

pust

Diagnostiske metoder
s. **3** **VED LUNGEKREFT**



PUST

Lungekreftforeningen

Tullins gate 2, 0166 Oslo
Postboks 4 Sentrum, 0101 Oslo
Telefon: 04615
Faks: 22 86 66 10
E-post: lungekreft@kreftforeningen.no
www.kreftforeningen.no

Leder
Regine Deniel Ihlen

Kontonummer: 1503.09.26932

Design/layout
Gjerholm Design AS
Telefon 23 15 70 04

Forsidefoto
colorbox.no



Lungekreftforeningen

Tilsluttet:



Kreftforeningen

Lungekreftforeningen ønsker alle våre medlemmer en riktig god jul og et godt nytt år!

Hei alle sammen og takk for sist...

Nå er det over ett år siden vi ble stiftet på Vettre 9. november 2008 og jeg skriver min tredje leder i denne dobbeltutgave av PUST. Ett år allerede, det har gått veldig fort. Jeg føler at vi i styret allerede har lagt et godt fundament for det videre arbeidet i Lungekreftforeningen.

Årsmøtet ble markert med stand fra Lungekreftforeningen på Sykehuset Østfold. Jeg for min del var, sammen med Eva i styret, på Sykehuset i Buskerud. Der fikk vi et innblikk i behandlingslinjen for lungekreft. Behandlingslinjen dokumenterer prosessen fra mistanken intrefter til behandlingsplan er etablert. Dette vil vi skrive mer om i vår neste utgave av PUST.

November er lungekreftmåned internasjonalt. Styret i Lungekreftforeningen har vedtatt at 9. november vil bli den norske lungekreftdagen. Vi håper å kunne markere dagen flere steder i landet neste år.

Når jeg tenker ett år tilbake må jeg innse at det er mye som har skjedd i Lungekreftforeningen. Styret har hatt en bratt læringskurve. Vi har fått egen logo, vårt eget medlemsblad og sist men ikke minst er vi blitt assosiert medlem i Kreftforeningen. Det er viktig å ha Kreftforeningen å støtte seg til samtidig som det forplikter oss bla. til å være med på «Krafttak mot kreft» i uke 10 neste år. Jeg vil herved oppfordre alle om å melde dere som bøssebærere, hvis dere har tid og anledning.

Vi var åtte medlemmer på likemannsseminar på Soria Moria i regi av Kreftforeningen i august og vi arbeider nå for å sette i gang et kurs i likemannsarbeid i første tertial 2009. Vi håper å kunne tilby både kontakttelefon og besøkstjeneste i løpet av siste halvår 2010.

18. desember åpner Vardesenteret som du kan lese om på side 6-7. Vardesenteret skal ha et brukerkontor som er tenkt som en likemannstjeneste og formidler av informasjon om foreningene og deres tilbud. Jeg håper at mange av våre medlemmer vil ha glede av kontoret.

Tidspunktet for neste landsmøte er allerede bestemt. Merk datoene 24. og 25. april 2010 i deres agenda. Jeg håper å møte mange av dere igjen og regner med at stemningen vil bli like bra som i år.

Til slutt vil jeg ønske dere alle sammen en fredelig jul og et godt nytt år.



Regine Deniel Ihlen

Regine Deniel Ihlen, styreleder
Tidligere pasient (53), Oslo

Diagnostiske metoder VED LUNGEKREFT

TEKST: CAMILLA M.T. SAGERUP, LEGE OG STIPENDIAT KREFTKLINIKKEN/AVDELING FOR GENETIKK OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS RADIUMHOSPITALET

Lungekreftepidemien

Lungekreft er den mest vanlige kreftformen i Norge, og på verdensbasis er det anslått at om lag 1.3 millioner mennesker rammes av sykdommen årlig. I Norge diagnostiseres nå mer enn 2500 personer av lungekreft hvert år. Sammenlignet med 20 år tilbake i tid, har forekomsten av lungekreft i Norge økt med over 60 %.

Som tidligere er flesteparten som får diagnosen menn. Fordelingen mellom menn og kvinner er likevel i ferd med å utjevnes, da antall lungekrefttilfeller hos kvinner har økt med over 160 % de siste 20 årene. Går utviklingen i samme retning i tiden fremover, får like mange kvinner som menn lungekreft innen 2016.

Fire av ti pasienter med lungekreft har utbredt sykdom når diagnosen stilles. Med utbredt sykdom menes at kreftcellene har spredd seg til andre organer i kroppen, som for eksempel skjelett eller lever. Selv med positiv utvikling i behandlingstilbudet, er sen diagnostisering allikevel den største faktoren som bidrar til at pasienter med lungekreft generelt har dårligere langtidsoverlevelse enn mange andre kreftformer.

Klarer vi å øke andelen av pasienter som oppdages i et tidligere stadium av sykdommen, vil det ha positiv innvirkning på overlevelse. Vi har da mulighet til å fjerne svulsten helt, enten ved hjelp av kirurgi eller strålebehandling.

Konvensjonelle diagnostiske metoder

Hvilke diagnostiske metoder kan vi nå benytte oss av for å oppdage lungekreft i tidlig fase av sykdommen?

Røntgenundersøkelse av lungene er et svært nyttig verktøy. Det er lett tilgjengelig, og har lav stråledose. Mange lungekrefttilfeller i tidlig stadium blir også oppdaget ved hjelp av denne metoden, ofte tilfeldig i forbindelse med kontroll etter luftveisinfeksjon.

Computertomografi (CT) er en mer detaljert billedundersøkelse av lungene som har vært i utstrakt bruk i Norge siden midten av 80-tallet. CT-maskinen bruker vanlige røntgenstråler, med røntgenapparatet montert på en trommel som roteres rundt pasienten. Mens røret går rundt blir pasienten flyttet gjennom apparatet, slik at forskjellige områder blir undersøkt. Maskinen tar bilder av kroppen fra mange vinkler, og en datamaskin samler så disse

til et avansert røntgenbilde. Det lages snittbilder som skiver av kroppen, og moderne maskiner kan også lage tredimensjonale bilder. Metoden har bidratt til en mer korrekt diagnostisering av sykdomsutbredelse hos lungekreftpasienter. For å avgjøre om pasienten kan opereres, må det avklares om sykdommen har spredd seg til lymfeknutene, og dette krever ofte at man tar vevsprøver fra brysthulen.

Nyere diagnostiske metoder

I løpet av de siste årene har vi sett store fremskritt innen flere områder av diagnostikken av lungekreft som gir grunn til optimisme. Lavdose spiral CT er forskjellig fra konvensjonell CT i det den gir en noe lavere stråledose, og det er ikke nødvendig med kontrastmiddel i venen under undersøkelsen. Prosedyren tar dermed kortere tid og kostnaden og stråledosen overskrider ikke vanlig røntgen undersøkelse, som er et viktig poeng ved vurdering av metoder til screeningundersøkelser av lungekreftpasienter. Ved bruk av spiral CT kan man se svulster om lag halvparten så små som svulster godt synlige ved vanlig røntgenundersøkelse. Slike svulster kan derimot være så små at man ikke kan ta celleprøver, og må følges opp med flere billedundersøkelser for å se om de vokser eller forblir uendret.

PET er en forkortelse for positron-emisjons-tomografi. Undersøkelsen gjør det mulig å måle fordelingen i kroppen av et stoff som man har injisert i blodet. Det er mulig fordi stoffet som injiseres inneholder radioaktive atomer, og strålingen fra disse kan registreres fra utsiden av kroppen. Metoden brukes i dag rutinemessig ved kreftdiagnostikk og det vanligste stoffet som brukes er en radioaktiv variant av druesukker. Man baserer seg på at kreftceller i større grad enn andre celler forbruker sukker og dermed vil lyse opp på PET bildet.

Apparatet som brukes til undersøkelsen kalles PET-skanner. Når undersøkelsen kombineres med CT, kalles det PET/CT-skanner (fig.1). CT-undersøkelsen gir nøyaktige snittbilder av organene inne i kroppen, men kan i liten grad fortelle hva slags vev man ser. I det kombinerte apparatet skjer det en automatisk billedsammensmelting mellom PET- og CT-bildene.

Bruken av PET ble først innført i Norge i 2006, men er allerede godt etablert i lungekreftutredning. Undersøkelsen har mange nytteverdier. I utredningsfasen brukes undersøkelsen til å skille

godartet fra ondartet vev, og påvirker beslutningen om hvilken behandling som er best for pasienten. Senere i behandlingsforløpet kan PET-undersøkelsen brukes til å se om behandlingen pasienten får er formålsnyttig.

EBUS, eller endobronkial ultralyd, er en metode som ble aktivt tatt i bruk i utredningen av lungekreftpasienter i 2006. Det er en mer skånsom metode for vevsuthenting enn tidligere metoder, og dermed tilgjengelig for flere pasienter. Ultralydprober blir brukt til å undersøke hvor langtkommen sykdommen er hos pasienter hvor det ikke finnes tegn til sykdomsspredning utenfor brysthulen. Med større sikkerhet vet man dermed hvilke pasienter som egner seg for operasjon av lungesvulsten og unngår at de som ikke har gevinst av et slikt inngrep ikke blir unødig operert.

Autofluorescensbronkoscopi er en metode som ikke er i rutinemessig bruk i Norge per dags dato. Hva skiller denne metoden fra standard bronkoscopi, som nå brukes i diagnostikk av lungesvulster i Norge? Ved bronkoscopi brukes et fleksibelt fiberoptisk rør med et kamera som gjør at undersøkeren kan se innsiden av luftrørene på en skjerm. Det er en god undersøkelse for å se utbredelsen av en svulst, men er ikke like sensitiv til å finne svulster i lungene. Ved autofluorescensbronkoscopi blir derimot svulster selvlysende (fluorescerende), og lyser opp slik en svart lyspære gjør lyse artikler selvlysende i et mørklagt rom (fig.2).

Denne metoden har om lag 50 % større sannsynlighet for å finne tidlig lungekreft enn standard bronkoscopi, samt muligheten til å finne svulster så små at de ikke er synlige ved vanlig røntgenundersøkelse eller CT. En potensiell fremtidig bruk av denne metoden er screening av pasienter som har gjennomført operasjon,



Fig. 1: PET/CT skanner. I det kombinerte apparatet skjer det en automatisk bildesammensmelting mellom PET- og CT-bildene.

for å finne restsvulster eller tilbakefall i et tidlig stadium hvor pasienten fremdeles kan opereres på nytt.

Undersøkelsen har også sine begrensninger. Størrelsen på skopirøret gjør at de minste luftrørene i lungens ytterkanter ikke kan undersøkes, og svulster som ligger i disse områdene vil dermed ikke bli oppdaget. Autofluorescensbronkoscopi har i utenlandske studier vist å være en interessant metode for å komplettere spiral-CT i lungescreening.

Diagnostiske metoder klinikere har tilgjengelig bidrar til en mer korrekt inndeling av sykdomsforløpet og bedre forutsetning for skreddersydd behandling. Vi kan dermed bidra til å forhindre at pasienter enten over- eller underbehandles.

Allikevel har vi utfordringer foran oss, blant annet å oppdage sykdommen på et tidligere tidspunkt og å bedre behandlingen vi gir pasienter med langt kommet sykdom.

Lungekreftscreening

I Norge har lungekreftscreening vært debattert. Hva er screening? Det er en systematisk bruk av en diagnostisk test for å identifisere sykdomstilfeller. Vanligvis gjøres den populasjonsbasert, dvs at man retter undersøkelsen mot grupper som er vurdert til å ha en risiko for sykdommen man ønsker å screene for, som for eksempel brystkreftscreening ved regelmessige mammografiundersøkelser hos kvinner over 45 år.

Hensikten med screening hos denne pasientgruppen, er å fange opp pasienter med lungekreft med begrenset, operabel sykdom. Hvem kvalifiserer for screening? Den største risikogruppen for utvikling av lungekreft er eldre, mangeårige røykere. Vi ser derimot også at en betydelig andel pasienter med liten eller ingen røykehistorie får lungekreft. Det er viktig å fange opp denne gruppen pasienter, da de sannsynlig har de beste forutsetningene for å tåle aggressivt rettet behandling med helbredelse som siktemål.

Utenlandske studier har vist at opptil 1 av 5 kvinner som får lungekreft aldri har røykt. I 2003 fikk helsedepartementet en søknad om å igangsette en screeningundersøkelse av lungekreftpasienter i Norge basert på bruk av spiral CT. På bakgrunn av studier med pasienter vurdert i en risikogruppe for lungekreft, har man imidlertid ikke klart å påvise redusert dødelighet hos disse pasientene. Det innebærer at det var like mange pasienter som døde med kreftdiagnosen selv om det ble oppdaget flere krefttilfeller hvor sykdommen var begrenset. Dette kan tyde på at ikke alle lungekreftsvulster ter seg likt, noen av disse svulstene kan ha et saktevoksende vekstmønster, og fører sannsynligvis ikke til livsforkortelse for pasienten.

Hittil har en svakhet ved flere av disse studiene vært mangelen på kontrollgruppe for å sammenlikne forekomst og overlevelse av lungekreft. Hvor mange personer dør med og ikke av den påviste lungesvulsten? Er årsaken til at man lever lenger med kreftdiagnosen at man simpelthen flytter diagnosetidspunktet? Det pågår nå flere studier som undersøker nettopp dette.

Skreddersydd kreftbehandling

En av utfordringene fremover er derfor å utvikle nye metoder for tidlig diagnostikk av lungekreft og å identifisere forandringer som sier noe om hvordan svulsten vil utvikles. Hva er den beste behandlingen for akkurat den type svulst?

Selv om vi vet hvilken celletype svulsten består av, er det ikke nødvendigvis nok informasjon til å velge riktig behandling. Forskjellige molekylære karakteristika i kreftcellen kan også si noe om hvilken cellegift som er den beste for akkurat den pasienten. Eksempelvis har vi sett at svulster hos kvinnelige ikke-røykere reagerer ulikt på en viss type cellegift enn for svulster hos mannlige røykere som får den samme behandlingen.

Alle mennesker har samme basis-sett av gener. Forskjellen mellom oss kommer av små variasjoner i disse genene. Det faktum at kun 10 % av alle røykere får lungekreft forteller oss at mennesker reagerer ulikt på samme type eksponeringer. Forklaringen på dette kan ligge i våre gener, men vår kunnskap om dette er fremdeles mangelfull. En forståelse av hva som skjer i genene ved sykdomsutvikling vil kunne gi større innsikt i hvordan vi kan forebygge og behandle sykdom. Gir ulike genvarianter større risiko for lungekreft? Hvilken betydning har ytre miljøpåvirkning?

Ettersom ny teknologi gjør det mulig for oss å utforske stadig mer kompliserte mekanismer i en celle, øker vår forståelse av utviklingen av kreft. Vi ser for oss en fremtid innen kreftbehandling hvor vi vil kunne identifisere og forebygge sykdommer før de kommer til uttrykk, finne nye angrepspunkter for medikamenter og gi en enda mer effektiv og skånsom behandling basert på molekylære analyser av kreftcellene hos hver enkelt pasient. Vi forventer at slik individualisert behandling av sykdom vil bidra til økt overlevelse av pasienter rammet av kreft.

Veien videre

Selv om vi nå ser en spennende utvikling i diagnostisering og behandling av lungekreft, er det rom for ambisjoner om ytterligere forbedring. Vi som forsker på lungekreft vil bruke årene fremover til nettopp dette. Da det per dags dato ikke finnes en validert test for tidlig oppdagelse av lungekreft, har standard tilnærming

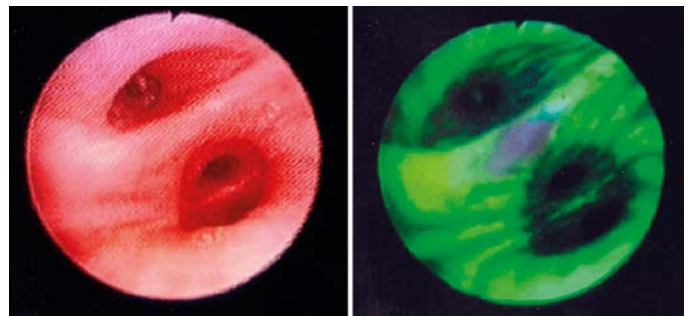


Fig. 2: Ved autofluorescensbronkoskopi blir svulster selvlysende (fluorescerende).

vært å vente på symptomer og deretter starte utredning. Metoden for tidlig diagnostikk av lungekreft bør være enkel å bruke, billig og lett tilgjengelig for å kunne rekke ut til en stor pasientgruppe.

Vi håper å kunne finne en metode hvor man ved hjelp av en enkel blodprøve vil kunne si noe om sannsynligheten for at en pasient vil komme til å utvikle lungekreft. Når man har kreft, "lekker" stoffer fra kreftsvulsten ut i blodet. Stoffene kalles biomarkører, og har ofte egenskaper som kan knyttes direkte til kreftsykdommen.

Mengden av slikt stoff i blodet kan gi et bilde av hvor langt kreftsykdommen har utviklet seg. Jo tidligere man oppdager kreftsykdommen, desto større er muligheten for vellykket behandling. Gode biomarkører vil også kunne brukes til å overvåke sykdom og se effekten av behandling.

Slike markører har også potensial for å nyttiggjøre verdien av for eksempel spiral CT på en helt annen måte. Man kan omgå problemet som oppstår når man finner små svulster som man ikke kan si noe om uten å ta vevsprøver av pasienten. Ved å ta en samtidig blodprøve som måler markører på lungekreft i blodet, kan man bestemme om man trenger å gå videre med mer utredning av pasienten.

Kreftforskningen går en spennende tid i møte, og vi håper å kunne bidra til nyvinninger som nyttiggjør redskaper vi allerede har tilgjengelig på en mer effektiv måte, og kanskje finne nye redskaper i kampen mot kreften. Å avdekke flere av svulstcellenes spesifikke egenskaper ser ut til å være nøkkelen til en skreddersydd pasientbehandling - fremtiden innen lungekreftbehandling.

Minnegaver

Lungekreftforeningen får fra tid til annen minnegaver. Det hender at avdøde eller etterlatte ønsker at det skal gis en pengegave til det arbeidet som vår foreningen driver istedet for blomster.

De midlene som Lungekreftforeningen mottar i 2009 vil gå til opplæring av likemenn. Minnegaver settes inn på følgende kontrnr. 1202.31.61298.

EN VARDE FOR KREFTOMSORGEN

Kreftforeningen og Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet etablerer «Vardesenteret» for kreftrammede og pårørende i desember 2009.

Varde er for de fleste kjent som steinkonstruksjoner plassert på høyder i terrenget med utsikt. Konstruksjonene var i sin tid plassert som siktemerker for kartlegging av landskapet. I nyere tid er en Varde ansett som møteplass og vegmerke.

«For mange representerer en Varde trygghet som forteller hvor man er, at noen har vært her før, samtidig som det er en veiviser for veien videre. Og det er det Kreftforeningen og Oslo universitetssykehus er i ferd med å skape. En Varde for kreftrammede som også skal være retningsgivende for fremtidens kreftomsorgstilbud», uttaler Anne Lise Ryel, generalsekretær i Kreftforeningen.

Vardesenteret, som vil være samlokalisert med det nye sykehotellet, vil inngå som en del av et komplett kreftsenter ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet og forventes ferdigstilt 18. desember 2009.

Tidligere kreftpasient, Birgitte Bø, er svært fornøyd med etableringen og navnet Vardesenteret;

«Å bli kreftrammet er å bli kastet ut i et ukjent og skremmende landskap. En Varde å navigere etter er kanskje det man trenger mest. Det gir håp, trygghet og mulighet til å orientere seg.»

Vardesenteret har som formål å være arena og møteplass for kreftrammede, pårørende og helsefaglig personell med aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring. Kreftrammede skal kunne motta informasjon, støtte og veiledning, ta del i aktiviteter, møte likesinnede, eller bare ha et sted å hvile/finne ro.

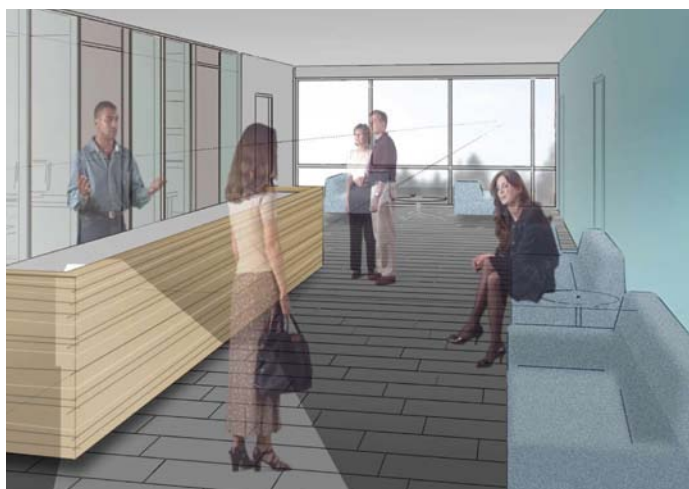
Interaktive tilbud

Det legges vekt på at senterets tilbud ikke bare skal være begrenset til de som er fysisk tilstede.

Det vil på sikt utvikles interaktive tilbud på senterets nettside slik at alle kreftpasienter kan ta del i både videoforelesninger og aktiviteter, selv om de befinner seg i andre deler av landet.



Vardesenteret, det nye sykehuset ved Radiumhospitalet.



Resepsjonen.



Restauranten i 5. etg.

Første i Norge

Sigbjørn Smeland, sjef for kreftklinikken på Radiumhospitalet, tror at etableringen av kreftsenteret vil gi kreftsaken et nasjonalt løft. Senteret er det første i sitt slag i Norge.

«At et helseforetak inngår et forpliktende samarbeid med en interesseorganisasjon som Kreftforeningen er banebrytende arbeid. Det gir større bredde og utvidet handlingsrom med store muligheter til å skape synergier».

Økt satsning på fysisk aktivitet og ernæring med støtte fra Eckbos legater

Studier viser at fysisk aktivitet og kunnskap om kosthold er av stor betydning for rehabilitering av kreftpasienter.

«Med betydelig bistand fra Eckbos legater under etableringen av senteret har vi fått mulighet til å øke satsingen på disse områdene.», sier Stein Bruland, prosjektsjef for senteret.

Senteret vil få både treningsarealer og eget instruksjonskjøkken som skal kunne brukes av besøkende. Bruland legger til at det er lagt stor vekt på «hjemlige» og hyggelige omgivelser med farger og interiør som fremmer det sunne og friske.

Øvrige satsingsområder vil blant annet være pasientrettet forskning, rehabilitering og likemannsarbeid (råd og veiledning fra pasient til pasient.)

For ytterligere informasjon, ta kontakt med prosjektsjef Stein Bruland, e-post: stein.bruland@kreftforeningen.no

Landsmøte/årsmøte 2010

Landsmøte/årsmøte for Lungekreftforeningen vil bli avholdt på Thon Hotel Linne i Oslo 24. - 25. april 2010.

Vi vil komme tilbake med nærmere informasjon og påmelding.

Red.

Tilbud til lungekreftpasienter i regi av Kreftsenteret Ullevål, Oslo universitetssykehus

Over mange år har Kreftsenteret arbeidet med et variert kurs og mestringstilbud for de kreftpasienter som får sitt behandlingstilbud ivaretatt her hos oss. Jeg vet at tilbudet til kreftpasienter mht. de kurs og tilbud som jeg nevner nedenfor ikke er likt i vårt lange land. Det er gjerne de største regionsykehusene som har et tilbud i større eller mindre grad av det jeg beskriver. Tilbudene kommer ofte i gang fordi det finnes ildsjeler lokalt som drar dette i gang, mange av disse har fått god hjelp fra Kreftforeningen.

AV: KJERSTI HORNSLIEN, SEKSJONSOVERLEGE LUNGEKREFTENHETEN, KREFTSENTERET ULLEVÅL.

Cirka 2 ganger årlig er det kurs om de vanligste kreftformene. I lungekreftkurset går vi gjennom forekomsten av lungekreft, årsaker til lungekreft og de vanligste behandlingsformene. Kurset er både for pasienter og pårørende. Kurset er lagt opp på en slik måte at alle som deltar har mulighet til å stille spørsmål underveis, er det noe som en tilhører lurer på så er det alltid også en annen i publikum som lurer på det samme.

Det arrangeres også hvert halvår et kurs om «Hvordan håndtere en vanskelig livssituasjon». Hvert kurs er på 4 møter, det er 12-15 deltakere på hvert kurs. Kursene er ikke diagnosespesifikke.

Tema underveis i kurset er:

1. Om å ha diagnosen kreft
2. Hvordan hente styrke i sykdomstiden
3. Veien videre

Deltagerne har hjemmeoppgaver. En slik oppgave er for eksempel å se etter positive opplevelser i hverdagen. Dette kurset er både for pasienter og pårørende.

Vår psykolog og fysioterapeut arrangerer sammen et kurs to ganger i året som tar for seg Stressmestring. Hvert kurs er på seks møter, det er 15-17 deltakere på hvert kurs. Dette kurset fokuserer på å lære metoder for å være mer tilstede her og nå.

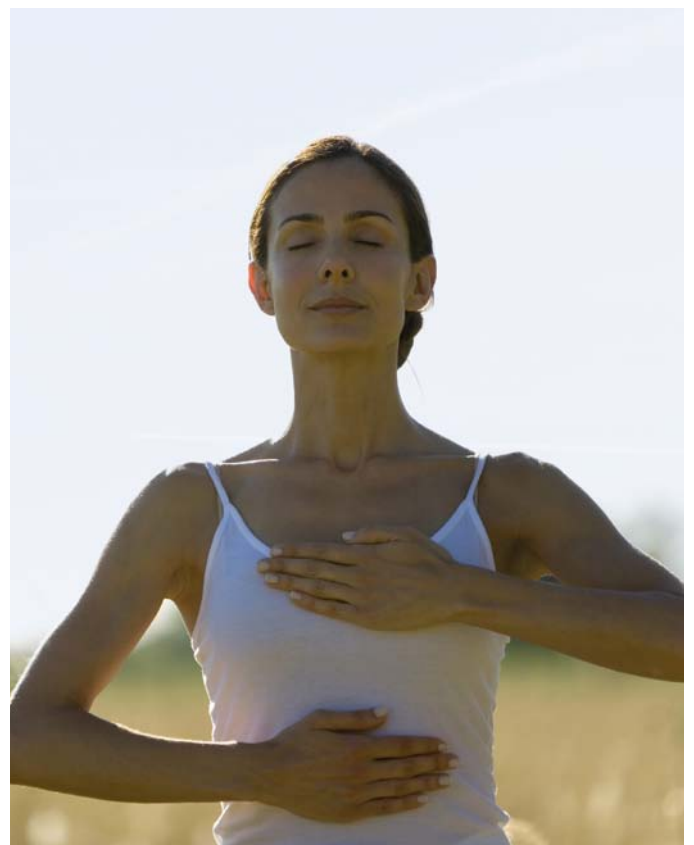
Det gis opplæring i oppmerksomhetsstrening med mål om å gi sinnsro når du som kreftsyk eller pårørende trenger det i en vanskelig livssituasjon. Det jobbes med pusteøvelser, og det er hjemmeoppgaver mellom hver kurskveld. Kurset er både for pasienter og pårørende.

Psykologen tilbyr også enesamtaler for både pasienter og pårørende. Det er behandlende lege som henviser til samtale. Dette er et korttidstilbud, det vil si at hver klient får maksimum 3-4 samtaler.

Mindreårige barn som er pårørende har en mulighet for deltakelse i et gruppesamtale-tilbud i samarbeid med andre avdelinger på Ullevål. Det er behandlende lege som henviser til dette.

Fysioterapeuten har flere tilbud fra vårt eget trimrom, Pusterommet. Her er det mulig med individuelt tilrettelagt trening, samt gruppetrening. Det arrangeres også gå-grupper utendørs. Tilbudet er både for pasienter og pårørende.

Vår sosionom og ernæringsfysiolog arrangerer regelmessig kurs med henblikk på trygderettigheter og ernæring. Det er også mulig å bli henvist til enesamtaler hos begge.



Foreningens markering av 1-årsdagen for stiftelsen



Alf Gullik Hansen og hans datter Monica Hansen Langedal hadde stand på Sykehuseet Østfold i anledning 1-årsdagen for stiftelsen. Standen viste seg å være effektiv og de fikk kontakt med en del pasienter som var interessert i å vite mer om Lungkreftforening. Det kommer mer om dette i neste nummer.



Kurs på Montebello-Senteret

Mestringskurs - for diagnosegrupper

Målgruppe er alle som har eller har hatt kreft, med eller uten pårørende/nærstående. Temaer er tilpasset diagnose, og handler om kreftsykdommen, fysisk aktivitet, psykiske reaksjoner, ernæring og om sosiale støtteordninger. Gruppesamtaler og sosialt samvær gir rom for erfaringsutveksling og refleksjon.

Kurs for lungekreft

Kurs 4b 30. januar - 05. februar

Kurs 18a 08. - 14. mai

Kurs 33b 21. - 27. august

Gå inn på www.montebello-senteret.no så kan dere lese mer om oss eller ta kontakt:

E-post: post@montebello-senteret.no

Telefon: 62 35 11 00

Faks: 62 35 11 98

Inntakskontoret er åpent for telefonhenvendelser mellom kl 09.00-11.00 og kl 12.00-14.00 på alle hverdager.



Seminar om likemannsarbeidet 28.-30. august 2009

Erfaringsutveksling og kunnskapsoverføring

Et godt, systematisk likemannsarbeid bidrar til bedre livskvalitet for pasienter og pårørende. Omfanget av likemannsarbeidet og måten det er organisert på, varierer blant de 12 pasient- og likemannsorganisasjonene som er assosierte medlemmer av Kreftforeningen. For de fleste vil det være noe å hente ved å utveksle erfaringer og tanker på dette området. Derfor var alle pasient- og likemannsorganisasjonene invitert til seminar på Soria Moria Hotell og Konferansesenter den siste helgen i august.

Seminalet var et samarbeidsprosjekt der programmet var utformet av en komité bestående av representanter for pasient- og likemannsorganisasjonene, mens Kreftforeningen ledet prosjektet og sto som teknisk arrangør. Seminalet ble finansiert av Kreftforeningen.



Bak, fra venstre: Ivar Nummedal, Elisabeth Kolflaath Semprini, Per Bjerve, Alf Gullik Hansen, Anne Grethe Pettersen
Foran, fra venstre: Esther Ryberg, Agnetha Solbakken Taksdal, Regine Deniel Ihlen, Randi Nummedal

Hvorfor et felles seminar?

Hensikten var å utvikle og kvalitetssikre likemannsarbeidet gjennom formidling av kunnskap, relasjonsbygging og erfaringsutveksling. Et av premissene for samlingen var at det skulle være foreningenes seminar med rikelig tid til diskusjon deltakerne imellom.

Gjennom foredrag og diskusjoner ble deltakerne invitert til å enes om en felles forståelse av begrepene likemann og likemannsarbeid. Bennedichte Olsen, førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo, ga en innføring i likemannsbegrepet og rammene rundt det. Likemannsarbeidet skiller seg ut fra foreningenes medlemsrettede aktiviteter ved at det er en organisert samhandling mellom personer som opplever å være i noenlunde samme livssituasjon, og hvor samhandlingen har som mål å være til hjelp, støtte og veiledning partene imellom.

Hva som skal til for å utvikle og drive likemannsarbeid av god kvalitet, stod i fokus for hele samlingen. Deltakerne fikk rikelig med tid til å fordype seg i ulike problemstillinger knyttet til bl.a. form (besøktjeneste, kontaktttelefon, selvhjelpsgrupper osv.), rekruttering, opplæring og markedsføring.

Utenom det oppsatte programmet var det også satt av tid til Sigbjørn Smeland, sjef for Klinikk for onkologi ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Han pekte på likemannsarbeidet som en integrert del av den helhetlige kreftomsorgen samtidig som han understreket sykehusets behov for visshet om at likemannsarbeidet som tilbys, er av god kvalitet.

Sterkest inntrykk på mange gjorde likevel den innledende dialogen mellom en kreftlege, en likemann og en kreftpasient.

Dialogen bidro til å understreke hva det til syvende og sist handler om: Hvordan en ut fra ulike ståsteder, og med respekt for hverandres erfaringer og kompetanse, kan bidra til at pasienten (og pårørende) takler sykdommen så godt som mulig.

Veien videre

Seminalet ble svært godt mottatt av så vel de nye foreningene som av de veletablerte. Tilbakemeldinger underveis og evalueringen i etterkant viser at deltakerne opplevde samlingen som viktig, og at den bidro til å øke oppmerksomheten rundt de utfordringene likemannsarbeidet stiller.

Gjennom seminalet er det lagt et godt grunnlag for videre utvikling av likemannsarbeidet til beste for både pasienter og pårørende.

KRAFTTAK MOT KREFT 2010



Mona kjemper for livet

– og for noen du er glad i

Håp er helt avgjørende for å bekjempe kreft. Og det er godt grunnlag for håpet – i dag overlever seks av ti som får kreft.

Men noen pasienter får den tunge beskjeden: at det ikke er mer som kan gjøres for dem. For denne gruppen kan det eneste håpet være nye behandlingsformer som fortsatt er under utvikling. Årets Krafttak mot kreft handler om å gi disse menneskene en ny mulighet i Norge. Mer penger til utprøvede behandling vil også føre til at nye kreftmedisiner og behandlingsmetoder tas raskere i bruk. Dette vil komme alle kreftpasienter til gode.

Utprøvede behandling betyr en ny sjanse for den enkelte – og bedre behandlingsmetoder for oss alle.



BLI MED PÅ KRAFTTAK MOT KREFT 2010

I mars hvert år har Kreftforeningen en landsomfattende innsamlingsaksjon - Krafttak mot kreft. Midlene som samles inn fra givere i hele Norge går hvert år til et konkret formål, som skal komme kreftpasienter til gode.

I 2010 har Kreftforeningen valgt «Utprøvede behandling» som tema for Krafttak mot kreft. Utprøvede behandling er nye typer kreftbehandling som testes ut på mennesker for første gang. Denne behandlingen er helt nødvendig for å undersøke og teste nye og lovende produkter før de blir godkjent som legemidler. En økt oppmerksomhet og pengeinnsamling til dette formålet kan forhåpentligvis hjelpe til på veien mot at flere norske kreftpasienter får muligheten til utprøvede behandling, og at nye kreftmedisiner og behandlingsmetoder etter hvert kan tas i bruk som en del av standard behandling. En viktig jobb for Krafttak mot kreft setter i gang er å få på plass flest mulig bøssebærere og lokale innsamlingskomiteer rundt i landet.

Bli bøssebærer

Vil du bruke et par timer på dugnadsarbeid for Kreftforeningen i uke 10, er du hjertelig velkommen som bøssebærer. Eller kanskje du vil være sjåfør, steke vafler eller telle penger? Ved å sette av et par timer yter du et stort og viktig bidrag, og det finnes alltid en måte du kan hjelpe til på.

Vinterlyd

For å skape størst mulig oppmerksomhet rundt Krafttak mot kreft samarbeider Kreftforeningen med P4. Sammen arrangerer de en landsomfattende konsertturné - «Vinterlyd». Kjente artister stiller opp hvert år, og reiser sammen til sju byer fra sør til nord i Norge og holder gratis utendørskonsserter. På P4 kan du høre daglige radiosendinger om Krafttak mot kreft og stemningsrapporter fra Vinterlyds konsertsteder i hele uke 10.

Ta kontakt med Siri Vindal i Kreftforeningen hvis du ønsker å gå med bøsse eller bidra på annen måte. E-post: Siri.Vindal@kreftforeningen.no Telefon 415 89 043

Teks: Hege Fantoft Andreassen, Kreftforeningen



Innmelding

Ja, jeg vil bli medlem i Lungekreftforeningen. Årskontingenten er kr 200,- pr. år.

Jeg er: Pasient/tidligere pasient Pårørende Annet

Navn:

Adresse:

Postnr.: Poststed:

Telefon: Mobil:

E-post:

Fødselsdato:

Underskrift:

Innmeldingsblanketten sendes til: Lungekreftforeningen, Pb. 4 Sentrum, 0101 Oslo, eller du kan registrere deg på www.lungekreftforeningen.no. Du kan også sende e-post til: lungekreft@kreftforeningen.no, eller ringe telefon 04615.

Du kan også gi din støtte på følgende kontonummer:

Medlemskapskonto: 1202.31.61247

Minnegavekonto: 1202.31.61298

Du finner mer informasjon om foreningen på www.lungekreftforeningen.no



Lungekreftforeningen

I samarbeid med:

