



# Til deg som har Myelomatose

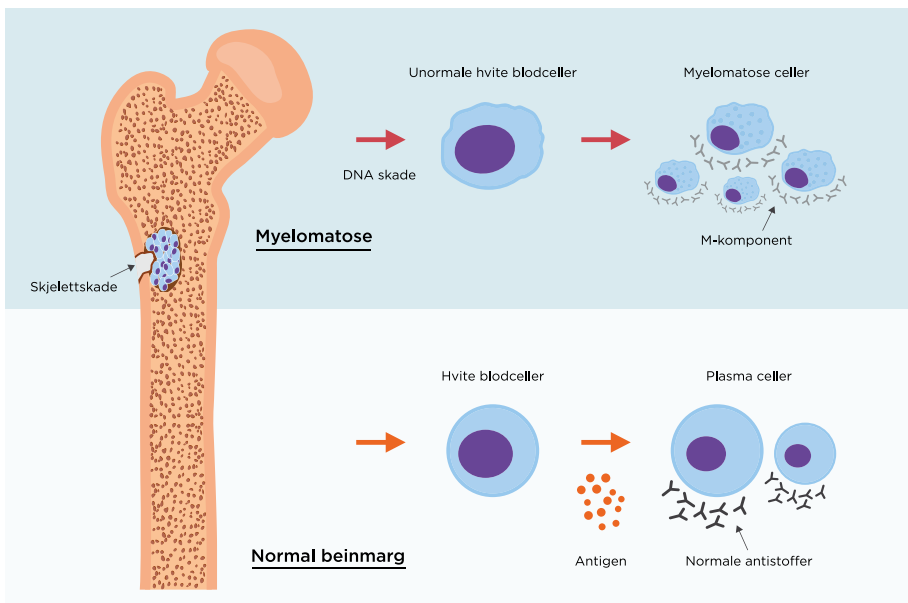
**Informasjon om årsaker, symptomer og behandling**

# Innhold

Myelomatose .....	3
Symptomer og forandringer .....	4
Undersøkelser .....	5
Årsaker til myelomatose .....	6
Behandling .....	6
Pakkeforløp .....	10
Hva skjer innen forskning? .....	11
Pasienthistorie .....	12
Blodkreftforeningen .....	14

# Myelomatose

Myelomatose (benmargskreft) er den hyppigste av blodkreftsykdommene. Sykdommen skyldes ukontrollert vekst av en bestemt gruppe av benmargens celler, de såkalte plasmacellene som er viktige celler i immunsystemet.



Normale plasmaceller produserer antistoffer som beskytter oss mot ulike typer infeksjoner. Når plasmacellene blir ondartede kalles de myelomceller. De samles i benmargen, undertrykker de normale blodcellene og påvirker skjelettet. Tidlig i sykdomsforløpet er det ofte en periode helt uten symptomer, hvor sykdommen kun kan påvises i blodprøver. Det er ingen fasit på hvilke symptomer man får, noen pasienter opplever å få veldig få symptomer mens andre får flere. Det er viktig å huske at disse symptomene kan ha helt andre årsaker enn myelomatose.

Myelomatose opptrer sjelden hos personer under 40 år. Halvparten av pasientene som får myelomatose, er over 70 år. Det er cirka 500 som rammes av sykdommen hvert år.

## Symptomer og forandringer

Symptomer på myelomatose kan være:

- **Anemi:** Når antallet røde blodlegemer i blodet er for lavt kalles det anemi, og dette kan oppstå når kreftceller hemmer dannelse av friske røde blodceller ved å ta deres plass i benmargen.
- **Fatigue (utmattelse):** En vanlig årsak til fatigue kan være anemi, men det kan også skyldes andre faktorer. Fatigue kan skyldes selve sykdommen, behandlingen eller begge deler. De aller fleste som har myelomatose kan på et eller annet tidspunkt få fatigue.
- **Smerte** som skyldes påvirkning av skjelettet, er det vanligste symptomet ved myelomatose. Det oppstår når kreftceller vokser ukontrollert i ben og benmarg. Dette kan forårsake lokal benskade i form av «huller» i skjelettet og en mer generell «fortynning» av beinmassen (osteoporose, benskjørhet), noe som øker risikoen for benbrudd. Alle ben kan påvirkes, men bensmerte oppstår oftest i rygg og bryst/ribben. Smerten er vanligvis verst ved bevegelse og er mindre uttalt om natten når man er i ro. Hvis kreften påvirker ryggvirvlene kan de presses sammen, og man kan få det som kalles kompresjonsfrakturer. I senere stadium av myelomatose kan en person oppleve å ha blitt flere centimeter lavere fordi flere ryggvirvler har blitt presset sammen over tid.
- **Smerte, nummenhet og/eller muskelsvakhet** kan noen ganger oppstå når sammenpressede ryggvirvler trykker på ryggmargen eller klemmer på en nerve som kommer ut fra ryggraden. Nummenhet og stikninger i huden kan også skyldes en generell påvirkning av nervene (polynevropati).
- **Nyreskade.** Dette oppstår regelmessig hos pasienter med myelomatose og gir i begynnelsen ikke så mange symptomer utenom slapphet. Det oppdages ved en blodprøve.
- **Hyperkalsemi:** Forhøyet nivå av kalsium i blodet, som oppstår når skjelettet brytes ned og fører til frigjøring av kalsium fra bein. For mye kalsium i blodet kan forårsake døsighet, forstoppelse og nyreskade.
- Symptomer som **vektnedgang, kvalme, tørste, muskelsvakhet** og mental forvirring kan være koblet til nyresvikt, hyperkalsemi eller andre ubalanser i kroppen.
- **Feber og infeksjoner:** Oppstår lettere hos personer med myelomatose på grunn av nedsatt immunforsvar. Særlig de øvre luftveier og lungene er utsatt. Et nedsatt immunforsvar gjør også at det tar lengre tid å bekjempe infeksjoner.

Hvis man først har fått diagnosen myelomatose, er det å lindre symptomer en viktig del av behandlingen.

## Undersøkelser:

Utredningen for å stille diagnosen myelomatose vil som oftest foregå ved en poliklinikk på sykehus. Da vil legen kartlegge din sykehistorie og gjøre en nøyaktig undersøkelse med blodprøver, beinmargsprøve og ulike undersøkelser med røntgen, CT eller MR. Symptomer som muskelsvakhet og nervesmerter med mistanke om nerveavklemming, eller at man har for mye kalsium i blodet og nyresvikt, kan gjøre at utredningen skjer spesielt raskt.

Følgende prøver og undersøkelser kan brukes for å stille diagnosen myelomatose:

- **Blod- og urinprøver.** Myelomatoseceller utskiller ofte et antistoff, monoklonalt immunoglobulin, kjent som M-komponenten. Nivåer av M-komponenten i blod og urin brukes til å stille diagnosen og særlig til å følge med på hvor effektiv behandlingen er. Hos noen pasienter utskiller myelomatosecellene bare deler av antistoffet. Man kaller det da lett kjede sykdom. De lette kjedene finnes både i blod og urin og kalles også Bence Jones-protein.
- **Computertomografi (CT) undersøkelse.** Dette er hovedundersøkelsen for å vurdere skjelettet. Det brukes en redusert stråledose for å unngå uheldige senskader. Pasienten ligger på en benk som skyves gjennom en trommel i løpet av 30 sekunder. Dette er nok til at skjelettet blir undersøkt fra topp til tå.
- **Røntgen.** Vanlig røntgenundersøkelse kan også brukes til å undersøke skjelettet eller deler av dette, men er ikke så følsomt som CT.
- **Magnetisk resonansavbildning (MR).** MR brukes særlig hvis det er snakk om trykk på nervene eller hvis myelomatosen vokser mer som en svulst (plasmacytom) eller hvis man vil undersøke vev utenom skjelettet. MR gir ingen uheldig strålepåvirkning, men kan være mer ubehagelig fordi man må ligge 20 minutter i en trommel med mye lyd.
- **PET-CT** er en ny metode som også brukes i noen situasjoner.
- **Benmargaspirasjon og biopsi.** Disse to prosedyrene er nokså like og blir ofte gjort samtidig for å undersøke benmargen. Det brukes lokalbedøvelse og prøven tas fra hoftekammen eller brystbeinet med en nål som borres gjennom benet. Når lokalbedøvelsen er gått ut, kan det være litt ømt noen dager. Benmargen blir undersøkt i mikroskop og man kan studere kreftcellene direkte. Telling av kreftcellene er hovedgrunnlaget for å stille diagnosen. Biopsien blir vurdert av patolog som er spesialist på å undersøke vev fra ulike organer, og benmargsutstryket (aspiratet) blir sett på av spesialist i blodsykdommer.
- **Cytogenetisk undersøkelse av kreftcellene.** Det gjøres også undersøkelser av endringer på kromosomene ved såkalt FISH-undersøkelse. Kromosomene er små strukturer inni cellene hvor alt arvematerialet (DNA) er samlet. Disse undersøkelsene kan si noe om prognosen ved sykdommen og kan være til hjelp når man skal bestemme hvilket behandlingsalternativ som er best.

## Årsaker til myelomatose

Vi kjenner ingen enkle og tydelige årsaker til myelomatose, men en del forhold nevnt nedenfor som hver for seg gir en økt risiko.

- Alder: Myelomatose øker i forekomst ved økende alder. Gjennomsnittlig alder ved diagnose er 70 år. Kun 2 % av de som rammes er under 40 år.
- Kjønn: Myelomatose er litt vanligere hos menn enn hos kvinner.
- Genetiske forhold. Det er økt forekomst hos foreldre og søsken til personer med myelomatose. Det er imidlertid ikke rutine å undersøke familien til pasienter med nyoppdaget myelomatose fordi den økte risikoen i familien alt i alt er lav.
- Livsstilsfaktorer: Overvekt øker risikoen for å utvikle myelomatose.
- Arbeidsrelatert eksponering: Noen studier har tydet på at arbeidere i visse landbruks- og metall/ petroleumsrelaterte næringer kan ha økt risiko for å utvikle myelomatose
- Tidligere medisinske tilstander: MGUS (Monoklonal gammopati av usikker betydning) er et godartet forstadium som kan lede til utvikling av myelomatose. Av de med MGUS får 1–2 % myelomatose pr år.

Det er ingen spesielle tiltak utover generelle gode kostholds- og leveregler som kan forebygge utvikling av myelomatose.

## Behandling:

Det har vært store fremskritt i behandlingen av myelomatose siden midten av 1990-tallet, og dette har bedret leveutsiktene for pasienter med sykdommen betydelig. Vi greier imidlertid ikke å fjerne sykdommen helt, men den har fått mer karakter av en kronisk sykdom.

Behandlingsmålene er blant annet:

- Å fjerne alle spor av myelomatose
- Forebygge og reversere organskade ved å oppnå sykdomskontroll
- Opprettholde normal livskvalitet
- Lindre smerter

Legen vil sammen med deg bli enig om en behandlingsplan. Når dere tar beslutninger om din behandling, kan du også bli oppfordret til å vurdere å bli med i kliniske studier.

## **Behandling av pasienter opp til cirka 70 år**

Stamcelletransplantasjon (benmargstransplantasjon) er som regel første behandling til pasienter opp til cirka 70 år. Behandlingen er sammensatt og består av en forbehandling som strekker seg over 4 måneder, «høsting» av pasientens egne stamceller (disse blir deretter oppbevart i en fryseboks), hovedbehandling med cellegift (melfalan) og tilbakeføring av stamceller. Hele behandlingen tar cirka 6 måneder og vil ofte bli etterfulgt av vedlikeholdsbehandling.

Hvilke bivirkninger du kan få av cellegiften varierer fra person til person. Vanlige bivirkninger er lave blodverdier, utmattelse, infeksjon, kvalme og oppkast, hårtap, nedsatt matlyst, samt diaré eller forstoppelse. Det kan ta over 6 måneder å komme seg helt etter behandlingen, men ofte tar det kortere tid.

Prosedyren med høsting av stamceller fra pasienten, der disse fryses ned og gis tilbake etter at cellegift er gitt, gjøres fordi den høye dosen av cellegift ødelegger nesten alle cellene, og det er fare for at benmargscellene ikke hadde kommet tilbake dersom stamcellene ikke ble tatt ut på forhånd.

Behandlingen kalles i Norge for HMAS (høydosebehandling med autolog stamcellestøtte). Behandlingen må ikke forveksles med den andre typen stamcelletransplantasjon hvor pasienten får stamceller fra et annet individ (allogen transplantasjon).

## **Behandling av pasienter over cirka 70 år**

I denne alderen gis annen behandling fordi HMAS (se avsnittet over) kan gi for mange bivirkninger og kan bli for farlig. Det gis som regel en kombinasjon av tre medikamenter. Det er flere behandlingsopplegg å velge mellom, og hva som er det beste vil bli vurdert og diskutert i hvert enkelt tilfelle. Medisinene gis som tabletter, injeksjoner i huden eller i blodårene.

## **Behandling av tilbakefall**

Alle pasienter må regne med å få tilbakefall som krever ny behandling. Siden myelomatose kommer tilbake flere ganger og medikamentene etter hvert blir «brukt opp», er det viktig å ha mange medikamenter å spille på slik at behandlingen kan fortsette. I dag er det 12–13 medikamenter som er tilgjengelige og flere nye medisiner er på vei inn.

## **Medikamenter som påvirker benstrukturen:**

Den vanligste forebyggende behandling er bisfosfonater som er en medikamentgruppe med flere alternative medikamenter. Bisfosfonater forebygger og bedrer skader på skjelettet, og reduserer smerter i ben og risikoen for brudd. Denne medisinen gis som en infusjon hver 4. uke i 2 år. Hvis pasienten har alvorlig nedsatt nyrefunksjon, bør et annet medikament brukes. Hvis man får et behandlingstrengende tilbakefall av sin myelomatose, startes behandling med bisfosfonater oftest opp på nytt.

En bivirkning av bisfosfonater er influensalignende symptomer. Det tas en ny blodprøve før hver dose, for å kontrollere nyrefunksjonen. Osteonekrose i kjeven (skade i kjevebenet) er en uvanlig, men mulig alvorlig bivirkning som kan oppstå under behandling med bisfosfanater. Du bør fortelle legen om du tidligere har hatt sykdom og/eller skader i tannkjøtt/kjeve. Det skal også vurderes om du trenger et tannlegebesøk før oppstart av bisfosfonater.

## **Strålebehandling:**

Strålebehandling er høyenergetiske partikler av forskjellig type som ødelegger kreftceller og andre celler. Før du starter opp med strålebehandling lages det en stråleplan over strålefelt, antall behandlinger, tidsperiode og hvilken dose som skal gis. Strålebehandling brukes særlig for å behandle plasmacytomer (myelomatose som vokser som en svulst) eller smerter som ikke kan behandles på annen måte. Ofte blir strålebehandling etterfulgt av behandling med medikamenter. Bivirkninger av strålebehandling kan være utmattelse, milde hudreaksjoner, magesmerter og løs avføring. De fleste bivirkninger forsvinner like etter at behandlingen er ferdig.

## **Kirurgi:**

Kirurgi kan brukes til å behandle skjelettskader som frakturer, truende frakturer og når sammenpressede ryggvirvler trykker på ryggmargen eller klemmer på en nerve som kommer ut fra ryggraden.

## **Er behandling mot myelomatose immunterapi?**

Immunterapi er medikamenter som virker gjennom å styrke kroppens naturlige immunapparat. Disse legemidlene styrker immuncellene slik at disse angriper kreftceller. Ved myelomatose brukes steroider (dexamethason eller prednison) som er et hormon som forekommer normalt i kroppen og som i økte doser dreper kreftcellene ved hjelp av immunapparatet.



Den senere tid har det blitt tatt i bruk en ny form for immunterapi. Disse kalles antistoffer og virker ved å binde seg til et molekyl (CD38) på overflaten av kreftcellene. Disse regnes som noen av de beste medisinene og har blitt en del av standardbehandlingen ved myelomatose.

## **Er behandling mot myelomatose målrettet behandling eller presisjonsbehandling?**

De nye medisinene er i stor grad målrettet og presise i den forstand at vi kjenner til hvilke molekyler medisinene binder seg til. Imidlertid oppstår det oftest mange forskjellige virkninger i kroppen selv om medikamentet binder seg bare ett sted. Alle medisinene kan derfor ha mange forskjellige virkninger og bivirkninger.

## **Håndtering av symptomer og bivirkninger**

I tillegg til å bremse og helst kurere kreften, er en viktig del av behandlingen å lindre symptomer fra kreftsykdommen og bivirkninger av medisiner. Forbedring av livskvaliteten og støtte til pårørende er en viktig del av behandlingen.

Palliativ behandling kan variere mye ut ifra behov. Det kan dreie seg om medikamenter, kosthold og væske, trening, avslapningsteknikker og samtaler.

## **Remisjon, refraktær sykdom, tilbakefall**

Dette er ord som du kan høre i løpet av behandlingen.

**Remisjon** betyr at sykdommen har reagert positivt på den behandlingen som er gitt. Dette ser vi ved at nivået av M-komponenten i blod begynner å falle. Dette betyr at det blir færre kreftceller i kroppen.

**Refraktær sykdom** er det motsatte, det vil si at medisinen ikke virker på sykdommen. Det er ikke uvanlig at myelomatose kan være refraktær mot noen medikamenter første gang de gis, men likevel reagere godt på andre. Når du får et medikament over lengre tid, vil sykdommen etter hvert bli refraktær enten medisinen gis sammenhengene eller med pauser mellom. Ved refraktær sykdom vil M-komponenten i blodet være stabil eller øke.

**Tilbakefall**, kalles også relaps, er når sykdommen begynner å øke igjen etter først å ha vært i remisjon. Tilbakefallet oppdages oftest ved at nivået av M-komponenten i blodprøven begynner å stige. Ved tilbakefall er det vanlig å se det litt an med behandling, men på et eller annet tidspunkt vil det bli startet ny behandling.

Det er typisk for myelomatose at pasientene går gjennom behandling, remisjon og tilbakefall mange ganger. Det er ikke uvanlig med 10–12 slike runder i sykdomsforløpet. Dette kan være stressende, og det kan hjelpe å ha noen å snakke med om dette, både helsepersonell og andre. For noen kan det også føles godt å snakke med andre i samme situasjon. Gjennom Blodkreftforeningen kan man få kontakt med likepersoner, det vil si pasienter som har gått gjennom samme sykdom og behandling som du har.

## Pakkeforløp

Et pakkeforløp er et standard pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og den maksimale tiden de ulike fasene i forløpet bør ta. Formålet med pakkeforløp er at kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendige forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Fra 2016 er det utformet pakkeforløp for diagnostikk og behandling av myelomatose. Se [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) for mer informasjon om pakkeforløp.

### Forløpstider i pakkeforløp for myelomatose

Fra henvisningen er mottatt til behandlingen starter skal det ikke gå mer enn 30 dager. Tabellen nedenfor viser forløpstidene i pakkeforløpet. Forløpstidene er en rettesnor.

Forløpsbeskrivelse		Forløpstid
Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling		7 kalenderdager
Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas)		20 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Medikamentell behandling	3 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Medikamentell behandling	30 kalenderdager

## Hva skjer innen forskning?

Det er høy aktivitet innen forskning på nye medisiner som også blir tilgjengelig i Norge. Nye forskningsområder i behandling av myelomatose er såkalte bispesifikke antistoffer og CART celler. Begge disse er varianter av immunterapi som sørger for at T cellene (kroppens naturlige angrepsceller) bringes i nærheten av kreftcellene og dreper disse. Disse viser veldig lovende resultater.

### Kliniske studier

Før oppstart av behandling vil du ofte bli spurt om deltagelse i en klinisk studie. Dette er studier som sammenligner 2 medikamentkombinasjoner mot hverandre hvorav ett av medikamentene er helt nytt. Det er oftest loddtrekning mellom de 2 medikamentkombinasjonene som vil bli gitt til deg. Du har derfor 50% sjanse for å få det nye medikamentet, men vil uansett få forsvarlig og god behandling. En slik studie betyr at du kan få tilgang til et medikament som du ellers ikke ville fått, og det vil oftest være en fordel for deg. Du må imidlertid være klar over slike studier gjøres for å finne ut hvor bra den nye medisinen er. Det skjer også at den nye medisinen er dårligere enn antatt.

---

#### Innholdet bygger blant annet på disse kildene:

1. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne blodsykdommer 2021,
2. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for myelomatose 2015,
3. Store medisinske leksikon 2019

## Pasienthistorie

# Fikk myelomatose i 2008 – lever et godt liv i dag!

Siden Sigmund Hansen (78 år) ble behandlet med autolog stamcelletransplantasjon i 2008 har han levd et godt liv med diagnosen myelomatose. De jevnlige kontrollene gir både trygghet og litt nerver. – Kontrollene er en liten eksamen, som du håper å bestå hver gang.

Hver sjettemåned går Sigmund til kontroll. Til nå har resultatene vært fine, og han har tro på at det vil de høyest sannsynlig fortsette å være fremover også.

### **Symptomene på myelomatose var kamouflert**

Mange myelomatosepasienter sliter med ryggsmerte og oppsøker lege i den forbindelse før de får diagnosen.

– Jeg hadde også ryggsmerte, men fordi jeg hadde hatt dårlig rygg i flere år så ble mange av mine symptomer kamouflert.

Utover vinteren 2008 ble imidlertid smertene i ryggen så store at jeg fikk søvnproblemer. I tillegg ble jeg stadig slappere, jeg klarte så vidt å gå rundt huset, gikk ned i vekt og var på hyppige besøk hos legen. Jeg ble diagnostisert med diabetes 2, nok en faktor som var med på å kamuffere symptomene på myelomatose.



Sigmund ble imidlertid ikke bedre, og etter et besøk hos legen i mai samme år ble han lagt inn på sykehus omgående. Legen mistenkte at det dreide seg om myelomatose. På sykehuset ble mistanken raskt bekreftet med en benmargsprøve.

### **Engstelse ble snudd til håp**

Sigmund var i store smerter på det tidspunktet diagnosen ble stilt. Morfinen som lindret smertene gjorde at han husker lite fra akkurat den tiden.

– Men etter hvert ble det mindre morfin og jeg måtte forholde meg til en diagnose jeg aldri hadde hørt om før. Jeg ble selvfølgelig redd og man gjør seg mange tanker når man blir alvorlig syk. Det var også en voldsom belastning for mine nærmeste. I begynnelsen leste jeg en del på internett, for 11 år siden var ikke prognosene så gode – det var derfor mye engstelse de første månedene.

Heldigvis var legene positive og oppmuntrende, og Sigmund fikk etter hvert troen på at dette kunne gå bra.



### **Stamcelletransplantasjon og isolat**

Kort tid etter å ha fått diagnosen startet Sigmund opp med cellegiftbehandling, og formen ble raskt bedre. De neste ukene gjennom sommeren var han inn og ut av sykehus. Legene jobbet for å gjennomføre en autolog stamcelletransplantasjon, og det var viktig at han ikke fikk noen infeksjoner før stamcellene skulle høstes. Noen komplikasjoner ble det, blant annet fikk han en byll på tykktarmen, som til slutt endte med at han ble lagt inn og behandlet med en kraftig antibiotikakur over flere uker frem til stamcellene kunne høstes.

– I slutten av august fikk jeg høydose cellegift og så ble stamcellene overført. Jeg hadde null immunforsvar og lå flere uker på isolat på Fredrikstad sykehus. Behandlingen jeg fikk var vellykket og i etterkant så har det i grunn bare gått fremover.

### **Ser tilbake på behandlingen med positive følelser**

Underveis i sykdomsforløpet fikk Sigmund et tretthetsbrudd i ryggen, og han gikk ned 30 kilo.

– Bortsett fra dette har jeg ikke hatt så mange plager. Jeg merket litt til noe glemsomhet i starten etter behandlingen, en del ord ble borte for meg, men dette har bedret seg med tiden.

I dag lever Sigmund et godt liv. Et halvt år etter han var ferdig med behandlingen startet han opp med styrketrening og det har han fortsatt med siden. En time per uke, året rundt. Ellers holder han seg i form med å vedlikeholde hus og hage. Han har også vært aktiv likeperson i Blodkreftforeningen i flere år og hatt mange samtaler med andre blodkreftpasienter. Han ser tilbake på tiden rundt behandling med positive følelser.

– Jeg fikk en fantastisk behandling, det var en god opplevelse å bli kjent med alle de dyktige kreftbehandlerne i både Oslo og Fredrikstad – jeg fikk møte så mange fine mennesker!

# Blodkreftforeningen

Blodkreftforeningen er en landsomfattende organisasjon for personer som har eller har hatt en blodkreftrelatert sykdom, samt pårørende til disse.

## **Vårt hovedformål er å bidra til et bedre liv for våre medlemmer.**

Dette jobber vi for å påvirke gjennom interessearbeid overfor myndigheter og helsevesen og ved å spre kunnskap om blodkreft og Blodkreftforeningen til samfunnet. Formidling av informasjon til medlemmene og andre om framskritt og nye behandlingsmetoder og å sørge for informasjon til våre medlemmer, spesielt gjennom utgivelse av medlemsbladet I marginen, nettside og sosiale medier er også en av våre viktigste oppgaver. Vi er også til støtte, og driver likepersonarbeid for personer som har, eller har hatt blodkreftrelaterte sykdommer – samt pårørende til disse.

Årlig arrangerer vi flere diagnosespesifikke seminarer, både for de av våre medlemmer som tilhører diagnosegrupper som rammer mange, men også for de med mer sjeldne diagnoser.

Mer utfyllende informasjon om oss og likepersonstjenesten finner du på våre nettsider.



Sammen er vi sterkere – meld deg inn i Blodkreftforeningen på  
[www.blodkreftforeningen.no](http://www.blodkreftforeningen.no)

## **Kontakt oss:**

E-post sekretariatet:

**post@blodkreftforeningen.no**

Telefon sekretariatet:

**97 62 75 11** – telefonen besvares mandag-fredag kl. 09.00 - 15.00

Likepersonstelefonen:

**94 85 11 11** – telefonen besvares mandager mellom kl. 13.00 - 15.00 og torsdager mellom kl. 18.00 - 20.00

E-post likepersonstjenesten:

**likeperson@blodkreftforeningen.no**



Innholdet i denne brosjyren er kvalitetssikret av Anders Waage, professor emeritus ved NTNU og overlege ved St Olavs Hospital.

Brosjyren er utviklet med støtte fra Takeda, Myeloma Patients Europe, Novartis, AbbVie, Celgene og Amgen Oncology





**BLODKREFT**  
**FORENINGEN**

**Blodkreftforeningen**

Rosenkrantz' gate 7, 0159 Oslo

Telefon: 97 62 75 11

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

Følg med på vår hjemmeside, Facebook og Instagram for aktuelle nyheter, kurs- og seminarinfo, medlemstilbud med mer.



@ [blodkreftforeningen](#)

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