt oppgaven med å være et strålesenter i Helse Sørøst. I 2025 skal vi være en kreftavdeling med et nytt strålesenter. Vi har vært nødt til å gjøre dette porsjonsvis. Vi føler det har fulgt nødvendige bevilgninger med på dette, og jeg er trygg på at lungepasientene i Telemark nå får et svært godt tilbud for behandling av sin sykdom.

### Tverrfaglige team

– Når pasienten kommer inn hit så skal han alltid vurderes for om han kan få et kurativt løp. Nå har vi samlet all gjennomgang av den enkelte pasient til en faglig vurdering i det vi kaller for et tverrfaglig team som består av lungeleger, onkologer og radiologer. I disse møtene er også eksperter fra Rikshospitalet involvert. Vi får en grundigere diskusjon, spesielt om tvilstilfellene.

Nå blir vi også inkludert i diskusjoner med andre sykehus. Det gir mer læring for våre medarbeidere. Jeg vurderer nå at vår kompetanse på lungelegesiden og radiologi er bedre enn for tre år siden, sier Larsen.

### Personlig ansvar

– *Bjørn Tore Blomquist sin samboer, Britt Rosenvinge, følte at hennes mann ble stigmatisert fordi han røyket, og hun savner både at noen ble stilt personlig til ansvar for det som skjedde og en unnskyldning fra dere. Hva tenker dere om det?*

– Jeg kan avkrefte at vi stigmatiserer pasienter. Årsakssammenhenger kjennet vi godt til, men vi er her for å hjelpe pasientene uansett årsak. Når vi jobber med avvik i helsevesenet, er det noe vi tar til læring. Det er læring vi i helsevesenet ønsker, og det har vi tatt av denne saken. Det er systemet og foretaket som får kritikk. Jeg som er ansvarlig må se til at vi lærer av det. Det har vært mange kontaktpunkter med hans samboer, men ikke nå i den senere tid. Jeg skjønner at hun kan ha en oppfatning av at hun ikke har fått en skikkelig unnskyldning. Jeg har ikke noe problem med å beklage det som har skjedd på det sterkeste, og så håper jeg saken har bidratt til viktig lærdom og at vi nå fremstår med et betydelig bedre tilbud til lungekreftpasienter enn hva hun opplevde at hennes samboer fikk, sier Per Urdahl.

## Kreftregisterets kvalitetsregister

Seksjonsnestleder Liv Marit Dørum i Kreftregisteret har ansvaret for kvalitetsregisteret for lungekreft, og forteller at de per i dag ikke har noen oversikt over sykehusenes etterlevelse av kravet om å ha en kontaktlege.

– Vi er derimot i ferd med å forbedre vår rapportering på medikamentell behandling, og der vil det sett i denne sakens lys, være høyst aktuelt å ta inn det som vi på fagspråket kaller «behandling til død» – altså at det er behandlingen som har utløst dødsårsaken og ikke selve sykdommen, sier hun.

Hun forteller at de også følger opp landets sykehus tett i forhold til det kvalitetsregisteret avdekker når det gjelder forskjell mellom sykehusene knyttet til andelen pasienter som får et tilbud om kurativ behandling.

– Her er det for store forskjeller, og vi følger opp både helseforetakene og de enkelte sykehus på dette. Her har vi også et god samarbeid med Lungekreftforeningen, og vi har en felles interesse i å få satt mer søkelys på disse forskjellene, sier hun.



## Kontaktlege

Retten til kontaktlege er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a. Når sykehuset eller helseinstitusjonen har vurdert det til at du fyller vilkårene for rett til kontaktlege, skal du motta informasjon om at du har fått denne retten.

### Kontaktlegens oppgaver

Kontaktlegen har et særlig ansvar for å følge deg opp under behandling eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Oppgavene til kontaktlegen er å:

- være din faste medisinskfaglige kontakt gjennom hele pasientforløpet
- være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av deg
- holde seg informert om status i behandlingen din
- bidra til at pasientforløpet går som planlagt
- ta kontakt med aktuelt personell / behandlingssenhet dersom det er utfordringer med pasientforløpet ditt
- informere deg og pårørende
- være tilgjengelig for deg og helsepersonell i medisinske spørsmål



(Kilde: Helsenorge.no)



# Lungekreftdagboken

Fotografen Kay Berg (54) fikk påvist lungekreft før jul 2020 og ble operert ved inngangen til det nye året. Samtidig gikk verden fra katastrofe til katastrofe for åpen mikrofon.

TEKST: HARALD HERLAND

FOTO: KAY BERG OG HARALD HERLAND

Telefonen ringer mens jeg er i en romjuls-travel Clas Ohlson i Bogstadveien. Der forbanner jeg tilværelsen, for printerbleket jeg trenger er utsolgt over hele byen.

Det er min gamle venn Kay Berg som er på rikstelefon fra Bergen. Kay er ikke en som bruker mye tid på småprat, og han går rett på sak som alltid:

- Ja, det er Kay her, god jul og sånt, jeg ringer fordi jeg har fått lungekreft.

Han forteller at den første diagnosen ble stilt 4. desember ved et lykkes- eller ulykkestilfelle, alt ettersom man ser det. Kay har hatt Bekhterevs siden 20-årsalderen og fastlegen sendte ham til revmatolog for å utrede muligheten for behandling med biologisk medisin. Revmatologen Liv Jakobsen ved Bergen spesialisenter oppdager en forstørret lymfeknute i armhulen og bestiller for sikkerhets skyld en CT-undersøkelse av lungene. Der finner de en svulst.

- Det var den første kreftbeskjeden, og det var utrolig tøft å få, for jeg visste ikke om det var spredning til lymfer og testikler og hvem vet hva. Så da gikk jeg rundt og tenkte det verste.

Etter omfattende undersøkelser får Kay beskjeden den 17. desember: svulsten er innkapslet i lungene, det er ikke spredning og den kan fjernes med operasjon.

- Jeg har allerede hatt utrolig flaks, og kirurgene på Haukeland sier jeg har alt å takke revmatologen som sendte meg til CT, sier Kay. - Jeg har ikke hatt noen symptomer i det hele tatt og hadde ikke hun tatt affære så ville kreften putret og kokt til det hadde vært for sent.

## Jeg har sett så mye sykdom og død

Vi prater videre. Kay er fotograf og reiser verden rundt for å ta bilder av mennesker

i alle livets faser og situasjoner. Nylig kom han hjem fra fotooppdrag i et Beirut i ruiner, der han møtte mennesker som har mistet absolutt alt.

Det er en personlig fortelling dette. For Kay og jeg som skriver dette, har reist sammen i Sør-Afrika og sittet i hytten til den dødssyke firebarnsmoren Nolia. Vi har vært i Malawi og kjøpt penkjole til 10 år gamle HIV-smittede Lukiya. Og vi har møtt mange, mange flere som aldri fikk

sjansen til å bli gamle. Kay jobber med sitt klassiske Hasselbladkamera ladet med ekte film, og jeg med videokamera.

Om kveldene på disse reisene satt vi oppe om natten og røykte og drakk taxfreakonjakk rett fra den flate plastlerken, mens vi bearbeidet dagens inntrykk.

- Jeg har sett så mye elendighet og syke mennesker, og nå er jeg der faen meg selv! Sannheten er at jeg er livredd, sier Kay.

«- Jeg har reist rundt i verden og sett så mye lidelse og død, og nå er jeg faen meg der selv! Og ærlig talt - jeg er livredd» Foto: Kay Berg





## 2020 hadde flere ulykker i bakhånd

Det er bare en drøy uke siden diagnosen ble stilt og jeg spør om hvilken type lungekreft det er snakk om. Er det «småcellet» eller «ikke småcellet»? Og fulgte det et tall med diagnosen som indikerer stadiet i utviklingen? Men Kay husker fint lite av det legen har fortalt, og er glad samboeren var med under samtalen.

- Hun fikk med seg ti ganger mer enn meg. Jeg vet bare at det ikke er spredning, at det sitter innkapslet i venstre lunge og at jeg skal opereres om noen dager.

Å være til konsultasjon med legen etter å ha fått en dramatisk beskjed, er som å ha en samtale i høy promille, har en pasient beskrevet det som. Så Kay sender over journalen sin.

*«Ikke småcellet lungecancer i venstre lunges underlapp» står det. «Man tar sikte på torakoskopisk underlappsektomi. Pasienten er informert om inngrepet og samtykker»*

Operasjonen nærmer seg. Men som om 2020 ikke hadde klart å presse ut nok elendighet, så kommer det store kvikkleireskredet i Gjerdrum, der hundrevis av mennesker får livene knust på alle mulige måter. Statsministeren må i hui og hast spille inn nyttårstalen på nytt. Og Kay sender et bilde av koordinatene som er tegnet med sprittusj på brystkassen.

## Vinnerloddet er å være født i Norge!

- De skal operere meg med en robot, forteller Kay. - Det er jo helt science-fiction med virtual-realitybriller og hele pakken.

Om jeg ikke hadde vært så heldig å være født i Norge ville dette ikke vært mulig. Om jeg hadde vært i USA, selv med forsikring, måtte jeg ha solgt både hus og bil, om jeg hadde da. Her får jeg den beste behandlingen helt gratis, og jeg får fem års oppfølging etter operasjonen.

Det er et viktig perspektiv, mener han - det å være født i Norge er vinnerloddet, og premien et gratis og veldrevet helsevesen. Kay ser en heldig sideeffekt ved å få jevnlig legekontroller:

- Da skal jeg slippe å få fingrene til fastlegen opp bak. Jeg er sikker på at mange av oss menn lar være å gå til legen bare for å slippe det der.

Nyttårsrakettene er skutt opp, Kongen har talt om *«det året der drømmene brast, året som forsvant og det som var vondt fra før, ble enda verre»*. Det er fem dager til operasjonen nå.

Flere døde blir funnet i kvikkleire-

skredet, og søndag kveld sender regjeringen ut nasjonale retningslinjer om besøksforbud, skjenkestopp og røde nivåer.

## Filosofisk nødhjelp

Det skjer så mange store kriser i verden og i landet i disse dagene at det føles fornuftig å ta et steg tilbake og se filosofisk på det hele. Filosofen Henrik Syse har nylig skrevet boken «Ord i krise, refleksjoner om håp i koronaens skygge». Hva mener han om det å møte en krise? Min påstand er at det å få en lungekreftdiagnose oppleves like rystende som å komme ut for en større ulykke eller en naturkatastrofe.

Henrik Syse tar telefonen på tredje ring og forteller at han akkurat nå er innlagt på ortopedisk avdeling på Ullevål sykehus.

- Du kan si jeg er i min egen lille krise nå. Falt på ski og knakk lårbeinet. Det er en liten krise målt mot mye annet, men smertene er reelle nok her jeg ligger i sykehussengen.

I boken skriver Syse nettopp om den personlige opplevelsen når noe vondt rammer oss. Kanskje er vi noen ganger litt for raske, ikke minst i samfunnsdebatten, med å bruke ordet krise, men han understreker likevel:

*«Å være skeptisk til en for liberal bruk av ordet «krise» er ikke det samme som å benekte at kriser kan oppstå både i det store og i det små. Krisen i vennskapet, krisen i ekteskapet. Krisen i ens personlige økonomi. Krisen man opplever når en nær går bort, eller når man stryker til eksamen eller mister jobben. Alle kan fortjene navnet krise. Dersom antallet trafikkdøde er gått ned fra 105 til 98, er det et godt tall og tegn på seier. For hver pårørende av til de 98 som er gått bort, er det en akkurat like stor tragedie - ja, en krise. Tallene må aldri skygge for den enkeltes krise.»*

- Når det vonde treffer deg, er det som om du står på en scene, du husker ikke replikkene og alt er fullstendig kaos. Den enkeltes krise er like essensiell, men når det vonde skjer med deg, skal du huske at du ikke er alene. Det er viktig å få støtte av andre, for i en dyp krise føler vi hvordan det er å være menneske. Du bør ikke bagatellisere egen smerte, men søke råd og visdom rundt deg, er Henrik Syses beste råd.

Som mestringsstrategi minner filosofen oss om at vi bør behandle livet ikke som et skap, men som en kommode. Et skap har bare ett rom der alt er stuet inn.



Filosofen Henrik Syse har skrevet boken «Ord i krise», med utgangspunkt i koronakrisen, men også med oppmerksomhet rundt andre kriser. Kriser som ulykker og sykdom rammer den enkelte av oss, og føles like vondt og lammende uansett årsak. Foto Harald Herland

En kommode har mange små og store skuffer der man kan rydde ting på plass - og noen ganger til og med lukke skuffen og rydde det bort.

- Det er lov innimellom å rydde bort det som er vondt og finne fram det gode. Det gjelder uansett type krise. Dersom det vonde får lov til å dominere hele tiden, er det veldig slitsomt, for livet er så mye mer enn bare det som er vondt. Vi må gi gleden god plass, selv om smerten også er en del av det å være menneske.

## Operasjon for åpen mikrofon

3. januar sender Kay melding og forteller at han er på Haukeland for å ta EKG og de siste blodprøvene før operasjonen. Alt er blitt grundig filmet og fotografert. For Kay, som lever av å fortelle historier med bilder, skal selvsagt dokumentere sin egen ▶



Kay sender en selfie der kirurgen har tegnet koordinatene med spritrusj. Foto: Kay Berg

operasjon.

Mandag 4. januar klokken sju om morgenen har Kay allerede fått litt beroligende, og blir trillet inn på operasjonsstuen på Haukeland sykehus, der roboten og operasjonsteamet står klare.

Tirsdag og onsdag kommer og går uten at vi på utsiden får noe livstegn fra innsiden av Haukeland sykehus.

Onsdag 6. januar stormer pøbelen kongressbygningen i Washington DC, men det får ikke Kay med seg, da er han omtåket av morfin med drenslinger stikkende ut av brystkassen og et kateter i urinrøret som gjør ham søvnløs.

Torsdag tikker det inn en melding. Kay forteller at han er kommet hjem, medtatt og kraftig preget. Men filmopptak har det blitt.

Senere ringer han for å avlegge rapport. Pusten tung og han blir fort sliten, forteller han. Legene har fjernet drenet og fått ham opp å gå tidligere enn det som er normalt. Men det er tydelig at operasjonen har vært røff for både kropp og sinn.

I dagene som følger blir formen litt bedre, men samtidig må han trappe ned på morfin og smertene stiger opp til

overflaten.

I Vesterålen brenner en hytte ned og fire barn og en voksen omkommer. Et lite lokalsamfunn er lammet av sorg.

- Jeg har akkurat vært hos legen for å ta bort noen sting i det hullet der drenet var plassert og han klarte å tulle det til, og det er utrolig irriterende.

Kay har fått såpass energi at han har overskudd til å kjeft på en klønete lege, så det er jo et godt tegn.

## Ny ventetid

Samtidig er han bekymret.

- Jeg går i en mellomfase her. Jeg er mørbanket av operasjonen, de har stukket hull i meg både foran og bak, og det som skjer nå er at svulsten min skal undersøkes av en patolog, og så får jeg vite hva slags behandling jeg skal få videre. Kirurgen på Haukeland har bedt meg være forberedt på cellegift, og heller ta det som en hyggelig nyhet om det likevel ikke er nødvendig.

Thoraxkirurgene på operasjonsteamet forklarer at det vanligvis ikke er nødvendig å strålebehandle pasienter som er operert. Størrelsen på svulsten og om det spredning til lymfeknuter avgjør om det blir nødvendig med kjemoterapi.

Januar 2021 går mot slutten. En engelsk mutasjon av koronaviruset lammer hele Østlandet. De som reiste til nabokommuner for å stå i timelange polkøer blir hetset og utskjelt på det verste, og glemte for øyeblikket er omtanken og omsorgen for dem som er rammet av sykdom og ulykker. Balkongklapping for sykepleierne har vi heller ikke hørt på en stund nå. Verden går tydeligvis tilbake til normalen, der vi passer nøye på at naboen ikke trør feil eller får vaksine før tur. Livet går videre som normalt – for de aller fleste.

Kay har også begynt på en hverdag med jobb så mye han orker, og ute i Bergens gater treffer han venner og kjente. Han forteller at folk han møter helst unngår temaet kreft når de møter ham.

- De er nok redd for si noe galt og er veldig forsiktige, og jeg skjønner jo det.

Kay har i stedet fått noen gode samtaler med en kamerat som selv har vært kreftsyk i lang tid, og kjenner at det er lettere å snakke med en som forstår hva det vil si å gå gjennom sykdom og alt kaoset av tanker som følger med.

Og her er Henrik Syse enig.

- Da jeg lå med mitt brukne lårben, benyttet jeg meg av den kompetansen som var på ortopedisk avdeling. Du må tørre å bruke de menneskene som er rundt deg, hent råd og hjelp og støtte.

Og tillat deg å gi plass til din egen smerte.

Syse anbefaler å søke profesjonell hjelp når verden raser.

«Vi har alle vært der, i en eller annen form: et dødsfall eller annen krise i familien; noe tragisk som skjer på jobben eller i vennekretsen; et opprivende oppgjør; en ulykke med store konsekvenser. Alt står stille og beveger seg raskt på samme tid. Krisen tar tid og plass. Verden utenfor blir en kulisse», skriver Henrik Syse i sluttordet til boken sin.

Like før Pust går i trykken er Kay på kontroll på Haukeland sykehus.

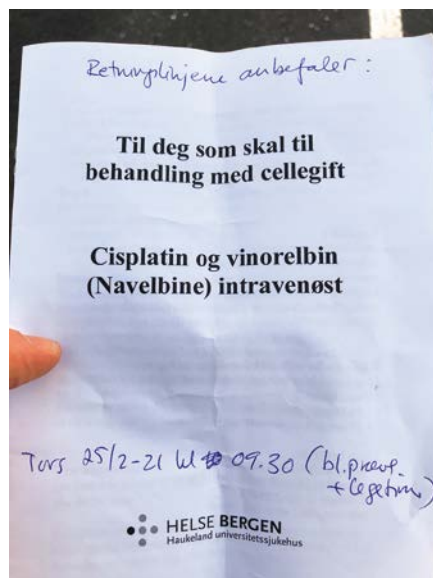
- Jeg er litt oppskjørtet nå, det hører du sikkert, sier han på telefonen.

- Jeg har nesten ikke sovet i natt, men nå har de tatt bilder og blodprøver og lungen har ekspandert som den skal og de ikke kan se noen rester av kreft igjen.

Kay skal gjennom en cellegiftkur med Cisplatin og vinorelbin, som er behandling som gis spesielt til lungekreftpasienter.

- De på lungeavdelingen anbefaler å ta cellegift for å være sikker på at om det finnes noen tråder av kreft igjen så blir det fjernet. Jeg skal ta første kuren om tre uker, og det er jo bra!

- Men akkurat nå føler jeg meg helt tom.





# Robotassistert operasjon – avanserte og mer skånsomme inngrep

Thoraxkirurgi er betegnelsen for operative inngrep i brysthulen, og på Haukeland sykehus skal thoraxkirurgene inn i kroppen til Kay Berg med robotassistert torakoskopisk lobektomi – RATS

TEKST: HARALD HERLAND FOTO: KAY BERG

Operasjonen gjennomføres ved kikkhullskirurgi der flere tynne stenger stikkes inn i kroppen. På disse stengene sitter videokameraer og verktøy. Video-assistert torakoskopisk lobektomi (VATS) er den vanligste metoden kikkhullskirurgi, der kirurgen holder instrumentene med et langt skaft mens assistenten holder videokameraet. Ved robotassistert metode kobles instrumentene direkte til roboten, mens kirurgen sitter i en konsoll og fjernstyrer robotarmene med små fingerbevegelser og fotpedaler.

- Når det gjelder lungekirurgi, er det flere fordeler med kikkhullskirurgi sammenlignet med åpen operasjon (thorakotomi), forteller thoraxkirurgene i teamet på Haukeland.

- Kikkhullskirurgi gir mindre operasjonssnitt, og man unngår oppsperring av brystkassen der man drar ribbeina fra hverandre. Det gir mindre smerter etter operasjonen, og med mindre operasjonssnitt deler man også mindre muskelvev, slik at armfunksjonen raskere er tilbake til normalen. Liggetid på sykehus er vanligvis

kortere ved kikkhullskirurgi, og som oftest er pasientene raskere tilbake til normalt aktivitetsnivå.

Ved robotassistert operasjon har man instrumenter som har «håndledd», som gir en betydelig bedret bevegelsesgrad av de kirurgiske instrumentene. Dette gjør at disseksjon av vev blir veldig nøyaktig, og tillater kirurgen å utføre mer teknisk komplekse prosedyrer. Det er også bedre bildekvalitet med høykvalitets HD/3D-kamera, der roboten holder kamera helt stabilt.

- Robotassistert kirurgi ble først tatt i bruk av urologene, men har siden gjort sitt inntog innenfor stadig nye fagområder, blant annet gynekologi, gastrokirurgi og thoraxkirurgi. Innenfor thoraxkirurgi ble kikkhullskirurgi (VATS) introdusert på 1990-tallet, men den ble etablert metode først i løpet av 2000-tallet. VATS er nå en allment benyttet metode, i alle fall i den vestlige verden. Den første robotassisterte lobektomien ble rapportert utført i 2003. I begynnelsen var dette noe som ble drevet fram av noen få, spesielt interesserte thoraxkirurger, men RATS har sakte, men sikkert fått bedre fotfeste, og i løpet av de siste fem årene har det vært en betydelig

økning i antall sentre som utfører robotassistert lungekirurgi. Man er naturligvis avhengig av at sykehuset har et robotsystem, og dette er kostbart. I Norge er det mange sykehus som har robotsystemer, men det er bare tre sykehus hvor roboten brukes til lungekirurgi, forklarer thoraxkirurgene.

Generelt kan man si at lungekreftoperasjoner som er egnet for VATS også er egnet for RATS. Disse pasientene har gjerne en lungekreft i tidlig stadium, det betyr at tumoren ikke er alt for stor, og at den ikke er innvokst i naboorganer eller brystvegg.

Haukeland har to robotsystemer som begge er gaver fra Trond Mohn stiftelse. Haukeland startet robotassistert lungekirurgi høsten 2019. Før oppstart måtte både kirurger og operasjonssykepleiere gjennom sertifisering, som består av omfattende teoretisk og praktisk kursing. Operasjonsteamet består av to thoraxkirurger og fem operasjonssykepleiere, og er nå i en fase der de skal trekke inn flere kirurger og operasjonssykepleiere i virksomheten.

- Vi i teamet er veldig fornøyd med denne teknologien, og liker godt å utføre inngrep med RATS. Roboten er et fantastisk hjelpemiddel, som gir oss muligheter til å utføre mer avanserte kikkhulloperasjoner enn vi kunne før, forteller kirurgene til Pust.



Thoraxteamet på Haukeland består av to kirurger og fem operasjonssykepleiere.  
Foto: Kay Berg



De har stukket hull i meg både foran og bak og jeg er helt mørbanket. Men opp i det hele har jeg hatt utrolig flaks! Foto: Kay Berg

## Compassionate use

# Henter livsnødvendig medisin i Tyskland

Hver måned setter Pål Hauge (44 år) seg på flyet til Tyskland for å hente medisinen som har gitt han nytt håp. En medisin han ikke kan få i Norge. Reisen betaler han selv.



TEKST: RANNVEIG ØKSNE FOTO: PRIVAT

– Det blir jo et slags klasseskille. Jeg tenker på at ikke alle har samme mulighet som meg, sier trebarnsfare.

Inntil videre dekker han kostnadene selv. Den private helseforsikringen hans har refundert en del av utgiftene.

### Second opinion i Tyskland

Etter at Pål ble diagnostisert med ikke-småcellet lungekreft med spredning høsten 2019, ble han satt på en kombinasjon av cellegift og immunterapi. Broren hans har vært, og er, en viktig støttespiller. Han har vært med på legetimer, satt seg inn i diagnose og behandling, og søkt informasjon utenfor landegrensene. Sammen reiste de til et anerkjent sykehus i Tyskland for å få en second opinion på om Pål fikk best mulig behandling. Onkologene ved Thoraxklinik, en del av universitetssykehuset i Heidelberg, bekreftet at immunterapi og cellegift var fornuftig å starte med. Behandlingen fortsatte Pål med i Norge frem til sommeren, men allerede i mars viste bildene at effekten begynte å avta.

– Da startet egentlig det som er litt

ergerlig. Det virket som om den norske verktøykassen var tom, samtidig som utviklingen gikk i feil retning, sier Pål.

### Sykehusinnleggelse i Tyskland

– På sensommeren i fjor reiste vi til Heidelberg igjen, hvor jeg ble lagt inn i fire dager og grundig undersøkt. PET-skanning som viste hvor kreften hadde spredd seg ble gjennomført. Dette hadde vi tidligere spurt om å få gjort her hjemme i Norge.

PET-skanning eller PET-CT er et alternativ til vanlige CT-bilder. PET-CT gjør det lettere å lokalisere kreften, mens CT-bilder med kontrastvæske gir tydeligere bilder.

### Biopsi for gensekvensering

I Tyskland fikk Pål også gjennomført bronkoskopi og tatt en ny vevsprøve, biopsi. Sykehuset i Norge ville ikke gjøre dette da en av svulstene satt veldig nær hovedpulsåren. Ved Thoraxklinik var det å ta ut en vevsprøve med nok kreftceller for analyse en udramatisk rutine. Biopsien ble sendt til gensekvensering (NGS) og kontroll mot ni kjente genmutasjoner som

det finnes behandling for ble gjennomført. I Norge tilbys det bare gensekvensering for de tre genmutasjonene Helfo dekker behandling for, i tillegg til testing for kliniske studier, og pasienter informeres ikke alltid om at det er større muligheter i utlandet.

– Vi hadde rett etter at kreften ble oppdaget i november 2019 også vært på sporet av andre enn de tre genmutasjonene man testes for i Norge. Dessverre inneholdt vevsprøven vi fikk av sykehuset i Norge den gangen og sendte videre til Tyskland, for lite kreftceller til at den kunne analyseres.

### Kandidat for ny medisin

Resultatene fra PET-skanningen var nedslående, det var for mye spredning til at Pål ville kunne ha effekt av å fjerne en av lungelappene i kombinasjon med HITHOC (skylling av brysthulen med varm cellegift). Gensekvenseringen viste derimot en såkalt RET-fusjon, en genmutasjon det finnes to medikamenter som undertrykker. Disse er såkalte TKIer (Tyrosine Kinase Inhibitors).

– Thoraxklinik søkte om at jeg kunne



få teste den ene, en helt ny medisin som heter Pralsetinib, gjennom et «compassionate use program». Kun uker i forveien var Pralsetinib godkjent av Food and Drug Administration (FDA) i USA. Etter to uker hadde sykehuset fått innvilget at jeg kunne få medisinen, og jeg kunne reise tilbake til Tyskland for å starte behandlingen.

### Rask effekt

– Effekten kom nærmest umiddelbart.

Tre dager etter at jeg startet på medisinen forsvant den ekstra harde og slitsomme hosten jeg hadde gått med siden behandlingseffekten avtok på senvinteren. Kondisjonen kom tilbake.

Jeg tok nye bilder i desember

2020, og da kunne vi se at spredningen ikke bare var stanset, men også redusert flere steder. Hovedtumoren var blitt betydelig mindre.

Nå er jeg tilbake i full jobb

og føler meg som før jeg ble

diagnostisert med lungekreft. Bivirk-

ningene er få, i hvert fall sammenlignet

med cellegift. Jeg kan kjenne på en slags

slitenhetsfølelse og krampe i bena, men

ikke så mye mer enn det. Nå tør jeg å

håpe på at legene kan gjøre noe kirurgisk

etter hvert. Det er fantastisk å slippe å gå

rundt og tenke på sin egen begravelse!

### Kritisk til dagens ordning

På grunn av pandemien forsøker nå

leger i Norge å få overført behandlingen

til Norge. Det har vist seg å være en

langvarig prosess, og søknaden er fortsatt under behandling.

Åslaug Helland, overlege på Radiumhospitalet og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, er kritisk til at det for tiden er vanskelig for pasienter i Norge å få tilgang til nye medikamenter gjennom early access-programmer.

– Dessverre har det blitt vanskelig for pasienter i Norge å få tilgang til nye medikamenter, som ennå ikke er godkjent, via såkalt early access eller compassionate use-programmer. Tidligere var dette en mulighet som var aktuell for flere pasienter i Norge, så sant pasienten hadde den kreftsykdommen

og tilstanden som passet til medisinen. Legemiddelselskapet

gir da medikamenter gratis, før medisinen er godkjent.

Tidlig tilgang til nye medisiner

kan gi effektiv behandling for

pasienter, samtidig som vi i

helsevesenet får erfaring med

nye medisiner.

Det er et par år siden norske helsemyndigheter endret regelverket og i dag er det svært få slike «early access»-program tilgjengelig for norske pasienter.

– At pasienter får tilgang til gratis, ikke-godkjent medisin, har vi hatt god erfaring med tidligere. De programmene vi har hatt for lungekreftpasienter har vært åpne for alle pasienter i Norge, og noen pasienter har hatt stor nytte av behandlingen.

...Det er fantastisk å slippe å gå rundt og tenke på sin egen begravelse!

## Compassionate use program (CUP)

Dette er en ordning som lar legemiddelprodusenter gjøre legemidler som mangler markedsføringstillatelse tilgjengelig for en gruppe pasienter. Det er Statens legemiddelverk som vurderer og godkjenner Compassionate use. Det er en rekke forutsetninger som må oppfylles før et legemiddel får godkjenning til Compassionate use. 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

## Bli medlem

Et medlemskap i Lungekreftforeningen koster 200 kroner i året, eller 400 kroner for deg og dine familie-medlemmer.

Meld deg inn via vår nettside:

[www.lungekreftforeningen.no](http://www.lungekreftforeningen.no)

## Advokattilbud til medlemmene

Lungekreftforeningens medlemmer får rabatterte tjenester i Advokatfirmaet Tveter og Kløvfjell.

Advokat Preben Kløvfjell vil gjerne ha innspill fra Pust sine lesere på tema som kan belyses juridisk i bladet. Kravet er at det må ha en relevans i forhold til kreftsykdom og jus.

For å bruke medlemsavtalen og få rabatt på advokattjenester er det ikke noe begrensning i hvilke saker det gjelder.

Preben Kløvfjell kan kontaktes på [pk@klovfjell.no](mailto:pk@klovfjell.no).

Du kan også stille spørsmål direkte til juristene via tjenesten vi har på vår nettside: [www.lungekreftforeningen.no/spor-advokaten](http://www.lungekreftforeningen.no/spor-advokaten)

# Protonterapi innføres i Norge



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.

*Svært spennende felt: Olav Mella leder det nasjonale virksomhetsprosjektet som skal etablere protonbehandling som et flerregionalt behandlingstilbud i Norge.*

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN  
FOTO: KATRIN SUNDE / ARKITEMA ARCHITECTS

De to anleggene for protonterapi, som skal være klare i 2024, vil stå i tilknytning til henholdsvis Radiumhospitalet i Oslo og Haukland Universitetssykehus i Bergen. Protonterapi er en teknologisk utvikling som gir en mer kontrollert og forutsigbar strålebehandling. I kreftbehandling med stråleterapi er det svært viktig å sørge for at tilstrekkelig av det syke vevet blir strålet med riktig dose, samtidig som friskt vev skal utsettes for minst mulig stråling. Jo mindre friskt vev som stråles, jo mer reduseres omfanget av komplikasjoner og bivirkninger fra denne type behandling.

Olav Mella er direktør for Avdeling for Kreftbehandling og medisinsk fysikk ved Haukeland Universitetssykehus og leder for det nasjonale virksomhetsprosjektet som nå jobber for å etablere protonbehandling som et flerregionalt behandlingstilbud i Norge.

- Det spesielle ved protonterapi er først og fremst de fysiske egenskapene til protonene slik de avgis i pasienten. Den høyenergetiske røntgenstråling, fotoner, som er dagens standardbehandling, vil typiske gi en relativt høy dose dypt inn i pasienten. Protonene er små partikler som avgir det meste av sin stråling på et

bestemt dyp, avhengig av hvilken energi de går inn i pasienten med. Ved å sende inn knipper med stråling av ulik energi med svært korte tidsintervaller mellom, kan man få en relativt lik stråledose på det dypet man ønsker, og dosen bak svulsten blir lav. Derved kan man redusere risiko for komplikasjoner på lang sikt med denne strålebehandlingen i forhold til med dagens røntgenstråling, forklarer han.

## Hvem vil ha mest nytte?

Det er en avgrenset pasientgruppe som vil motta behandlingen til å begynne med, men på sikt vil man utvide tilbudet til alle som kan ha nytte av det. Det er først og fremst ved svulster der å redusere stråling til friske deler av kroppen der det ikke er nødvendig å behandle, at protoner har en fordel, forklarer Mella.

- Strålebehandling er jo en terapiform der en prøver å skade svulstvevet og samtidig få minst mulig dose til normalvevet, nettopp for å unngå at pasienter må slite med livslange skader forårsaket av behandlingen. Generelt vil protonstråling kunne redusere de områder av pasienten som mottar stråling i forhold til om fotonbehandling ble gitt. Særlig barn og unge har normalvev som er i utvikling og er mer følsomt for stråling enn hos voksne. Fordi disse etter helbredelse av svulsten

skal leve i mange tiår med eventuelle senskader, er effekten sett i forhold til kostnadene mest opplagt hos de unge.

Fordi mange protonanlegg fra starten ble bygget gjennom private gaver og av kommersielle aktører, og mange pasienter har måttet betale protonbehandling i utlandet av egne midler, har det blitt gjennomført relativt få studier for å direkte sammenligne foton- og protonpasienter. Det grunnleggende prinsipp som gjør at protonterapi øker i omfang, er at vev som ikke blir bestrålt ikke vil få langtidsskader, sier Mella.

## Protonterapi ved lungekreft

Protonterapi er ikke mye brukt ved lungekreft per i dag, men det kan være en aktuell behandlingsform også for denne pasientgruppen. Protoner er mer følsomme for endringer i luftholdighet enn fotoner ved behandling av lungevev, slik at bruk av protoner mot lungene krever daglig kontroll av luftholdighet og tilpasning til pustesyklus, det vil si fasen av inn- og utånding pasienten er i da strålingen avgis, forklarer Mella.

- Ellers gjelder de vanlige prinsipper om at protonene kan spare normalvev og redusere de områder av lungene som blir varig satt ut av funksjon etter gjennomført stråleterapi. Et interessant forhold med





*Slik kan protonsentret bli i Bergen:  
Illustrasjon: Arkitema Architects*

lungkreft er den relativt nylig påviste effekten av immunterapi. Stråling vil øke mengden genskader i svulstvevet og gi immunmedisiner flere mål å treffe. Det er et paradoks at fotonbehandling ofte innebærer, ved såkalt rotasjonsbehandling, at betydelige mengder av blod, med sine svært strålefølsomme immunceller, passerer gjennom strålelinjen under behandling. Protonterapien er mer avgrenset i volum og vil redusere mengde bestrålt blod, derved sette immuncellene i bedre stand til å angripe svulstvevet. At dette eventuelt gir bedre overlevelse, og livskvalitet, må imidlertid vises i nøye kliniske studier, sier Mella.

### Høyt fokus på kunnskapsutvikling

Begge protonsentrene som opprettes vil være utstyrt med mulighet til å ta imot pasienter, men vil også få et eget forskningsrom. Dette gir mulighet for forskning på fysiske forhold ved protoner, også av avbildningsteknikker for å bekrefte fordeling av stråledosen i vev, i tillegg til å utvikle den biologiske forståelsen av fagfeltet ved behandling av levende celler og dyr.

- I Norge har man et mål om å kartlegge nytteverdien av protoner gjennom å inkludere cirka 75 prosent av alle pasientene i kliniske forsøk med langtidsoppføl-



ging over mange år. Dette er arbeidsmessig krevende og vil koste samfunnet mer enn å bare behandle i henhold til hvordan doseplaner på pasientene tilsier er best, sier Mella.

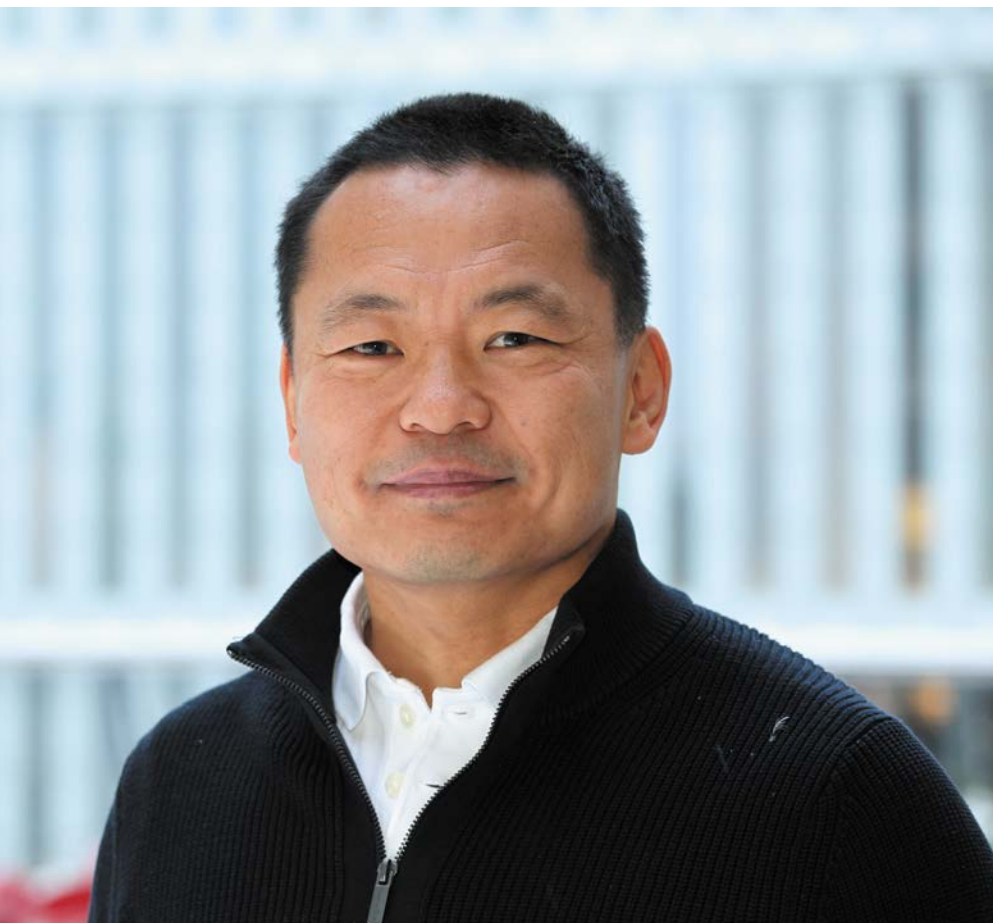
Han forteller at et svært spennende forhold ved protoner er muligheten som kommer til å programmere strålemaskinene til å avlevere stråledosen på svært kort tid, såkalt flash behandling, noe

som kan vise seg å gi en større forskjell på hvordan normalvev og svulstvev tåler stråling enn det man ser med fotoner.

- Dette kan sannsynligvis gi stråling en enda mer sentral plass i kreftbehandlingen enn før, både som helbredende og livsforlengende og lindrende behandling, avslutter han.

## Internasjonal forskning

# Verdens lungekreftkongress



Bjørn Henning Grønberg, professor og overlege ved NTNU og St. Olavs Hospital.

Spennende resultater fra flere studier ble presentert på World Congress of Lung Cancer (WCLC), en stor lungekreftkongress som ble avholdt siste helgen i januar.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE FOTO: EDDY GRØNSET

WCLC er, sammen med kongressene ASCO (American Society of Clinical Oncology, arrangeres i juni 2021) og ESMO (European Society for Medical Oncology, holdes i september 2021), de kongressene hvor de største nyhetene på lungekreftområdet presenteres.

### KRAS-mutasjon

Resultater fra en fase-II studie på lege-

middelet Sotorasib ble presentert på WCLC. Studien inkluderte 126 pasienter med ikke-småcellet lungekreft med KRAS G12C mutasjon, og bekreftet tidligere studier som har vist lovende effekt av legemiddelet. Omtrent 15 prosent av pasienter med ikke-småcellet lungekreft har denne mutasjonen, og det finnes per i dag ingen godkjente medikamenter mot mutasjonen. Vanlig behandling er cellegift og immunterapi. Sotorasib er laget for å blokke kreftproteinet KRAS, og kan bli det første godkjente legemiddelet til behandling av mutasjonen. En godkjenning av sotorasib er forventet i løpet av 2021. Studien som ble presentert på WCLC viste at svulstene ble vesentlig redusert i størrelse hos 37 prosent av pasientene og at denne responsen varte i gjennomsnitt i

nesten syv måneder. Hos tre av pasientene i studien ble svulstene helt borte.

### Tagrisso etter operasjon

Det ble også presentert undergruppeanalyser av ADAURA-studien som undersøkte effekten av å gi Tagrisso etter operasjon til pasienter med EGFR-mutasjonspositiv ikke-småcellet lungekreft. Analysene viste at det var en stor, og viktig effekt med henhold til sykdomsfri overlevelse, uavhengig av om pasientene hadde fått standard tilleggsbehandling med cellegift etter operasjon. Pasientene som først fikk cellegiftbehandling hadde 84 prosent mindre risiko for tilbakefall når de fikk Tagrisso, og pasienter som ikke fikk cellegift hadde 77 prosent mindre sannsynlighet for tilbakefall.

Tagrisso er foreløpig ikke godkjent for denne indikasjonen i Europa eller Norge, men saken er forventet å tas opp i Beslutningsforum i løpet av året.

– Vanligvis ønsker man at tilleggsbehandling etter kirurgi skal vise en overlevelsesgevinst, og det gjenstår å se om det er tilfellet for denne behandlingen. Men her er gevinsten i form av sykdomsfri overlevelse uvanlig stor, og dette betyr mye for pasientene. En mulig bekymring er at behandlingen kan gi plagsomme bivirkninger, men det ble også presentert data som viser at pasientene som fikk Tagrisso ikke hadde dårligere livskvalitet enn de som fikk placebo. Så får tiden vise om norske pasienter får tilgang til denne behandlingen. Per i dag har ikke Beslutningsforum akseptert behandling av avansert sykdom med Tagrisso, noe som er frustrerende så lenge dette anses som den beste behandlingen, sier Bjørn Henning Grønberg, professor og overlege ved NTNU og St. Olavs Hospital.

### Forskning i Norge

Grønberg er involvert i flere store forskningsprosjekter på småcellet lungekreft. Han forventer fremskritt i behandling av småcellet lungekreft.

– Jeg er glad for at vi nå kan se en utvikling innen forskningen på småcellet lungekreft. Vi har flere spennende studier



Nyheter Retningslinjer **Studier** Publikasjoner Aktiviteter og referater Lenker

## Norsk lungekreftgruppe

Studier

For en oversikt over aktuelle kliniske studier, se [www.icgi.net/studieapp](http://www.icgi.net/studieapp)

Behandlingskjema med studiemuligheter for lungekreft/mesoteliom

The flowchart details treatment pathways for lung cancer and mesothelioma, categorized by biomarkers like EGFR, ALK, ROS1, BRAF, NTRK, and PD-L1 status. It lists various clinical trials such as KEYNOTE-424, ORCHARD, and others, along with standard treatment options like chemotherapy and immunotherapy.

## App med oversikt over studier

Det er utviklet en app for leger, som gir oversikt over aktuelle lungekreftstudier. Vi oppfordrer pasienter til å høre med sin behandlende lege om han eller hun kjenner til appen. Vær obs på at det er pasientens lege som skal ta kontakt med studielege, det er ikke meningen at pasientene selv tar direkte kontakt (for svaret vil da alltid være at en henvisning må pasienten drøfte med sin egen lege først).

Mer informasjon og lenke til appen finner du på Norsk Lungekreftgruppe sin nettside: [www.nlcg.no/studier-og-resultater/](http://www.nlcg.no/studier-og-resultater/)

på gang, og for første gang på 20 år er det skjedd fremskritt i behandlingen av denne pasientgruppen.

### Økt stråling forbedrer overlevelsen

Under ASCO 2020 presenterte professor og overlege Grønberg foreløpige resultater fra en strålestudie på småcellet lungekreft i begrenset stadium. I studien ble pasientene randomisert til å få enten standard stråledose over tre uker eller høy dose over fire uker. Resultatene viser at 2-års overlevelsen var over 50 prosent høyere for de som fikk den høye stråledosen. Resultatene publiseres online 1. mars i *Lancet Oncology*, det høyest rangerte krefttidsskriftet i verden.

– Frem til artikkelen blir publisert må vi holde resultatene tett til brystet, men jeg kan fortelle at resultatene vi ser er svært spennende, og at vi forventer at denne studien vil endre praksis for behandlingen av småcellet lungekreft i Norge. Mellom 25-30 prosent blir friske, men mange får tilbakefall, og det skal bli spennende å se om den høye dosen også fører til at flere blir friske. Det vil vi vite i 2023 når fem-årsoppfølgingen av pasientene avsluttes, sier Grønberg.

### Immunterapi til pasienter med småcellet lungekreft

Grønberg leder også en studie som

forsker på om immunterapi forlenger overlevelsen hos pasienter med småcellet lungekreft i begrenset stadium. ACHILES-studien startet i 2018 og vi forventer å avslutte inklusjon i slutten av 2021.

– Ved ikke-småcellet lungekreft er immunterapi i dag standard behandling, omtrent alle studier som har vært gjort har vært positive. Men for pasienter med småcellet lungekreft er det mer uklart, og vi vet lite om immunterapi kan hjelpe pasienter med begrenset sykdomsutbredelse, og per i dag er immunterapi ikke tilgjengelig for norske pasienter utenom studier. I studien undersøker vi om immunterapi med PD-L1-hemmeren atezolizumab gitt etter standard behandling med cellegift og strålebehandling, forlenger overlevelsen, sier Grønberg.

At studien er relevant vitner den internasjonale deltakelsen om, studien gjennomføres i samarbeide med danske, svenske, sveitsiske, nederlandske og litauiske sykehus. Grønberg forteller at inklusjonen av pasienter går bra, og at behandlingen ser ut til å være godt tolerert.

### Forskning på utbredt småcellet lungekreft

I desember fikk Grønberg og hans forskningsgruppe ved St. Olavs hospital 19,3 millioner kroner i støtte fra Nasjonalt

program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten, til forskning på småcellet lungekreft med spredning.

I dette prosjektet vil Grønberg se nærmere på om strålebehandling av lungesvulsten samtidig med cellegift og immunterapi forlenger overlevelsen for pasienter med utbredt småcellet lungekreft, sammenlignet med cellegift og immunterapi alene.

– Vi vet at det å legge immunterapi til cellegift øker overlevelsen, men effekten er beskjeden, og det er stort behov for å forbedre effekten av behandlingen ytterligere. Forskning tyder på at stråling kan øke effekten av immunterapien, og målet er å undersøke om dette er tilfellet for pasienter med småcellet lungekreft. Dette er en studie som vi skal starte opp med nå før sommeren.

Grønberg forteller at forskergruppen også har samlet inn vevs-, blod- og avføringsprøver gjennom de nevnte studiene som skal analyseres for å undersøke om forskerne kan klassifisere de pasientene som har best effekt av studiebehandlingen.

– Målet er identifisere hvilke pasienter som får tilbakefall, hvilke som blir kurert, og hvilke pasienter som vi tror kan kureres ved mer intensiv behandling, forklarer Grønberg.



# 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.

*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.*

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:

*– Samboeren min i begynnelsen av 30-årene ble nylig diagnostisert med ikke-småcellet lungekreft (EGFR-mutasjon) og har startet med Tagrisso. De nye bildene viser at han har hatt god effekt av disse, og jeg lurer på hvor lenge denne medisinen pleier å virke? Og hva behandlingen blir etterpå?*

### Åslaug svarer:

– Ikke-småcellet lungekreft er sjelden hos så unge. Heldigvis er Tagrisso ofte en effektiv behandling. Det er stor variasjon i hvor lenge effekten varer, og noen kan ha effekt i flere år.

Dersom medisinen slutter å virke, er det flere alternativer. Man bør ta en ny vevsprøve for å undersøke om det kan være en ny mutasjon eller annet som forårsaker endringen. Avhengig av svaret kan man eventuelt delta i en klinisk studie, man kan kanskje prøve en ny behandling av typen målrettet behandling (hvis man finner en ny genforandring som tilsier det) eller man kan prøve cellegift / immunterapi.

*– Min far på 60 år har nylig fått diagnosen NSLC adenocarcinom (ikke påvist noen mutasjoner), med spredning til skjelettet og i hjerne. På tross av dette er kreftlegene positive til at han skal ha god effekt av behandlingen. Han er godt i gang med cellegift og immunterapi. Hvor fort vil man se om behandlingen har noen effekt? Er det lurt å kontakte privat sykehus for å få gentestet svulsten?*

### Åslaug svarer:

– Det er bra at kreftcellene er analysert for genforandringer, da det er etablert målrettet behandling til stede dersom det er genfeil i EGFR-genet, ALK-genet eller i ROS1-genet.

Når ikke disse er til stede, er cellegift og immunterapi anbefalt behandling for pasienter med ikke-småcellet lungekreft. Effekten kan ta litt tid, men man ser oftest om det hjelper etter tre måneder.

Vi har nå etablert utvidet testing i det offentlige helsevesenet, og jeg ville heller undersøkt den muligheten dersom ikke behandlingen har ønsket effekt. Ved Oslo Universitetssykehus er det blant annet mulighet til å teste over 500 gener, for vurdering til kliniske studier. Det jobbes med dette over hele Norge nå.

*– En i familien har gjennomgått en lungekreftoperasjon med påfølgende strålebehandling. Hun har nå i mange måneder etter vært veldig tungpustet. Hun har vært på flere utredninger med ny CT av lunger, EKG av hjertet og så videre. Spesialistene forstår ikke hvorfor pusten er såpass dårlig. Har du noen formening om mulige årsaker? Vet at det er stråleskader, men stråleskadene tilsier ikke at pusten skal være så dårlig.*

### Åslaug svarer:

– Det var leit å høre at pusten er så dårlig etter behandling. Det er dessverre vanskelig for meg å svare på dette helt konkret, men kan si noe generelt om dette.

Hun har såvidt jeg forstår både fjernet noe av lungene med operasjon og deretter fått strålebehandling. Begge deler kan gjøre at man blir mer tungpusten. I tillegg kan tungpusten skyldes noe med hjertet, så det er fint at man har undersøkt hjertet også her.

Dersom det skyldes operasjon og strålebehandling kan det bedre seg etter hvert, - når de friske delene av lungene kan ta over og bidra mer. Det høres ut som at hun er i tett oppfølging av legen sin, og det er bra!

# 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.







– En varmemaske beskytter åndedrett og blodomløp mot kulde, sier Elisabeth Edvardsen, forsker og fysiolog ved Norges Idrettshøgskole og Oslo Universitetssykehus.



Helle Aanesen, som er daglig leder i Aktiv mot kreft forteller at det fra begynnelsen av februar vil foreligge en komplett timeplan med treningsmuligheter live fem dager i uken – fra fire Pusterom.

# Tips til vintertrening

Hvordan trene når treningsstentrene er stengt og det er kaldt ute? Her er tipsene lungekreftpasienter bør tenke ekstra på.

TEKST: KJERSTI JUUL FOTO: PRIVAT

Elisabeth Edvardsen, forsker og fysiolog ved Norges Idrettshøgskole og Oslo Universitetssykehus, påpeker viktigheten av å være fysisk aktiv og ikke minst unngå inaktivitet til tross for at treningsstentrene i disse dager er stengte

– Å benytte anledningen til å bevege seg utendørs kan være fint for både kropp og sjel, for å få frisk luft og sollys i tillegg til at man holder hjertepumpa i gang. Det er mange fine input med å være utendørs. Som lungekreftpasient kan man imidlertid være ekstra følsom for kald luft nå på vinteren. Dette fordi mange lungekreftpasienter ofte har tilleggssykdommer som for eksempel kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Da kan trening i kulda by på

utfordringer fordi man har mer overfølsomme luftveier, forteller Edvardsen.

Man kan også være mer mottagelig for infeksjoner når man behandles for kreftsykdom. Å beskytte luftveiene ved å hindre den direkte kalde lufta rett ned i luftveiene, kan derfor være lurt, spesielt når det er kuldegrader ute. Et tykt skjerf som dekker munnen og nesa er således et tips, i følge Edvardsen.

## Beskyttende varmemaske

Forskeren forteller at mange som driver konkurranseidrett utendørs på vinteren, også strever med luftveiene sine som følge av at de har trent mye over mange år i kaldt vær. En form for yrkesskader som kan resultere i overfølsomme luftveier og dermed astma.

– Mange av disse utøverne har nytte av å trene med «Jonas varmemaske», som dekker munn og nese og varmer opp lufta slik at den ikke blir så kald. Den kan fås kjøpt som en ren maske eller som en del av en buff eller lue. Masken beskytter åndedrett og blodomløp mot kulde.

Edvardsen påpeker at man kommer langt på vei med trening ved å gå tur, gjerne i motbakker. Da slår hjertepumpa raskere og man blir lettere andpusten. Lungefunksjonen hos lungekreftpasienter kan være betydelig nedsatt, avhengig av tilleggssykdommer og eventuelt om man har gjennomgått lungekreftoperasjon. Det er ikke lungefunksjonen som i utgangspunktet bedres gjennom treningen, men bedret hjertefunksjon og økt muskulatur. Økt kondisjon og styrke medfører at man ikke blir så fort sliten og andpusten, og dermed orker man mer, får mer overskudd og ikke minst bedre helse.

## Effektive motbakker

Kondisjonstrening, gjerne i form av turer utendørs, er en veldig viktig treningsform for nettopp lungekreftpasienter.

– Ved gange i motbakke bruker man en større andel av muskelmassen i beina når du går, og er veldig effektivt hvis man er i så god form at man ikke blir sliten nok av å gå på flat mark. Rask gange med hyppige pauser (intervalltrening) fungerer

også bedre for personer med nedsatt lungefunksjon, for da får man hentet seg inn igjen oftere, samtidig som det gir god treningseffekt. Langrenn er også en fin utendørsaktivitet, men passer best for de som er i veldig god form.

Edwardsen påpeker at mange pasienter med lungesykdom er i dårlig fysisk form fordi de i utgangspunktet er inaktive.

– De har masse å hente på å trene kondisjon og styrketrening. Det er vanskelig å få trent styrke utendørs når det er snø og kald, men man får gjort mye med kondisjonen ved å gå en tur hver dag – og gjerne i følge med andre for å få ekstra motivasjon.

### Nødt til å tenke nytt

Trening hjelper til å kunne leve best mulig med den sykdommen man har, ifølge Helle Aanesen som er daglig leder i Aktiv mot kreft. Hun anbefaler vanligvis alle å få henvisning til Pusterommene, som er små treningssentre for kreftpasienter rundt omkring på norske sykehus, der de

er veldig gode på persontilpasset treningsveiledning. I en tid der treningssentrene er stengt har de vært nødt til å tenke nytt.

– Vi har inngått et samarbeid med Cisco, som har hjulpet oss å digitalisere Pusterommene. Nå lager vi live treningsøkter fra fire Pusterom, forteller Aanesen.

Fra begynnelsen av februar vil det foreligge en komplett timeplan med treningsmuligheter live fem dager i uken – fra Pusterommet på Radiumhospitalet, i Ålesund, i Trondheim og Gjøvik.

### Pusterommene hjemme

– Det vil være ulik type trening, alt fra yoga, til styrke og kondisjon som man kan gjøre hjemme via en mobil, et nettbrett eller en PC, uten noe krav til treningsutstyr, forteller Aanesen.

– ***Pusterommene har vært veldig gode på persontilpasset trening, er det noe dere vil tilby via streaming etterhvert?***

– Teknikken der man kan se hverandre finnes, så muligheten er til stede

**Støtt Lungekreftforeningens arbeid:**

**Vipps: 523205**

for at vi kan få til dette etterhvert som vi videreutvikler tilbudet. Foreløpig ser ikke treningsveilederen deg på live-sendingene, de er likevel flinke til å sørge for at beskjedene som ofte gis i løpet av en personlig treningsveiledning også kommer frem her. Trenerne er erfarne i møte med kreftpasienter og flinke til å vise ulik form for intensitet i de ulike øvelsene, og minne om at man må kjenne på dagsformen.

Treningstidene foregår live, men noen sesjoner ligger også permanent på nettsiden aktivmotkreft.no under fanen «Pusterommet hjemme», som man kan se på når det selv passer en.

**Aleris Kreftsenter**

Norges ledende private kreftsenter

# 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](https://aleris.no/kreft)

Ansvarlig lege: Øystein Henske Flatebø

 **Aleris**



## Digitalt landsmøte 2021

Lungekreftforeningen måtte avlyse sitt ordinære landsmøte og landskonferansehelg i 2020 grunnet koronapandemien. Vi hadde håpet at vi kunne gjennomføre et helgearrangement med landsmøte som en del av programmet i vår, men slik koronasituasjonen ser ut fortsatt, tar ikke hovedstyret sjansen på det.

Hovedstyret vil imidlertid ikke utsette det formelle landsmøtet nok en gang, og det inviteres derfor til digitalt landsmøte. Dato og tid blir:

### **Mandag 26. april klokken 1800 - 2000**

Alle medlemmer som har betalt kontingent har møterett her.

I våre vedtekter står følgende om hva som skal behandles på vårt landsmøte:

«Alle foreningens medlemmer som har betalt kontingenten til foreningen, har rett til å møte på landsmøtet. Alle fremmøtte medlemmer har hver én stemme. Alle medlemmer som har rett til å møte på landsmøtet, har rett til å fremme forslag til landsmøtet i saker som angår foreningens virksomhet, inkludert forslag til endringer i foreningens vedtekter. Forslag i slike saker innsendes til hovedstyret senest 5 uker før landsmøtet skal avholdes, slik at styret kan forberede forslagene for landsmøtet og føre dem opp i innkallingen til landsmøtet.»

«Påmeldte deltakere får tilsendt endelig saksliste og sakspapirer senest 14 dager før landsmøtet finner sted. Landsmøtet kan ikke treffe vedtak i saker som ikke er oppgitt på sakslisten.»

I praksis betyr dette at frist for å sende inn forslag som man ønsker behandlet på landsmøtet er **22. mars**. Forslag sendes til [post@lungekreftforeningen.no](mailto:post@lungekreftforeningen.no)

### **Fristen for å melde seg på landsmøtet er 12. april.**

Påmelding til landsmøtet gjør du på Lungekreftforeningens nettside.

Alle påmeldte vil få tilsendt sakspapirene samt en link til å logge seg på.

### **Forslag til valgkomiteen**

Valgkomiteen skal fremme innstilling til landsmøtet om valg av styremedlemmer til Lungekreftforeningens hovedstyre. Valgkomiteen er i gang med sitt arbeid og ønsker innspill fra medlemmene på aktuelle kandidater.

Send epost til leder av valgkomiteen Per Otto Nilsen på E-post: [pe-nil@online.no](mailto:pe-nil@online.no)

Eventuelt telefon: 930 31 400 hvis du har forslag til kandidater.

# 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	Pål Røsand	pal.rosand@icloud.com	975 00 928
Styremedlem/lokallagsansvarlig	Hans Petter Spydslaug	spydslaug@gmail.com	906 42 113
Styremedlem	Ole Knutsen	oleole@online.no	905 99 162
Styremedlem	Sol Nymoen	solnymo@online.no	902 25 538
1. varamedlem	Karine Tveiten Kjörk,	karine.tveiten@gmail.com	469 49 997
2. varamedlem	Veronica Elsasdatter	hansvoll@online.no	934 33 771
3. varamedlem	Mariann Bekkos	mariannbekkos79@gmail.com	916 01 898

## Lokallag

Telemark		telemark@lungekreftforeningen.no	
Lokallagsleder	Rita Slåbakk	rita.slaabakk@gmail.com	922 37 612
Oslo og Akershus		osloakershus@lungekreftforeningen.no	
Lokallagsleder	Stinne Grønland 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

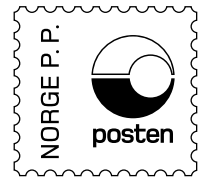
## Likepersoner – ta kontakt på [likeperson@lungekreftforeningen.no](mailto:likeperson@lungekreftforeningen.no) eller velg en likeperson i listen:

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



**MSD**

**INVENTING FOR LIFE**

**MSD Oncology**

NO-NON-00202 01/21