

# I morggen



**Fortsetter med  
webinarer**  
side 3

**KLL skal ikke  
alltid behandles**  
side 8-9

**Heftig debatt om  
«compassionate use»**  
side 11



**Hanne Mollat Hellerud  
- lever godt med KML**

Side 7



## Fastlegen må lære mer om blodkreft

Det er nesten 5 000 fastleger i Norge – av landets omtrent 20 000 leger.

Årlig blir rundt 1 800 nordmenn diagnostisert med en blodkreftsykdom.

For de fleste av disse sykdommene, enten det er leukemi eller annen type blodkreft, er tidligst mulig

diagnose viktig. Ikke alle skal starte behandling umiddelbart, men likevel er diagnosen betydningsfull for sykdomsforløpet.

Utredning av behandling må skje umiddelbart og av best mulig ekspertise. Slik ekspertise er det på våre sykehus.

Det betyr ikke at ekspertisen ved våre lokalsykehus er dårlig. Heller ikke at de fleste fastlegene ikke er meget dyktige og gjør en god og viktig jobb. Mitt poeng er at de møter for få pasienter med blodkreft til at de kan være i nærheten av å ha den erfaringen som trengs for å være fullt oppdatert på sykdommen.

Tallene jeg innledet denne lederen med sier at mange fastleger håndterer pasienter med symptomer av blodkreft. I gjennomsnitt en ny pasient annet hvert år.

Legeutdannelsen preges også av dette. De som håndterer blodkreft er hematologer (blodspesialister) med grundig og lang spesialisering. Når vi vet hvor viktig diagnosen er, må kunnskap om blodkrefttyper, symptomer og iblant årsaker få god plass i utdannelsen av norske leger. Bevisstgjøring omkring ny behandling og nye forhold som skal tenkes på ved diagnose, er viktig.

Dette kan ikke erstatte det faktum at vi representerer en sjelden gruppe pasienter. Det er imidlertid viktig at tegnene på sykdom er kjente og at legene minnes på dette. Det er avgjørende for den ene pasienten som kommer på fastlegekontoret med blodkreft det året!

Med vennlig hilsen

Olav Ljøsne  
Leder Blodkreftforeningen

## I marginen

### Leder og ansvarlig utgiver

Olav Ljøsne

### Blodkreftforeningen

Rosenkrantz' gate 7, 0159 Oslo

Telefon: 97 62 75 11

E-post: [post@blodkreftforeningen.no](mailto:post@blodkreftforeningen.no)

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

Org.nummer: 989 037 560

### Redaktør

Eddy Grønset

[redaksjonen@blodkreftforeningen.no](mailto:redaksjonen@blodkreftforeningen.no)

Telefon: 90 50 61 37

### Kontonnr. Blodkreftforeningen

Ordinære transaksjoner: 5010 05 20769

Gaver: 5082 07 86901

### Design/Layout

[fdesign.no](http://fdesign.no)

### Trykk

RK Grafisk

Opplag 3200

### Forsidebildet

Foto: Privat

Materiellfrist for neste blad

20.11.2020

Vi forbeholder oss retten til å redigere innsendte bidrag.



**BLODKREFT**  
FORENINGEN

I samarbeid med:



**KREFTFORENINGEN**

Følg med på facebook og på vår hjemmeside for aktuelle nyheter, kurstilbud, kontaktinformasjon med mer.

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

[www.facebook.com/blodkreftforeningen](https://www.facebook.com/blodkreftforeningen)

# Fortsetter med webinarer

Fortsatt usikkerhet og lokale oppblomstringer av koronasmitte gjør at Blodkreftforeningen ikke tar noen sjanser. Det blir ingen fysiske pasientseminarer i år, men desto flere webinarer.

Tekst: Eddy Grønset

I denne utgaven kan du lese om flere av de webinarene vi har arrangert i høst. På planen står også webinar om myelomatose og senefekter. Datoer for disse er foreløpig ikke satt, men følg med på vår nettside og Facebookside, der finner du dato og påmelding så snart dette er klart.

– Styret har diskuterte erfaringene med webinarene vi har hatt så langt, og vi er imponert over hvor mange som har fulgt sendingene og ikke minst sett opp-tak av seminarene i ettertid. Vi er enige om å satse videre på denne kommunikasjonsformen, sier Blodkreftforeningens leder Olav Ljøsne.

## Digitale medlemsmøter

Nylig hadde styret et digitalt møte med alle lokallagslederne. Flere av lokallagene har lyst til å invitere sine medlemmer til digitale møter utover høsten. Også her vil det komme invitasjon når dato er satt.

## Likepersontjenesten

Færre har benyttet seg av tilbudet om å prate med en likeperson det siste halvåret enn hva som har vært vanlig tidligere år. Noe av dette er jo naturlig siden møteplasser på Vardesenter, kreftkafeer og medlemsmøter har vært koronastengt.



Foruten webinarer og andre kommunikasjonsaktiviteter, så fortsetter også arbeidet med å påvirke myndigheter og Beslutningsforum til raskere å godkjenne nye behandlinger og medisiner.

Men telefonene har vært åpne, og før sommeren gikk Blodkreftforeningen ut med en oppfordring om å ringe våre likepersoner. Dette tilbudet har vært lite benyttet, og foreningen vil gjerne oppfordre alle som trenger noen å prate og dele erfaringer med om å benytte denne tjenesten.

## Utdanning av leger og sykepleiere

Styret i Blodkreftforeningen er bekymret for at nyutdannede leger og sykepleiere kan for lite om blodkreft, og jobber nå for å se om det er bidrag vi som pasientforening kan gjøre i utdannelsen av disse profesjonene.

– Vi er i dialog med Kreftregisteret for å se på statistikken hva gjelder både tidlig oppdagelse av ulike former for blodkreft og hvordan pasienter følges opp i ettertid. Vi vil lete etter om det er systematiske forskjeller rundt om i landet som kan si noe om det er ulike tilbud i helsevesenet avhengig av kompetansen til de ulike leger lokalt, sier Olav Ljøsne.

## Over 2000 medlemmer

Ved utgangen av september har Blodkreftforeningen for første gang registrert over 2 000 medlemmer. Det gjør oss til en av de større pasientforeningene innen kreftområdet.

– Vi er glade for at så mange ser nytten i det arbeidet vi gjør, og samtidig er det viktig å påpeke at nettopp det

at vi har mange medlemmer gjør at vi lettere blir hørt i vår dialog med politiske myndigheter. Det styrker også vår økonomi og evne til å drive et så utstrakt informasjonsarbeid som vi har gjort selv i et år med betydelige koronarestriksjoner. I tillegg til webinarene er vi også i ferd med å utarbeide en komplett brosjyreserie om våre diagnoser. Det endelige medlemstallet vi kan oppgi er det som er registrert som betalende medlemmer ved årsskiftet. Derfor sender vi nå ut en påminnelse til de som ikke har betalt om innstendig å gjøre dette før året er omme. Jeg vil samtidig oppfordre de som ikke har gjort det om registrere sine familiedlemmer som medlem også. Jo flere vi er, jo sterkere er vår stemme, sier Olav Ljøsne.

## Landsmøte neste høst

Styret ser det ikke som realistisk at full vaksinasjon mot koronasmitte er på plass før tidligst neste høst. Dato for landsmøte og landskonferansen er derfor satt til 10.-12. september 2021 og stedet vil være hotell Nidelven i Trondheim.

– Vi avlyste årets landsmøte og fikk ingen protester på dette. Nå setter vi dato for landsmøte til 10. september 2021 og forhåpentligvis kan vi samtidig invitere til landskonferanse over den påfølgende helgen. Er koronasituasjonen fortsatt usikker på dette tidspunktet, vil landsmøtet bli gjennomført uansett, men da som et digitalt møte, sier Olav Ljøsne.



 Bristol Myers Squibb™



Godt fornøyd med webinar! Fra venstre, Olav Ljasne, leder i Blodkreftforeningen, Eivind Galteland, overlege ved Rikshospitalet, KML-pasient Hanne Mollatt Hellerud, Tobias Gedde-Dahl og Geir Tjønnfjord, begge fra avdeling for blodsykdommer ved Rikshospitalet.

# Tidlig oppdagelse og god oppfølging viktig for KML pasienter

Behandlingen av KML-pasienter er i dag så god at noen opplever å kunne slutte på medisiner, men livskvalitet er viktigst sa Tobias Gedde-Dahl, overlege og seksjonsleder ved Seksjon for stamcelletransplantasjon, avdeling for blodsykdommer, ved Rikshospitalet, under foreningens webinar om KML.

– Det viktigste er ikke å bli kvitt alle kreftcellene, men å bli gammel, leve et godt liv og dø av noe annet.

Tekst: Rannveig Øksne Foto: Eddy Grønset

Kronisk myelogen leukemi (KML) er en sjelden sykdom, med mellom 40 og 60 nye tilfeller i året i Norge. Kun halvparten av pasientene har faktisk symptomer når de blir diagnostisert.

I likhet med kronisk lymfatisk leukemi (KLL), oppdages KML ofte mer eller mindre tilfeldig, fordi man tar blodprøver og ser at pasienten har mange hvite blodlegemer.

## Få symptomer i kronisk fase

Sykdommen starter ofte med litt høyere andeler hvite blodceller, trombocytter

og lett forstørret milt. Et lite kromosom 22 som skyldes at en del av de lange armene på kromosomene 9 og 22 bytter plass, er kjennetegnet på KML. Dette gir opphav til et nytt genprodukt i leukemicellene som forklarer hvorfor de blir til leukemiceller.

– KML er en klonal sykdom, med etterkommere etter én og samme celle. Cellene blir kreftceller, overtar blodfabrikken, og renner ut i blodet og dette kan gi uspesifikke symptomer, som tretthet, nattesvette og vekttap. En god del får litt vondt i magen, særlig etter man har spist, på grunn av forstørret milt, sa Gedde-Dahl.

Dersom KML ikke behandles i

kronisk fase så vil den utvikle seg.

– Den starter som en kronisk fase, som varer i omtrent 5-6 år, deretter går den over i akselerert fase. I denne fasen blir cellene mer unormale, akselerert fase varer i 6-9 måneder. Etter dette vil sykdommen gå over i blastfasen og den vil alltid ende opp som en akutt leukemi. I halvparten av tilfellene en akutt myelogen leukemi, men den kan også være en akutt lymfoblastisk leukemi, sa Gedde-Dahl.

Det er derfor viktig at KML blir oppdaget og behandlet tidlig.

## Effektiv behandling

– I dag har KML-pasienter som blir oppdaget tidlig, tilnærmet samme levetid som resten av befolkningen. Men det kan være problematisk å ha KML i dag også. De aller fleste blir oppdaget i kronisk fase, og det er da ingen grunn til å vente med å starte behandling. Da skal de ha en tyrosinkinasehemmer. Dette kan de fleste klare seg fint på, og noen har til og med så god effekt at de kan slutte med behandling, sa Gedde-Dahl.

Dersom sykdommen har utviklet seg i retning mot en akutt leukemi så er behandlingen vanskeligere.

– Disse pasientene vil også få tyrosinkinasehemmere, men det kan også være aktuelt å transplantere. Dersom det har blitt en akutt leukemi så må vi få kontroll på denne før vi eventuelt kan transplantere.

Årlig blir en til tre KML-pasienter transplantert i Norge.

### Glivec revolusjonerte behandlingen

I 2000 endret behandlingen av KML-pasienter seg radikalt, da medikamentet Glivec (Imatinib), som er en tyrosinkinasehemmer, ble tilgjengelig. Gedde-Dahl fortalte at både dødeligheten og transplantasjonsfrekvensen stupte etter at dette medikamentet ble tilgjengelig. Frem til da hadde allogene stamcelletransplantasjon, helst i kronisk fase, vært den eneste kurative opsjonen.

I årene som fulgte ble det klart at anslagsvis 30-40 prosent av KML-pasientene i kronisk fase, enten utviklet resistens mot eller intoleranse for Glivec (Imatinib). Det ble utviklet flere alternative tyrosinkinasehemmere som virker i de fleste tilfellene der Glivec ikke gir tilfredsstillende effekt.

– Det har vært et mirakel, at en pille

til frokost gjør susen, men det krever at man følger behandlingsretningslinjene, går til kontroller og måler mengden leukemiceller. Det viktigste er ikke å bli kvitt alle kreftcellene, men å bli gammel, leve et godt liv og dø av noe annet, avsluttet Gedde-Dahl.

### Forsker på forbedringer

Det forskes fortsatt på å forbedre behandlingen av KML selv om man har et medikament som fungerer så godt som Glivec.

Overlege Eivind Galteland, ved Rikshospitalet, fortalte om de siste pasientstudiene som pågår ved sykehuset og oppfordret pasienter til å delta i studier.

Per i dag har man tre pågående pasientstudier ved sykehuset, alle i regi av den nordiske KML-gruppen.

– Den studien vi har inkludert flest pasienter i, er BosuPeg. Dette er en studie for nydiagnostiserte pasienter med KML i kronisk fase. Så langt har vi inkludert 10 pasienter.

Dette er en studie på kombinasjonsbehandling, hvor man håper på dypere og raskere responser, hvor målet er å forsøke å oppnå treatment free remission, altså at pasienter som kan stoppe med medisiner og potensielt være kurert.

O13-studien, er også en spennende studie, en såkalt stopp-studie, hvor man stopper medisiner. Et inklusjonskrite-

rie er at pasienten må ha stått på Glivec eller annen tyrosinkinasehemmer i minst 4 år.

– Vi ser at de fleste tilbakefallene kommer i løpet av seks måneder. Dette krever hyppige kontroller og oppfølging. Omtrent 50 prosent får en lang vedvarende remisjon. Pasienter kan henvises til denne studien, og kan følges opp av lokale sykehus, forklarte Galteland.

Den tredje pågående studien Galteland informerte om tar for seg pasienter med KML som har sviktende respons på tyrosinkinasehemmere og nydiagnostiserte ALL-pasienter med Philadelphia-kromosomet. Dette er en ren laboratoriestudie. Der forskerne ser på mutasjoner som kan forklare terapivikten.

### Godt engasjement

Det var mange påmeldte og det kom også opp en del spørsmål til ekspertene underveis. Blant annet var det flere som lurte på dette med KML og arvelighet. Her forklarte Gedde-Dahl tydelig at KML ikke er en arvelig sykdom.

– Genfeilen er ikke arvelig. Dette er noe som skjer i en stamcelle, sannn at det kun skjer i leukemicellene. Dersom det skal være arvelig så må det sitte i kjønnscellene.

### Fakta: Kromosom 22 kalles Philadelphia-kromosomet

Det er overføring av genmateriale mellom kromosom 9 og 22 som bekrefter KML diagnosen. Denne overføringen fører til et lite kromosom 22, som kalles Philadelphia-kromosomet fordi dette ble første gang påvist i byen Philadelphia i 1960. På det molekylære nivået betegnes de bitene som har byttet plass for BCR-ABL hvor BCR kommer fra kromosom 9 og ABL fra kromosom 22. ABL er forkortelse for Abelson som er navnet på den første pasienten hvor dette ble påvist. Det har vist seg at sammensetningen av BCR-ABL lager et nytt protein (tyrosinkinase), som er et enzym som driver hele sykdommen. Tyrosinkinase er et type enzym; enzymer produseres i cellene, og er hovedsakelig proteiner, de hjelper cellene i kroppen med forskjellige prosesser som gjør at cellene kan overleve.

#### Vil du vite mer om KML?

Opptaket fra vårt webinar om KML finner du i vårt foredragsarkiv på nettsidene våre: [www.blodkreftforeningen.no/foredragsarkiv](http://www.blodkreftforeningen.no/foredragsarkiv)  
Vi har også utviklet brosjyre om KML – den kan du bestille hos vårt sekretariat: [post@blodkreftforeningen.no](mailto:post@blodkreftforeningen.no)



# Lever godt med KML

– Det er med ydmykhet jeg tar min ene pille med Glivec daglig. Jeg er så heldig som har hatt så god respons gjennom stort sett hele behandlingsforløpet mitt, forteller Hanne Mollatt Hellerud, 51 år, fra Jaren på Hadeland.

Tekst: Rannveig Øksne Foto: Eddy Grønset

Det var etter at hun i lengre tid hadde hanglet, opplevd konstante betennelser, vært svimmel og følt seg utslitt, at hun fikk diagnosen KML i 2013.

– Å få diagnosen føltes nesten som en lettelse. Det var faktisk en grunn til at jeg hadde følt meg syk og så utrolig sliten i lang tid. Selv om jeg aldri tenkte kreft, så kjente jeg at det var noe som ikke stemte.

## Bagatelliserte diagnosen

Det måtte mange legebesøk til før Hanne ble diagnostisert. En vikarlege reagerte plutselig på at blodverdiene var høye og hun ble etter en stund sendt på sykehuset, hvor det ble foretatt en benmargsprøve. Etter seks uker etterlyste hun uteglemte prøvesvar, og fikk da beskjed om at hun hadde KML.

– Under den påfølgende legetimen på sykehuset fokuserte legene på det positive; gode prognoser, effektiv behandling – at jeg hadde vært heldig. De kalte det verken kreft eller blodkreft, men KML, blodsykdom og benmargssykdom. Jeg husker at det forvirret meg, og jeg hadde på en måte ikke samvittighet til å kalle det kreft. Det jeg opplevde som en «bagatellisering» av sykdommen tok jeg med meg hjem, som nok skapte usikkerhet hos oss alle hjemme.

## Kroppen sa stopp

Hanne startet raskt opp på Glivec, men tok med seg den «bagatellisierende» innstillingen. Hun var fortsatt like trøtt og sliten, men jobbet fullt og stilte på dugnader. Det tok ikke lang tid før kroppen sa stopp.



– Pang sa det! Og immunforsvaret mitt gikk i null. Jeg fikk feber, hadde frostrier og havnet på isolat i 10 dager. Det ga meg en vekker – og fikk meg til å forstå at jeg var nødt til å bremse opp.

Oppbremsingen kom av seg selv med fatigue.

– Fatiguen ga meg ikke noe valg i forholdsvis lang tid. Jeg orket lite, og hadde enormt behov for hvile.

## Måtte redusere aktivitetsnivået

Før hun ble syk var Hanne vant til å leve et aktivt liv. At hun på grunn av sykdom og fatigue ble tvunget til å forvalte energien på ny måte var tungt.

– Jeg kjente på en sorg. Det kostet plutselig så mye å være sosial, og jeg klarte ikke lenger være den som gikk fort i gangene, eller som tok på meg ekstra oppdrag. Alt gikk sakte. Skulle ønske at jeg den gang snakket med en likeperson for å få vite at det ville bli bedre! Det hadde vært en trygghet for meg.

## Tilbake i full jobb

Det var viktig for Hanne å komme tilbake i full jobb. Det tok henne ett år med graderte sykemeldinger før hun var i 100 prosent stilling igjen. Hanne er opptatt av å formidle at det ikke må være en målestokk for andre å være i 100 prosent jobb. Hun har gjort sine prioriteringer, som har gått på bekostning av andre ting.

– Jeg har stort sett jobbet fullt

etter at jeg var tilbake, men har hatt to sykemeldingsperioder. Da har jeg vært helt tappet for energi. Jeg har lært at det viktigste for meg er å unngå for stor stressbelastning, og at jeg må være bevisst på energiøkonomisering.

Hanne har ett rehabiliteringsopphold ved Jeløy kurbad bak seg og deltatt på KML-kurs ved Lærings- og mestringssenteret på Rikshospitalet.

– Der møtte jeg for første gang andre med min diagnose og innså at mye av det jeg kjente på var normale seneffekter. Samtidig kjente jeg meg så takknemlig for all forskning som gjøres, og at jeg fungerte så bra som jeg gjorde.

## Vil være der for andre

I dag har Hanne funnet balansen, og sier selv hun lever godt med sykdommen. Hun må fortsatt være bevisst på forvaltning av energi, og ser frem til å prøve og slutte med medisiner til neste år. De siste par årene har Hanne engasjert seg i Blodkreftforeningen. Hun har tatt likepersonkurs og sitter i dag i hovedstyret i foreningen.

– Da jeg begynte å kjenne at energien kom tilbake, meldte jeg meg på likepersonkurs. Det var en god opplevelse å være blant likesinnede, og det kjennes godt å kunne bidra. Ved å snakke med en likeperson slipper man å kjenne på at den andre ikke forstår, og jeg tenker det viktigste jeg kan bidra med er å gi håp; det vil bli bedre!



Direkte fra studio – panelet på KLL-webinaret 1. september: Eddy Grønset, Professor Geir Tjønnfjord ved blodavdelingen på Rikshospitalet, Blodkreftforeningens leder Olav Ljøsne og nestleder Mette Gunnari.

# KLL skal ikke alltid behandles

Professor Geir Tjønnfjord ved blodavdelingen på Rikshospitalet møter mange av landets nydiagnostiserte KLL-pasienter og er vant til å forklare hvorfor han *ikke* vil sette i gang behandling av denne sykdommen.

Tekst: Harald Herland Foto: Eddy Grønset

– KLL (Kronisk lymfatisk leukemi) er en kreftsykdom som involverer en av immunapparatets viktigste celler, nemlig B-lymfocytten. Sykdommen er vanligvis lokalisert i benmargen, i lymfeknutene og i milten. KLL opptrer i flere varianter – fra en svært aggressiv variant til sykdom som aldri trenger behandling. Når vi hos de aller fleste ikke skal behandle, så er det fordi det ikke gir noen behandlingsgevinst, forklarer Geir Tjønnfjord.

Når B-lymfocytterne – de hvite blodlegemene – begynner å dele seg og hopper seg opp i stort antall, begynner kroppen å få mangel på røde blodlegemer. Det gir lav blodprosent og man blir slapp, kortpustet ved anstrengelse, svimmel og får hjertebank og hodepine. Fordi kroppen mangler hvite normale blodlegemer og antistoffer som skal forsvare den mot infeksjoner, får mange KLL-pasienter feber og infeksjoner som antibiotika biter

dårlig på. Pasienter som *I margen* har snakket med forteller at når andre får en lett forkjølelse så får de lungebetennelse, og de er oftere syke enn andre.

Mangel på blodplater kan også føre til blåmerker, hudblødninger eller blødninger fra tannkjøttet, nesen og underlivet. Disse blødningene kan oppstå helt uten grunn, og kan være vanskelig å stoppe uten legehjelp.

Andre symptomer ved KLL kan være vekttap, nattesvette og hevelser i lymfeknuter, milt og lever.

## Pasienten er førstereisgutt

Geir Tjønnfjord forteller hvordan han møter pasienter som kommer inn til samtale for første gang etter at kreftdiagnosen er stilt.

– Det aller viktigste er å ha en grundig informasjonssamtale med pasientene og fortelle hva sykdommen går ut på og gi en god grunn for hvorfor vi ikke skal

starte behandling, men også forklare hvordan behandlingen er og hva som er målet med behandlingen hvis det blir nødvendig i framtiden.

Det er lurt å legge en plan for oppfølging – det at sykdommen ikke trenger umiddelbar behandling er overraskende for de fleste og det å ta inn over seg at man skal sitte og vente på at det skal skje noe, det krever litt tid å bearbeide. Hensikten med oppfølgingen er å vise at det vi sa i starten er riktig. Pasienten er førstereisgutt, mens vi som behandlere har vært med på reisen mange ganger.

Geir Tjønnfjord understreker at for de aller fleste kreftformer gjelder regelen at tidlig diagnose og tidlig behandling er den beste forutsetningen for at resultatet skal bli bra. Dette gjelder ikke KLL, der det kan gå fem eller ti år fra diagnosen er stilt til det kan bli behov for behandling. I mellomtiden lever mange helt uten symptomer eller med lettere symptomer. Det er bare fem prosent av KLL-pasientene som trenger behandling med én gang diagnosen er stillet.

## 350 tilfeller i året

Det blir oppdaget rundt 350 nye tilfeller av KLL hvert år i Norge, den typiske pasi-



enten er i overkant av 70 år, og det er litt flere menn enn kvinner som får KLL.

Ni av ti pasienter har ikke symptomer i det hele tatt ved diagnosetidspunktet, og de fleste er i live fem år etter diagnosen blir stilt. KLL oppdages gjerne tilfeldig hos legen når pasienter skal ta blodprøve for helsesjekk, førerkortfornyelse eller andre rutineundersøkelser. Tegn til KLL oppdages ganske enkelt ved blodprøver og i mikroskop, og når den første mistanken er vakt blir pasienten undersøkt med nye blodprøver, sjekk av størrelsen på lymfeknuter, milt, lever og andre organer. Legen vil også sjekke om benmargsfunksjonen er påvirket.

- Fra 2003 til 2013 er det nesten ingen forskjell på overlevelse for en 70-åring som får KLL sammenlignet med en som ikke har diagnosen. Så de fleste har normale leveutsikter, sier Tjønnfjord.

### Når skal behandling starte?

Når er det nødvendig og fornuftig å starte med behandling? spør I marginen.

- Vi behandler KLL ved benmargssvikt, dvs. når pasientene blir blodfattige og anemiske. Noen har veldig sjenerende og synlig lymfeknutesvulst på halsen eller andre steder som gir fysisk ubehag. Noen kan ha en svær milt, og det kan være ubehagelig fordi den er i veien når man bøyer seg og ligger på siden. Man kan også oppleve å bli veldig fort mett fordi milten tar opp plassen til magesekken. I tillegg er allmennsymptomer som vekttap, feber og nattesvette de vanligste grunnene for å starte behandling.

### Nye behandlingsformer

Tradisjonelt behandles KLL med kjemo-

immunterapi - cellegift i forskjellige kombinasjoner sammen med et anti-CD20 antistoff.

- De senere årene har det kommet en ny behandlingsform - signalveishemmere - som gir god hjelp i behandling av blodkreft. B-cellene er avhengig av stimulering for å overleve og formere seg. Denne stimulansen får de gjennom

sin overflatereseptor eller «antenne» som er immunoglobulinet. «Antennene» mottar beskjeder som forteller om cellen skal leve, dele seg eller dø. Signalveishemmerne

stopper beskjedene inn til cellekjernen og da dør kreftcellene. Hos eldre pasienter og pasienter som har andre sykdommer velger vi signalveishemmere for de tåler dette mye bedre en kjemoimmunterapi. Behandlingen forsetter til den ikke virker lenger eller til pasienten rapporterer om bivirkninger som gjør at de vil slutte. Behandlingen tas som tabletter, og for de fleste pasientene vil signalveishemmere føles enklere enn å få cellegifter, og flere pasienter har spurt om «hvorfør du ikke kom med dette før?», men verden går framover, sier Tjønnfjord.

### Nye behandlinger er dyre

Det har skjedd en rivende utvikling av behandlingsmuligheter for KLL, og flere nye preparater er allerede godkjent i USA, mens andre er under utvikling. Det er gjort lovende funn ved å kombinere flere av disse medisinene, men utfordringen er at prislappen for én behandling kan komme opp i 1,5 millioner kroner i året. - Og det kan gjøre det svært vanskelig å argumentere for en slik behandling, avslutter Geir Tjønnfjord.

- det at sykdommen ikke trenger umiddelbar behandling er overraskende for de fleste



### Fakta

KLL er en blodkreftsykdom hvor det skjer en ukontrollert vekst av de hvite blodcellene som kalles B-lymfocytter. Disse cellene tar opp plassen eller hemmer veksten av de normale blodcellene i benmargen slik at benmargen ikke får produsert nok normale blodceller. KLL kan ha et aggressivt forløp med rask utvikling av betydelige symptomer, og da er det viktig å starte behandling omgående. For de fleste med KLL går det lang tid før pasienten i det hele tatt får plager og behandling er aktuelt og mange utvikler aldri sykdomstegn som tilsier at det er nødvendig med behandling.

## Vipps en gave til Blodkreftforeningen

Nå kan du enkelt gi en gave til Blodkreftforeningen og støtte vårt arbeid hvis du ønsker det.

Bruk Vipps og send beløpet du ønsker å gi til 52035.

Merk også at du kan få skattefradrag for gaver mellom 500 og 25.000 kroner gitt til veldedige organisasjoner som Blodkreftforeningen. Da må du sende oss ditt personnummer slik at vi får rapportert inn gaven til Skattemyndighetene.

# Frustret over manglende informasjon

Mette Gunnari (60) fikk ved en tilfeldighet vite at hun hadde KLL i 2012. Beskjeden var at hun hadde en god prognose og at hun ikke trengte å gjøre noe. Det var det ikke lett å slå seg til ro med når du nettopp hadde fått vite at du hadde kreft.

Tekst og foto: Eddy Grønset

Fastlegen visste ikke noe om diagnosen, og kjørte på med blodprøver en gang i måneden for å være på den sikre siden. Da Mette prøvde å spørre legen sin om diagnosen, hva hun skulle gjøre og hvorfor hun ikke trengte behandling, følte hun at hun møtte på en person som visste like lite som hun selv.

– Fastlegen sa at jeg kunne dra til Montebellosenteret, men fortalte meg ikke hva Montebellosenteret var. Det er derfor jeg er så opptatt av at vi må ruste opp primærhelsetjenesten med kunnskap om våre sykdommer. Jeg byttet fastlege, men den nye hadde heller ikke kunnskap om KLL. Jeg ble irritert og tenkte at de i alle fall kunne lest seg opp da de hadde fått en pasient med denne sykdommen, sier hun.

Egentlig hadde Mette gått til legen på grunn av noe magetrøbbel som etter hvert viste seg å være lyskebrokk. Det ble tatt en mengde blodprøver, og der ble KLL oppdaget.

– Det var jo et sjokk å få vite at jeg hadde kreft, men på en måte greit å få vite at det var noe. Jeg hadde nemlig følt meg mer sliten enn hva jeg følte var

normalt og trodde kanskje det kom av at jeg hadde begynt å dra på årene. Det første jeg gjorde natten etter diagnose var å google. Da fant jeg Blodkreftforeningen. Jeg meldte meg inn, ringte og spurte om å få snakke med en som hadde KLL. Det kunne de dessverre ikke hjelpe meg med i 2012. Jeg fikk et råd om å be om en henvisning til hematologisk avdeling på Rikshospitalet. Jeg trodde fastlegen min ville være motvillig til dette, men det gikk overraskende bra. Så åpnet hjelpen seg. Jeg fikk time hos Geir Tjønnfjord, og ble møtt med en som hadde kunnskap, tid og som svarte på alle spørsmål jeg hadde. Der og da bestemte jeg meg for at dette var det viktig å jobbe for, at alle med KLL skulle oppleve. Det å få informasjon om sykdommen din og forståelse for hvorfor den aktuelle behandlingen er å ikke behandle, er utrolig viktig.

## Ble engasjert

Så meldte Mette seg til tjeneste for Blodkreftforeningen. I dag sitter hun i hovedstyret og er nestleder i foreningen. Hun har tatt utdanning som likeperson, og kan i dag være den personen, sammen med flere, som kan tilby den likeperson-



samtalen med en i diagnosefellesskapet som hun selv så gjerne skulle hatt i 2012.

– Det har skjedd noe med meg etter diagnosen. Jeg blir utrolig lett syk. Når andre blir forkjølet får jeg lungebetennelse. På meg virker det som om kroppen min bare greier å takle KLL, når jeg får noe annet blir det tøft. Slik har jeg hørt at andre har det også. Jeg brenner veldig for at informasjonen må ut i primærhelsetjenesten. Det er der vi har den jevnlig kontakten, og de må vite mer om relativt sjeldne sykdommer som de ulike blodkreftdiagnosene er, sier Mette.

## Likeperson.

Hun hadde et sterkt ønske om å snakke med en likeperson da hun ble syk.

– Derfor er det motiverende å stille opp som det nå. Jeg har en opplevelse med å leve med en kronisk sykdom som forhåpentligvis ikke er dødelig. Du blir usikker når du får vite at du har en leukemi og så skal den ikke behandles. Da er det godt å kunne prate med noen som har hatt dette i mange år, og som kan fortelle at det går helt fint, sier Mette Gunnari.

## Vil du støtte Blodkreftforeningen med din Grasrotandel?

Husk at du kan velge en av våre lokalforeninger som din Grasrotmottaker!

Du kan registrere mottaker på [www.norsk-tipping.no/grasrotandelen](http://www.norsk-tipping.no/grasrotandelen) eller hos en av Norsk Tippings kommisjonærer.

# Heftig debatt om «compassionate use»

Siden «I margen» i forrige utgave skrev om hvordan Beslutningsforum hindrer bruk av ikke-markedsførte medisiner, har debatten på ingen måte ligget død.

Tekst og foto: Kjersti Juul

«I margen» snakket med overlege Yngvar Fløisand like før sommeren om «compassionate use». I intervjuet påpekte han hvor verdifullt nye medikamenter kan være for pasienter som har fått tilbakefall og befinner seg i en fortvilet situasjon. Fløisand fryktet tap av liv og livskvalitet for flere pasienter, som følge av at de ikke får tatt i bruk ikke-markedsførte medisiner.

– Jeg opplever Beslutningsforum som en veldig farmasøytindustrirentlig enhet, preget av mistanke. Der de ser skjult markedsføring, ser vi et ekstremt verdifullt tilskudd til behandling av norske pasienter. Våre grunnforutsetninger er veldig forskjellig, påpekte Fløisand i intervjuet.

## Aviskronikker i sommer

Siden den gang har debatten på ingen måte ligget død. Yngvar Fløisand og en rekke kollegaer, blant annet Fredrik Schjesvold som er leder for Oslo myelomatosesenter og Geir Tjønnfjord, leder av avdeling for blodsykdommer OUS, har gjort en kjempeinnsats gjennom flere aviskronikker. Under tittelen «Hvorfor nektes kreftpasienter gratis medisin?» i Aftenposten datert 15. juli, rettet de blant annet søkelyset på det problematiske i argumentasjonen for å hindre «Named patient program» (NPP), som betyr at en lege søker firmaet om å få medikamentet til en konkret pasient som antas å kunne ha nytte av medikamentet:

«Årsaken til at myndighetene stengte denne ordningen, er sannsynligvis frykt for at pasienter som har nytte av slik behandling, senere vil kunne belaste helsevesenet økonomisk om medikamentet blir markedsført. Det ville bety at medisinen dekkes av det offentlige, selv om den ikke er godkjent av Beslutningsforum. Dette er teoretisk en forståelig bekymring, men problemet med argumentasjonen er følgende: NPP er som regel tilgjengelig i opptil flere år før markedsføringstillatelse gis.

Ettersom dette er kreftpasienter i «siste linje», forventes behandlingen i beste fall å forlenge livet hos noen pasienter med måneder. Dette vil igjen bety at de fleste pasienter som får NPP medisin, har sluttet med den før medikamentet har fått markedsføringstillatelse, og dermed har all behandling og effekt vært gratis. De få pasientene som eventuelt står igjen, er de som har hatt aller best effekt av behandlingen, og mye av behandlingen vil ha vært gratis.»

## Uten hold i virkeligheten

I et tilsvaer 3. august svarer fagdirektørene i helseregionene at «Helsevesenet nekter ingen pasienter gratis medisin», før de blant annet sier at dagens ordning «gir forutsigbarhet» og «bidrar til å fremme likebehandling». Fløisand og kollegaene følger opp med et tilsvaer den 13. august der de plukker fra hverandre fagdirektørenes argumentasjon og får frem det de hevder er usanne i deres påstander. De påpeker blant annet det feilaktige når fagdirektørene skriver at industriens interesse for å fremskaffe dokumentasjon ble mindre, og at myndighetenes forhandlingsposisjon ble svekket: «Dette virker helt uten hold i virkeligheten, og det er vanskelig å forstå hva de mener. Dokumentasjon for medikamenters effekt vurderes av det europeiske legemiddelverket, og hvorvidt slike «compassionate use-programmer» eksisterer i alle land eller i andre land minus Norge, har selvfølgelig ingen innvirkning på hvilke studier som gjøres.»

NRK Dagsnytt 18 skal gjentatte ganger ha prøvd å få fagdirektørene til å stille til debatt, men dette har de ikke ønsket.

## Fakta

Compassionate use er en ordning som er ment å gi pasienter uten andre tilfredsstillende behandlingsmuligheter adgang til nye legemidler i en tidlig utviklingsfase.



Sykehensne har fått betalt litt og fått veldig mye

# – Hverdagsrutinene er krykker

Selv om samfunnet til en viss grad er noe mer normalisert enn det var i våres, så har koronakrisen ført til at mange kreftpasienter har levd isolert i lengre tid, og flere velger fortsatt å leve avgrenset fra andre i varierende grad.

Tove Gundersen, generalsekretær i Rådet for psykisk helse løfter frem de enkle hverdagsrutinene som den beste måten å opprettholde stabilitet i en hverdag som føles usikker.

Tekst: Rannveig Øksne Foto: Erik M. Sundt

– Rutinene er krykkene vi har når det er vanskelig. Invester i gode søvnrutiner, legg deg og stå opp til samme tidspunkt. Fortsett med rutiner gjennom dagen, ta en dusj, spis faste måltider, sørg for å få fysisk aktivitet daglig. Fysisk aktivitet og psykisk helse henger dønn sammen! Se på det som en investering; jeg investerer i min psykiske helse ved å være i bevegelse. Det du faktisk gjør påvirker om du klarer å få det bedre.

## Å kjenne på stress og uro er normalt

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

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

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

ning. Det kan også føre til at noen tolker smittevernråd strengere enn man må. Når det er sagt så er vi mennesker ekstremt tilpasningsdyktige, og de fleste vil komme gjennom denne ekstra påkjenningen isolasjon fører med seg, uten varige skadevirkninger.

## Hvordan påvirkes man av isolasjon?

Gundersen er tydelig på at mangel på sosial kontakt med andre mennesker over tid kan få store konsekvenser for enkeltmennesket, men at de fleste tilpasser seg situasjonen.

– Søvnproblemer, manglende matlyst, tankekjør og i verste fall utvikling eller forverring av psykiske lidelser kan utløses av isolasjon over tid. De aller fleste er omstillingsdyktige og har evnen til å tilpasse seg. Men jo lengre dette varer, jo vanskeligere vil det bli. Det gjelder de aller fleste. Isolasjon og stort kontaktsavn over tid er risikofaktorer for utvikling av psykisk uhelse. Vi vet jo ikke når tilværelsen blir stabil igjen, det gjør at mange blir urolige. Vi mennesker er avhengige av forutsigbarhet, rutiner og sosial omgang for å ha gode liv. Vi er skrudd sammen slik at det er fellesskapet som i stor grad driver oss fremover.

Det er to faktorer som henger sammen med hvor store plagene av isolasjon kan bli, i følge Gundersen.

– Det første er hvorvidt isolasjonen føles meningsfull, den andre faktoren er hvor lenge isolasjonen varer. Det er enklere å forholde seg til isolasjon dersom



man har et tydelig tidsperspektiv.

## 5 hverdagsglederåd

Det er ikke bare gode hverdagsrutiner som er viktige verktøy for å forebygge psykisk uhelse. Gundersen trekker også frem fem hverdagsglederåd som verktøy for å ivareta god psykisk helse når man står i en uklar situasjon.

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

## Har du behov for hjelp?

Mange kan kjenne på at de ikke vil bry for eksempel fastlegen sin med negative tanker. Og særlig i denne perioden når legen kanskje har ekstra mye å gjøre på grunn av korona?

Det kan oppleves vanskelig å vite hvor man kan vende seg når det er så mange begrensninger man skal forholde seg til på en gang. Gundersen er tydelig på at det er plass til alle og at det er viktig å ta kontakt.

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

# Fant styrke i erfaringer

– Alt jeg har vært gjennom tidligere av behandling gjorde meg på en måte rustet til å klare tiden i isolasjon mens det sto på som verst på vårparten, forteller Pål Eriksen, leder for Oslo og omegn lokallag.

Tekst: Rannveig Øksne Foto: Privat

– I mars, når vi så disse bildene fra Italia, forsto vi raskt at dette var mer enn en vanlig influensa. Vi som er i risikogruppen skjønnte at nå vi må ta våre forhåndsregler. Gjennom mine tidligere behandlingsforløp har jeg erfaring med hvor krevende perioder med isolasjon kan være. Jeg har også tilbrakt lengre perioder på intensivavdelingen, og å havne der igjen vil jeg unngå for en hver pris. Jeg har lært meg å ha fokus på arbeidsoppgavene, ikke tenke konsekvens, og ta én dag av gangen.

## Unntakstilstand

De eneste gangene Pål var utenfor leiligheten var når han kjørte sin kone på jobb, og når han gikk tur i området ved Østmarka på kveldstid. Oslo sentrum holdt han seg langt unna.

– På vårparten og førsommeren gikk jeg ikke i butikken, og var kun ute på tur på kveldstid for å unngå å treffe på så mange mennesker. Man går jo inn i en slags unntakstilstand og lever temmelig asosialt. Jeg merket at med tiden ble det krevende å holde motivasjonen oppe.

Selv om Pål i løpet av sommeren lever litt mindre restriktivt så tar han fortsatt mange forhåndsregler.

– Nå går jeg i butikken, men da med hansker og munnbind. Jeg har alltid antibac med meg, og tar aldri på dørhåndtak. Jeg omgås ikke så mange, møter familie innimellom, men da er vi nøye på å holde avstand. Barna mine har jeg ikke klemt siden jul, så familiemøtene blir litt kunstige. Jeg kjenner absolutt på at denne koronatiden har påvirket psyken negativt.



## Sitter ikke og stirrer i veggen!

Pål hadde gledet seg til å ta fatt på foreningsarbeidet igjen, men bølgene med smitte gjør at både styremøter i lokallaget og planer for medlemsmøter har blitt lagt på is.

– Bølgene med smitte gjør jo at jeg kjenner på mer bekymringer og uro for det uforutsigbare igjen, og jeg har savnet arbeidet i lokallaget.

Selv om Pål har kjent på at dagene kan bli lange, særlig i perioden på vårparten, så har han sørget for å holde seg aktiv.

– Ja, man kan jo ikke bli sittende å stirre i veggen. I løpet av de siste månedene har jeg fått pusset opp hele leiligheten – så det er jo positivt!

## Her får du hjelp:

- **Råd for psykisk helse** sin nettside, [psykiskhelse.no](http://psykiskhelse.no) har god oversikt over alle ulike hjelpetilbud og hjelpetelefoner
- **Helsenorge.no** har en veiledningstjeneste der du kan få veiledning om hvor du kan henvende deg, oppsøke hjelp, hvor det er kortest ventetider etc. De kan nås på telefon 23 32 70 00 – tastevalg 1. Åpent hverdager kl. 08-15.30.
- **Fastlegen**
- **Mental Helses Hjelpetelefon.** Ring 116 123 (åpent hele døgnet)
- **Kirkens SOS.** Ring 22 40 00 40 (åpent hele døgnet)
- **Blodkreftforeningen sin Likepersonstjeneste.** Her kan du få snakke med noen om kreftsykdommen din. Les mer på våre nettsider: [blodkreftforeningen.no/snakk-med-en-likeperson](http://blodkreftforeningen.no/snakk-med-en-likeperson)  
Du kan også ringe vår likepersonstelefon:  
Telefon: 94 85 11 11  
Åpningstider:  
Mandager kl. 13 - 15  
Torsdager kl. 18 - 20
- **Kreftforeningens rådgivningstjeneste** svarer på alle spørsmål om kreft, og om korona og kreft. Ring 21 49 49 21 (åpent mandag til fredag kl. 09-15)

# Læren om blodkreft på medisinst

Hvor mye lærer egentlig medisinstudentene om blodkreft og blodsykdommer i løpet av sine seks år på profesjonsstudiet?  
Ny studieplan reduserte undervisningstiden.

Tekst: Rannveig Øksne

Foto s. 14: Eddy Grønset. Foto s. 15: Privat

– Fakultetets studieplan definerer omfanget av undervisningen i blodsykdommer, inkludert blodkreftsykdommene. Det er ikke mulig innenfor disse rammene å gå detaljert inn på alle sykdommene, og dermed er en større del av studentenes kunnskapstilegning basert på selvstudium. Av den grunn har vi utarbeidet en relativt detaljert leseveiledning for å hjelpe studentene med kunnskapstilegningen. Tidligere hadde vi tilgjengelig undervisningstid til blodsykdommer og blodkreft, men etter at den nye studieplanen kom for fire år siden er undervisningstiden blitt redusert, forteller spesialist i indremedisin og i blodsykdommer, professor Øystein Bruserud ved Haukeland universitetssykehus og Universitetet i Bergen.

Før ny studieplan ble etablert ble blodsykdommene undervist som en del

av faget indremedisin.

– Dette var en god faglig ramme for vår undervisning i blodsykdommer, og samtidig ble dette undervist på to ulike tidspunkt i studiet. Spesielt den siste terminen helt på slutten av studiet gav mulighet for at dette fagområdet kunne modnes hos studentene. Læren om blodsykdommer og blodkreft undervises nå i semester 8, når studentene er litt over halvveis i studiet, og er konsentrert inn i en ni-ukers termin. Vi vektlegger forelesninger der man har med pasienter, og studentene må oppfylle et obligatorisk minstekrav når det gjelder å delta i arbeidet ved vår poliklinikk enten én formiddag eller ettermiddag i løpet av terminen. Utover dette er studentene i etterkant av undervisningsukene utplassert åtte uker på medisinsk avdeling, i Stavanger, Haugesund eller Førde. Det er nok noe varierende i hvor stor grad studentene kommer i kontakt med blodkreftpasienter under dette oppholdet.

## Allmennlegenivå

– Ambisjonsnivået og målet vårt for studentene, er at de skal ha en forståelse av de ulike blodkreftsykdommene spesielt i forhold til hvordan sykdomsbildet arter seg, altså symptomer, funn ved vanlig legeundersøkelse, blodprøvefunn og komplikasjoner som kan oppstå. Man må erkjenne at blodsykdommene er relativt sjeldne og at det derfor ikke er så ofte fastlegene får pasienter med nyoppdaget blodkreft. Vi legger oss på nivå med det en allmennlege skal kunne. En allmennlege skal kunne fatte mistanke om at en pasient har en blodkreftsykdom, kunne utføre den første diagnostikken for å begrunne denne mistanken og henvise pasientene raskt videre for å få avklart mistanken sin. Det betyr altså at vi skal legge best mulig til rette for at allmennlegen skal kunne bruke de enkle og grunnleggende verktøyene de har tilgjengelig i sin praksis, få en begrunnet mistanke og sørge for å sende pasienten videre med blodkreft som arbeidsdiagnose til sykehuset. Videre skal vi utruste allmennlegen seinere når diagnosene er stilt å kunne gjennomføre gode kontroller i samarbeid med sykehuset. Dette vil ofte innebære at legen må kunne kjenne igjen komplikasjoner og utvikling i sykdommen og da henvise pasientene raskt for å vurdere videre behandling, forklarer Bruserud.

*Tenker du at studentene fikk et bedre innblikk i blodsykdommer og blodkreft før omleggingen til ny studieplan?*

– Ja, det gjør jeg. Mange studenter synes blodsykdommer og blodkreftfaget er vanskelig. Slik studiet er lagt opp nå møter studentene på blodkreft kun én gang i løpet av studietiden. Jeg tror det var spesielt viktig at de tidligere var innoverende på to forskjellige tidspunkt, hvorav ett var mot slutten av studiet. Dette medførte en modning både i forhold til fag og holdninger, og man kunne legge listen høyere.

## Ønsker seg flere timer i Oslo

Også ved medisinstudiet i Oslo er ambisjonsnivået lagt på nivå med det en allmennlege bør kunne om blodsykdommer

*Professor Geir Tjønnfjord mener legestudiet har for få undervisningstimer i blodsykdommer.*



# udiet: *Få undervisningstimer*

og blodkreft. Fordi studentene kun har noen få timer om temaet i løpet av studietiden så er det i praksis ikke mulig å løse på annen måte forklarer Geir Tjønnfjord, avdelingsleder ved avdeling for blodsykdommer ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

– I våre øyne så er det klart at vi har for få undervisningstimer i blodsykdommer. I modul 3, som er på det tredje året av studiet, har vi en håndfull forelesninger om blodsykdommer, men her dekkes også ikke-maligne sykdommer inn, som blødersykdommer, anemier og lignende. Utover det har vi to klinikker og tre seminarer senere i studiet.

Seminarene er i stor grad knyttet til blodkreft, vi har et infeksjonsseminar, lymfeknutesvulstseminar og et om maligne sykdommer. Alt i alt er det et relativt beskjedent antall timer i løpet av studietiden, som skal dekke hele hematologien, og erfaringsmessig synes de fleste studenter at hematologi er vanskelig.

## Spesialistutdanningen forkortet

Spesialistutdanningen for leger (LIS-utdanningen) starter etter at de har fullført medisinstudiet og fått autorisasjon som norsk lege. Fra 1.mars 2019 ble det

innført en ny ordning for spesialistutdanningen, som innebærer at utdanningen ble forkortet, og varighet er nå på minimum seks og et halvt år. Dette bekymrer Tjønnfjord.

– Tidligere brukte man betydelig lengre tid på spesialistutdanningen. Medisin er jo mye mengdetrening, pasientene kommer som oftest ikke inn med en merkelapp. Det krever erfaring i å stille rett diagnose, særlig innen vårt fagfelt hvor vi opererer med relativt sjeldne diagnoser. Det diskuteres derfor om det er hensiktsmessig å forkorte spesialistløpet, og personlig er dette noe jeg er litt urolig for.

## Ønsker seg mer tid med pasienter på medisinstudiet



**Anna K. Werenskjold er siste års medisinstudent og lokallagsstyremedlem i Norsk medisinstudentforening i Oslo.**

– Hematologi og blodkreft er vanskelige fag, og slik er det for alle oppfatter jeg. Det er mye mer teoretisk, detaljert og abstrakt enn mange andre felt. Vi har gode forelesere som er flinke til å presentere faget. Men det er jo slik at gjennom studietiden skal vi gjennom avsendige mengder med læringsstoff – vi skal kunne mye og bredt, og det blir litt opp til hver og en hvor dypt man går.

Werenskjold synes at det abstrakte innen blodkreft er noe av det som gjør det vanskelig. Hun sier at det er i klinikken og gjennom møter med pasienter studentene lærer best, og ønsker generelt mer klinisk undervisning.

– Om vi hadde hatt enda flere timer med kliniske smågrupper på sykehuset med pasienter, ville vi så klart blitt flinkere også i hematologi.

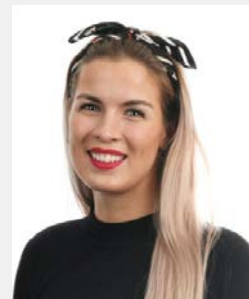
## Så vidt innom blodkreft på sykepleierstudiet

Sykepleiestudiet handler mer generelt om sykdomslære, og desto mindre tid brukes naturligvis også innen hematologien. **Studentleder i Norsk Sykepleierforbund, Edel Taraldsen,** var ferdig med sykepleierutdanningen ved UiT Hammerfest i sommer. Også hun ser tilbake på pensumet som omhandlet blodkreft og blodsykdommer som vanskelig.

– Jeg husker godt forelesningen vi hadde om blodsykdommer på andreåret. I forkant hadde vi vært igjennom et tungt kapittel om blodsykdommer, men foreleseren holdt en fantastisk god undervisning, som gjorde det mer forståelig. På sykepleierstudiet lærer vi i hovedsak om innhold og funksjonen til blodet og hvilke typer blodkreftformer man kan rammes av. Undervisningen om blodsykdommer og blodkreft utgjør en svært liten del av pensum.

## Bekymringsfullt

– Det i margen har avdekket i denne reportasjen er bekymringsfullt, sier leder av Blodkreftforeningen Olav Ljønsne. Han mener at dette er en sak foreningen skal engasjere seg i, og varsler at vi i løpet av høsten vil komme med forslag til hvordan blodkreftpasientenes egen pasientforening kan bidra til å øke lege- og sykepleierstudenters forståelse av blodkreftsymptomer og ikke minst senvirkninger av sykdommene.



Novartis Onkologi



# Novartis støtter kampen mot blodkreft

Novartis forsker for å forbedre hverdagen for pasienter,  
ved å utvikle nye medisiner innen hematologi



Novartis Norge AS • PB. 4284 Nydalen • 0401 Oslo  
Tlf.: 23 05 20 00 • [www.novartis.no](http://www.novartis.no) • NO1902967692



# Nytt fra lokallag

Aktiviteten i lokallagene er, naturlig nok, svært redusert.

## Trøndelag lokallag

I brukerpanelet for forskning på Myelomatose ved NTNU/St. Olavs sitter det flere medlemmer fra Blodkreftforeningen. Tobias Schmidt Slørdahl, forsker og lege ved NTNU/St. Olavs forteller om spennende nyheter for medlemmer berørt av myelomatose i Midt-Norge.

– Myelomatoseforskningsmiljøet ved NTNU og St. Olavs hospital har sammen med hematologer ved alle lokalsykehusene i Midt-Norge søkt Helse Midt-Norge om å få status som en Clinical Academic Group (CAG). Dette er en utlysning fra Helse Midt-Norge hvor målet er bedre forskning og innovasjon, undervisning og kompetanseutvikling samt klinisk praksis til det beste for helsetjenesten og befolkningen. Hvis miljøet tildeles status som CAG er målet et regionalt myelomatoseregister med tilhørende biobank, flere pasienter inn i kliniske studier og bedre translasjonsforskning med mål om nye medikamenter. Hvilke miljøer som tildeles CAG besluttes i desember, sier Slørdahl.



Tobias Slørdahl fortalte om spennende nyheter i myelomatoseforskning til medlemmer i Trøndelag lokallag. (Foto privat).

## Ny facebookside

Senter for myelomatoseforskning ved NTNU og St. Olavs hospital åpnet i august en ny facebookside. Denne finnes på myelomatose.no og her vil man få tilgang til nyheter om myelomatoseforskning, samt god pasientinformasjon. Følger man siden får man varsler når ny informasjon legges ut.

## Rogaland lokallag

Som så mange andre steder så ble aktiviteten i lokallaget i Rogaland også satt på vent etter at Norge ble stengt ned i mars. Medlemsmøter som var planlagt ble kansellert. Lokallagets årsmøte ble og utsatt til neste år. Styret har hatt et par styremøter via internett, og forteller at dette har fungert tilfredsstillende, men det er ingen ting som slår kontakt over bordet med en kopp kaffe og få muligheten til nære samtaler når møtesaker er ferdig diskutert. I disse dager planlegger lokallaget medlemsmøte, nærmere informasjon kommer.

## Oslo og omegn lokallag



Pål Eriksen er leder av lokallaget Oslo og omegn. (Foto privat).

– Vi avholdt styremøte den 18. august. Da var planen at vi skulle se fremover, og planlegge høstens aktiviteter. Igjen satte korona pandemien oss sjakk matt, og når dette skrives er smitten økende, forteller leder i lokallaget, Pål Eriksen. Lokallaget så derfor ingen annen utvei enn å legge planene på vent. Medlemmenes sikkerhet må komme i første rekke, og som en ansvarlig forening vil man ikke ta noen sjanser.

## Planlegger nytt lokallag i 2021

– Neste år har vi planlagt oppstart av eget lokallag i Østfold, eller nedre Viken som det nå kalles. Nestleder Egil Ihlen får en dobbelt rolle 2021, så det er viktig vi deltar aktivt for å gjøre prosessen så smidig som mulig, sier Eriksen.

Lokallaget anbefaler våre medlemmer å delta på Blodkreftforeningens webinarer i høst, som er flott tilbud i disse korona tider. Husk å ta vare på hverandre.



# Spør hematologen

På vår nettside finner du «Spør hematologen». Her kan du sende inn spørsmål relatert til blodkreft og få svar fra en av landets fremste eksperter på området, hematolog og professor Anders Waage ved NTNU og St. Olavs hospital i Trondheim.



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.

Blodkreftforeningen vil anonymisert få tilgang til spørsmålene og svarene som gis, og vi vil kunne publisere noen av dem på nettsiden og her i I margen.

Tanken bak dette er at spørsmålene som kommer inn sikkert også kan være aktuelle for andre å få svar på.

## Spørsmål og svar:

? Jeg har fått påvist KLL med et aggressivt gen. Kan du forklare litt om signalveishemmere? Jeg leste på nett angående KLL med aggressivt gen, og der stod det at forventet levetid var to til fire år. Trodde dette var en sykdom som man ikke dør av?

### Anders svarer:

- Det kan gjøres forskjellige cytogenetiske undersøkelser som har prognostisk

betydning ved KLL. Det funnet som har størst betydning, heter delesjon 17p. Kort forklart betyr det at kromosom nummer 17 har en forkortelse (delesjon) av den korte armen. Dette er forbundet med en gjennomsnittlig dårligere prognose som blir bedre hvis man behandler med medikament i gruppen signalveishemmer. Disse medisinene heter ibrutinib (Imbruvica) og idelalisib (Zydelig). Ibrutinib binder seg på celleoverflaten og hemmer et enzym som kalles Brutons tyrosinkinase som er aktivt i en signalvei inni kreftcellene. Denne hemmingen gjør at kreftcellen går til grunne.

Det er riktig at KLL i de fleste tilfelle har gode leveutsikter. Det fins imidlertid varianter som har dårligere prognose og delesjon 17 kan være et kjennetegn på dette. Det er imidlertid grunn til å nevne at variasjonen er stor. Blant de som har delesjon 17 fins det både dårlig og god prognose, selv om den gjennomsnittlige leveutsikten er dårligere. Jeg må også understreke at jeg ikke sikkert kan si at du har delesjon 17 ut fra det du sier.

? Jeg er 25 år og min farfar, far og tante har hatt blodkreft, og jeg er veldig

redd for å få det. Hvor kan jeg sjekke meg, og hvilken undersøkelser skal jeg be fastlegen min gjøre på meg for å se om jeg er i risikogruppen?

### Anders svarer:

- Hvis også din tante er på farssiden, kan det se ut som dere kan ha et anlegg for dette. Det er en spesialoppgave å finne mer om dette. Dette skjer ved en avdeling for genetisk veiledning. Fremgangsmåten er å kontakte fastlegen din som så må henvise deg til en slik avdeling som finnes ved universitetssykehusene i Norge. En slik utredning vil kunne gi svar på om dere har et arvelig anlegg i familien, og om du har arvet dette. Det er ikke alltid at svarene er helt klare, og en slik utredning kan også føre med seg en del usikkerhet. Det kan være lurt å tenke gjennom dette og diskutere det med fastlegen før dere eventuelt setter i gang en slik utredning.

? Er revlimid alene som medisin nok til at man kan miste håret?

### Anders svarer:

- Hårtap står ikke på bivirkningslisten til Revlimid. Det er heller ikke min erfaring

etter å ha brukt denne medisinen til mange pasienter.

? Jeg har primær myelofibrose grad 2.  
• Er det en sykdom en kan leve lenge med? Og hva står «grad 2» for?

**Anders svarer:**

- Myelofibrose innebærer at det blir fibrose i benmargen. Det kan vi se i mikroskopet fra biopsi fra benmargen hvor det blir økning av bindevevsfibre. Denne økningen graderes til grad 0 til 3, og det må være grad 2 eller 3 for å stille diagnosen. Det betyr at du har den laveste graden for å kunne få diagnosen.

En helt annen gradering 0-4 brukes også til å bestemme prognose. Her brukes det forskjellige scoringssystemer (IPSS, DIPSS, DIPSS pluss). Når du nevner grad 2 uten noen sammenheng, er det også en mulighet for at det gjelder en gradering av prognose, men jeg tror mest på den første forklaringen jeg ga. For å bli helt sikker på dette, må du snakke med din

behandlende lege. På ditt andre spørsmål er svaret ja. Levetiden ved myelofibrose er sterk varierende, og man kan leve over 20 år med sykdommen selv om sykdommen i gjennomsnitt er ganske alvorlig.

? Jeg har nylig fått diagnosen MDS. I  
• informasjonsbrosjyren jeg mottok fra foreningen «Til deg som har myelodysplastisk syndrom, MDS» står det at forskning viser at MDS er noe mer vanlig hos personer som har blitt utsatt for kjemikalier over lengre tid. Hvor jeg kan finne mer informasjon om dette?

**Anders svarer:**

- I de fleste tilfellene finner vi ingen årsak til MDS. Det er imidlertid kjent at tidligere kreftbehandling med såkalte alkyliserende agens (melfalan, alkeran, busulfan) og andre disponerer for MDS. Også kjemikalier som benzen og xylene har også blitt knyttet til MDS. Den enkleste måten for mer informasjon er å søke på nettet med kombinasjonen «myelodysplastisk syn-

drom» og «kjemikalier» eller «årsak». Hvis du gjennom arbeid eller på annen måte har vært eksponert for spesielle kjemikalier, kan du nevne dette for din lege.

? Er det mulig for stamcelletransplan-  
• terte å ta flåttvaksinen?

**Anders svarer:**

- Ja, det er fullt mulig. Flåttvaksinen er ikke med i det vanlige vaksineprogrammet som starter opp 6-12 måneder etter transplantasjon, men det er ingenting i veien for å gi også denne, eventuelt noe forskjøvet i tid. Før vaksiner gis til stamcelletransplanterte må man sjekke at de medisinske forholdene ellers ligger til rette for dette.

Flåttvaksinen beskytter mot et virus som kan overføres av flåtten. Dette viruset kan gi hjernebetennelse. Vaksinen beskytter ikke mot borreliose som er langt vanligere og skyldes en bakterie.



**Aleris Kreftsenter**  
Norges ledende private kreftsenter

# NY BEHANDLING FOR MYELOMATOSE

Aleris kan nå tilby nye behandlinger som ikke er tilgjengelige ved offentlige sykehus.

Kontakt oss for mer informasjon tlf: 22 54 11 78 • [aleris.no/kreft](http://aleris.no/kreft)

Ansvarlig lege: Fredrik Schjesvold





# Sammen kan vi forbedre livet til mennesker som rammes av kreft

I Janssen setter vi oss høye mål – å bidra til at kreftsykdom bekjempes og kureres. Det er ikke lett. Derfor samarbeider vi med fremragende forskningsinstitusjoner, små og større bedrifter og pasientforeninger over hele verden. Sammen jobber vi mot ett felles mål – å forbedre livet til mennesker som rammes av kreft.

Vår viktigste oppgave er å utvikle nye banebrytende kreftlegemidler og gjøre de tilgjengelig for alle som trenger dem.

Janssen-Cilag AS Postboks 144, NO-1325, Lysaker, Norway, Tel +47 24 12 65 00, Fax +47 24 12 65 10, [www.janssen-cilag.no](http://www.janssen-cilag.no)

Janssen-Cilag AS

janssen  Oncology

# Øk kunnskapen

Blodkreftforeningen er i ferd med å ferdiggjøre en serie med diagnosespesifikke brosjyrer som gir inngående kunnskap om så vel symptomer, diagnose, behandling og seneffekter av de ulike formene for blodkreft.

I tillegg er det laget en oversiktbrosjyre med tittelen «Blodkreft fra A til Å» som du finner vedlagt denne utgaven av I margen.

De diagnosespesifikke brosjyrene vil i løpet av oktober bli sendt ut til de av våre medlemmer som har registrert sin diagnose i medlemssystemet. Hvis du ikke har fått tilsendt brosjyren med «din diagnose», betyr det etter all sannsynlighet at vi ikke har en slik registrering på deg. Det er frivillig om man vil oppgi diagnose når man melder seg inn i Blodkreftforeningen, og en slik registrering er naturligvis underlagt full anonymitet og sikring med tanke på person-sikkerhet. De som ikke har fått tilsendt brosjyren om sin sykdom kan be om å få den tilsendt ved å sende en epost til sekretariatet på [post@blodkreftforeningen.no](mailto:post@blodkreftforeningen.no). Da kan du også angi om du vil at vi skal registrere deg med diagnose i medlemssystemet slik at vi også i fremtiden kan spesial-

tilpasse informasjon til deg for eksempel når vi arrangerer diagnosespesifikke seminarer.

Blodkreftforeningen har nå diagnosespesifikke brosjyrer om følgende diagnoser:

- Akutt lymfoblastisk leukemi (ALL)
- Akutt myelogen leukemi (AML)
- Amyloidose (kommer senere i høst)
- Aplastisk anemi
- Essensiell trombocytemi
- Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
- Kronisk myelogen leukemi (KML)
- Lymfekreft (kommer senere i høst)
- Myelofibrose
- Myelodysplastisk syndrom (MDS)
- Myelomatose
- Polycytemia Vera
- Waldenstrøms sykdom (WM) (kommer senere i høst)



## Blodkreftforeningens formål

Foreningen er en landsomfattende organisasjon for personer som har, eller har hatt blodkreftrelaterte sykdommer – samt pårørende til disse.

Foreningen vil opprettholde et nært samarbeide med landets sykehus, samt

andre tilsvarende institusjoner, til fremme for foreningens formål som er å

**a.** være til støtte, og drive likepersonarbeid for personer som har, eller har hatt blodkreftrelaterte sykdommer – samt pårørende til disse.

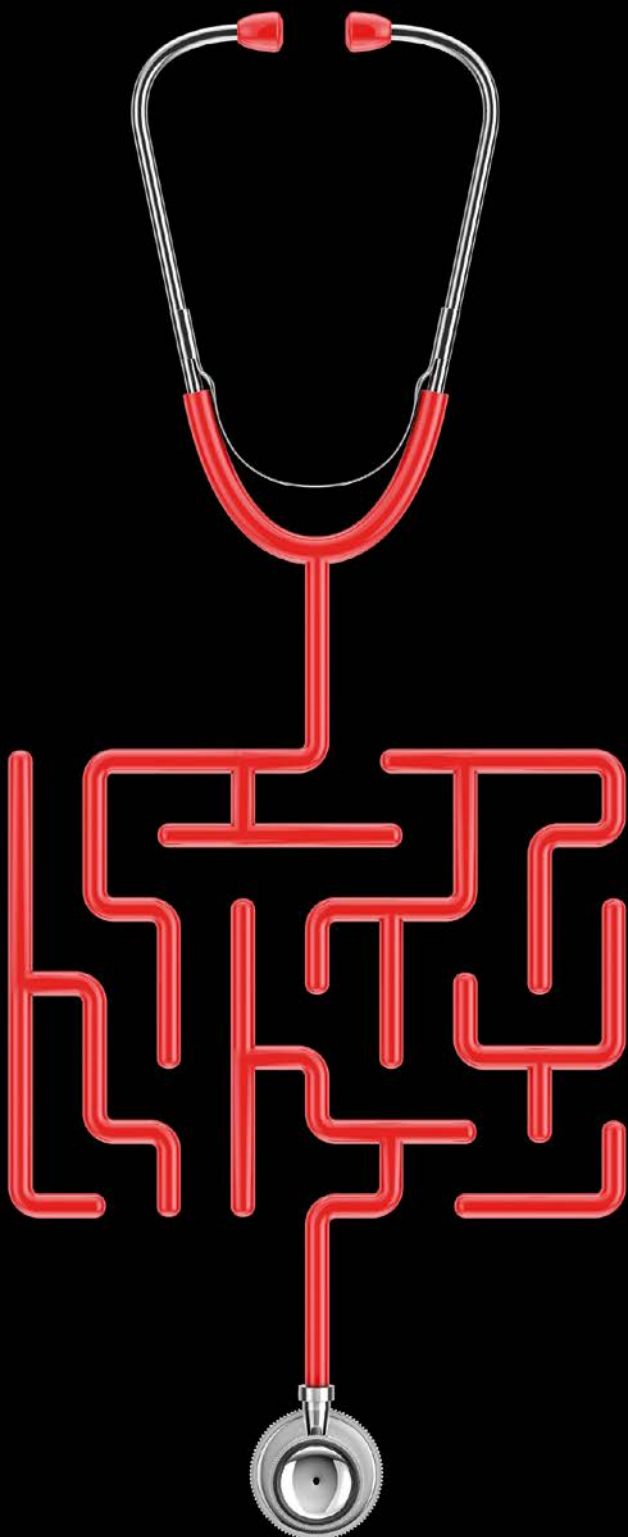
**b.** formidle til medlemmene og andre om framskritt og nye behandlingsmetoder.

**c.** utgi medlemsbladet «I MARGEN» og vedlikeholde hjemmesiden på internett.

Ofte er det flere veier å gå

## SAMVALG

går ut på at du får informasjon om de ulike behandlingmulighetene som finnes for din sykdom. Så diskuterer du disse med helsepersonell. Sammen kommer dere fram til hva som vil være best for deg.



Her er **3** enkle spørsmål du kan stille legen<sup>1</sup>

**1**

Hvilke alternativer har jeg?

**2**

Hva er sannsynligheten for ulike fordeler og ulemper?

**3**

Hvor sannsynlig er det at jeg vil oppleve disse fordelene og ulempene?

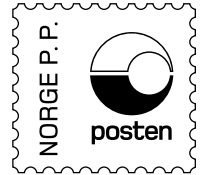
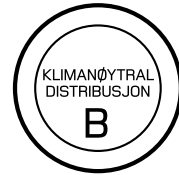
**Referanse:** [helsenorge.no/rettigheter/samvalg#huskeliste-for-deg-som-ønsker-samvalg](https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg#huskeliste-for-deg-som-ønsker-samvalg), lest av 08.02.2019.

abbvie

## Kontaktinformasjon Blodkreftforeningen

Hovedstyre		Navn	E-post	Telefon
	Styreleder	Olav Ljøsne	olav@blodkreftforeningen.no	488 42 286
	Nestleder	Mette Gunnari	mette@gunnari.net	958 57 509
	Styremedlem	Anne Lise Hustadnes	annelise.hustadnes@gmail.com	419 34 361
	Styremedlem	Anita Nymo	anitanymo@hotmail.com	905 80 763
	Styremedlem	Einar Andresen	einar1and@gmail.com	951 03 326
	Styremedlem	Steinar Hardersen	steinhard@online.no	906 96 279
	Styremedlem	Ninja Ulvestad Pettersen	ninja2472@gmail.com	469 82 689
<b>Lokallag Trøndelag</b>	Leder	Gunn Åse Hammervik	guhammer@gmail.com	900 21 648
	Likepersonansvarlig	Anita Landrø	anitalan_1@hotmail.com	916 17 400
	Styremedlem	Per Skjei	pe-skjei@online.no	952 25 566
	Styremedlem	Heidi Jørgensen	Heidi.jrgensen@ntebb.no	950 93 790
	Styremedlem	Gunnar Garthus	gg@socosystem.com	913 84 339
	Styremedlem	Ingunn Yttersian	ingunn.yttersian@ntnu.no	992 35 433
	Styremedlem	Eva Storvold	eva.storvold@ntebb.no	917 73 785
<b>Lokallag Møre og Romsdal</b>	Interrimstyre	moreogromsdal@blodkreftforeningen.no		
<b>Lokallag Nord-Norge</b>	Leder	Reidun Kristine Pettersen	reidun.pettersen@gmail.com	483 56 120
	Styremedlem	Marion Sørensen	marionjeasoer@gmail.com	959 44 940
	Styremedlem	Lill Iren Barstad Jensen	lillirenbarstad@hotmail.com	975 85 634
	Styremedlem	Peggy Halvorsen	peggy.halvorsen@gmail.com	920 21 717
	Kasserer/sekretær	Birgit Heimly Brun	birbrun@gmail.com	950 83 802
<b>Lokallag Oslo og omegn</b>	Leder	Pål Eriksen	katter05martin@gmail.com	948 59 425
	Nestleder/kasserer	Egil Ihlen (vikar for G. Haugejorden)	egil.kristian.ihlen@vikenfiber.no	413 11 748
	Styremedlem	Odd Halvard Haug	odhahaug@online.no	906 61 363
	Styremedlem	Ninja Ulvestad Pettersen	ninja2472@gmail.com	469 82 689
<b>Lokallag Sørlandet</b>	Leder	Anita Nymo	anitanymo@hotmail.com	905 80 763
	Nestleder	Irene Eriksen	ireneeriksen2@hotmail.com	924 63 997
	Kasserer	Aud Kari Staaland	aud.kari.staaland@gmail.com	992 41 218
	Styremedlem	May Anett Halvorsen	Mayahal1971@gmail.com	993 25 116
<b>Lokallag Vestlandet</b>	Leder	Agnar Berland	agnar.berland@gmail.com	994 00 140
	Styremedlem	Roberta Lamvik	roberta.abreau@lamvik.com	970 19 600
	Styremedlem	Steinar Tunold	kilsperr@online.no	915 61 739
	Styremedlem	Reidun Værøy	mvaer@online.no	414 05 694
	Styremedlem	Jan-Inge Eikeset	janinge.eikeset@icloud.com	924 63 734
<b>Lokallag Vestfold, Buskerud og Telemark</b>	Leder	Vera Henden	verahenden@gmail.com	481 66 664
	Nestleder	Olav Ljøsne	olav@blodkreftforeningen.no	976 76 353
	Kasserer	Helge Holtan	heholtan@online.no	908 61 739
	Sekretær	Marianne Hillestad Jonstad	mhi-jon@online.no	480 21 021
<b>Lokallag Rogaland</b>	Fungerende leder	Else Marie Øvrebø	else.ovrebo@getmail.no	900 91 731
	Kasserer	Astrid Olen Refve	astrid.refve@gmail.com	908 92 992
	Styremedlem	Sigrid Matthes	sigrid.matthes@lyse.net	974 62 834
	Styremedlem	Grete Heggheim	greteheggheim@yahoo.no	482 23 710
	Styremedlem	Ivar Aske	ivar@aske.no	905 23 045
	Styremedlem	Øystein Hauge	oehauge@online.no	916 09 505
<b>Lokallag Innlandet</b>	Leder	Reidar Nordby	reidar@nordby.as	952 14 000
	Kasserer	Mona Finnstun	mfinnstund@gmail.com	934 44 614
	Sekretær	Evy Anne Sveum	easveum@gmail.com	930 53 644
	Styremedlem	Helge Engernes	engernes@gmail.com	934 99 753
	Styremedlem	Inger Lise Stensrud	oladatter@hotmail.com	403 40 522

Returadresse:  
Blodkreftforeningen  
Rosenkrantz' gate 7  
0159 Oslo



## Trenger du noen å snakke med? Ring likepersontjenesten: Telefon 94 85 11 11

Mandager 13-15 og torsdager 18-20

### Hvorfor bli medlem i Blodkreftforeningen?

- **Landsdekkende nettverk for erfaringsutveksling** – som medlem får du informasjon om nasjonale og lokale kurs, samlinger, foredrag, møter og andre aktiviteter.
- **Støttende likepersonsnett** – som medlem får du tilgang til vårt nettverk av likepersoner som har vært i samme situasjon og som kan gi deg veiledning og støtte.
- **Kvalitetssikret informasjon** – på vår nettside finner du nyheter og informasjon om diagnoser, behandling, rehabilitering, rettigheter, muligheter og tilbud.
- **"I marginen"** er foreningens blad som gis ut 4 ganger årlig. Her kan du følge med på hva som skjer i foreningen og få informasjon om fagområdet.
- **Støtt foreningens arbeid** – som medlem støtter du Blodkreftforeningens arbeid med å gi et tilbud til pasienter og pårørende, og foreningens arbeid som pådriver innen forskning og videreutvikling av behandlingstilbudene.

Du kan melde deg inn på [www.blodkreftforeningen.no](http://www.blodkreftforeningen.no)  
– sende en e-post til [medlem@blodkreftforeningen.no](mailto:medlem@blodkreftforeningen.no)  
eller fyll ut blanketten og sende den til:  
**Blodkreftforeningen, Rosenkrantz' gate 7, 0159 Oslo**

Ved innmelding får du tilsendt en velkomstpakke med informasjon og en giro for årskontigenten.

### Ja, jeg melder meg inn i Blodkreftforeningen

- Jeg ønsker Individuelt medlemskap, kr 250,- per år  
 Jeg ønsker Familiemedlemskap, kr 500,- per år

Klipp ut blanketten, fyll inn og send den til:  
Blodkreftforeningen, Rosenkrantz' gate 7, 0159 Oslo

- Akutt lymfoblastisk leukemi (ALL)  
 Akutt myelogen leukemi (AML)  
 Amyloidose  
 Aplastisk anemi  
 Essensiell trombocytomi  
 Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)

- Kronisk myelogen leukemi (KML)  
 Lymfekreft  
 Myelofibrose  
 Myelodysplastisk syndrom (MDS)  
 Myelomatose  
 Myeloproliferative sykdommer (MPN)

- Polycytemia Vera  
 Waldenstrøms sykdom (WM)  
 Andre blodkreftsykdommer  
 Pårørende

Stamcelletransplantert:  
 Ja  Nei

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr./sted: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fødselsdato: \_\_\_\_\_