

Solide svulster hos barn og ungdom

Symptomer, behandling og oppfølging



Solide svulster hos barn og ungdom

Når barn og ungdom får kreft vil det påvirke hverdagen både til barnet og familien i stor grad. Behandling av kreft er krevende og langvarig. Denne brosjyren er skrevet for å gi et innblikk i de utfordringene som venter når et barn eller en ungdom får kreft. En slik brosjyre kan aldri få plass til alle spørsmål og tanker man lurer på, men vårt ønske har vært å formidle faktaopplysninger om de enkelte krefttypene og behandlingen.

I brosjyren har vi vektlagt informasjon vi erfarer at foreldre og nettverk rundt barnet lurer på. Det er også viktig å huske på at ingen familier er lik, og at alle familier vil ha sine egne erfaringer og opplevelser når et av barna i familien får en kreftdiagnose.

Informasjonen i denne brosjyren har som hensikt å være gjeldene over tid. Derfor har vi utelatt enkelte detaljer. Vi vil også oppmuntre deg til å se på nettsidene til Barnekreftforeningen og Barnekreftportalen, der informasjonen til enhver tid er oppdatert.

Denne brosjyren vil omtale de vanligste solide svulstene. Disse er nevroblastom, Wilms tumor, rhabdomyosarkom, osteosarkom, Ewing sarkom, og retinoblastomer.

→ Les videre for å lære
mer om kreftsvulster.



Hva menes med kreftsvulster?

Barn og ungdom får andre typer kreft enn voksne. De to største gruppene er akutt leukemi (blodkreft) og svulster i sentralnervesystemet (hjerne og ryggmarg) som står for cirka en tredjedel hver.

Den siste tredjedelen er kreftsvulster som vokser i andre organer enn i sentralnervesystemet. De kalles også ofte for solide svulster, og det er disse vi skal gå nærmere inn på i denne brosjyren.

Slike svulster, eller «kuler», er satt sammen av ond-artede celler, og de vokser vanligvis gradvis, noen sakte, noen ganske raskt. De kan vokse ut fra mange forskjellige steder i kroppen, de kan være store eller små, og de kan være «snille» eller mer aggressive. Behandlingen avhenger av hvilken type svulst det er.



Hvilke typer kreftsvulster finnes hos barn og ungdom?

Svulstene oppstår ofte fra forskjellig vev i kroppen både fra bindevev eller beinvev, og fordi dette finnes i mange deler av kroppen kan svulstene vokse ut fra flere steder.

Dette er en forskjell fra kreft hos voksne, hvor kreftsvulsten ofte opptrer i helt bestemte organer som prostata, tarm og lunge for å nevne noen. Hos barn vil beliggenheten i kroppen i beste fall gi en pekepinn om hvilken type svulst det kan dreie seg om, men det vil aldri være nok for å komme frem til korrekt diagnose. Vi må derfor alltid ha en vevsprøve fra svulsten, også kalt biopsi, for å stille en sikker diagnose.

Kreftsvulster kan opptre praktisk talt overalt i kroppen, og symptomene vil derfor variere veldig. De fleste symptomer kan også forekomme i andre sammenhenger – og oftest er de ikke tegn på kreft.

De viktigste former for kreftsvulster hos barn og ungdom



Nevroblastom

Nevroblastom er en sjelden svulst, med færre enn 10 tilfeller i Norge per år.

Svulsten utgår fra det viljestyrte nervesystemet, og fins først og fremst i binyrene, men også i nerveknutene langs ryggssøylen. Nevroblastom er hyppigst i de to første leveårene og er sjelden etter barnealderen. Over to tredjedeler av pasientene har spredning av sykdommen.

Nevroblastom er en gåtefull sykdom – den kommer i mange former, som kan være «snillere» eller mer aggressive. Hos spedbarn, som ofte har en «snill» form av svulsten, ser vi noen ganger at svulsten forsvinner av seg selv, mens eldre barn med tilsynelatende samme utbredelse, krever intensiv behandling for å ha en sjanse for helbredelse. Forskning har vist at det fins forskjellige markører som forteller noe om hvor aggressiv svulsten er. Den viktigste faktoren er n-myc-genet. Hvis forekomst av n-myc er økt, er prognosen dårligere. Spedbarn mangler ofte, men ikke alltid, disse ugunstige faktorene.

Typiske symptomer er anemi (lav blodprosent), slapphet, vekttap, feber eller unormalt mye svetting, i sjeldnere tilfeller også høyt blodtrykk. Ofte er første symptom en kul i buken som kan sees eller kjennes. Hvis sykdommen har spredt seg

forekommer skjelettsmerter, blødninger rundt øyne og benbrudd uten skikkelig traume på forhånd. Lammelser kan tyde på trykk på nerver eller ryggmarg.

Diagnosen stilles ved hjelp av bildeundersøkelser som MR og CT, biopsi og funn av typiske tumormarkører. De fleste nevroblastomer skiller ut adrenalinstoffer (katekolaminer) som kan påvises i urinen. I tillegg finnes typiske markører i blodet. Beinmargsundersøkelse er også viktig, da kreftcellene kan spre seg til beinmargen.

Behandlingen er avhengig av om svulsten er «snill eller aggressiv», av utbredelsen og faktorer som n-myc. Kirurgi er den viktigste behandlingen og ved lokaliserte svulster uten risikofaktorer er kirurgi tilstrekkelig. Andre trenger kirurgi og noe cellegift. Ved utbredt sykdom må man kombinere intens cellegiftbehandling og kirurgi med høydosebehandling med autolog stamcellestøtte, hvor barnets egne stamceller brukes (HMAS), i tillegg til bestråling og immunologisk vedlikeholdsbehandling.

Nevroblastom anses som en spesielt vanskelig barnekreftform, men overlevelsen har økt betydelig. Prognosen for lokaliserte svulster er god, mens behandling av utbredt sykdom er fortsatt en utfordring.

Wilms tumor

Wilms tumor er en kreftsvulst i nyrene.

Den fikk sitt navn etter den tyske legen Max Wilms som beskrev svulsten for første gang. Wilms tumor kalles også for «nefroblastom» (for nefros [gresk] = nyre), men vi bruker ordet lite da det lett kan forveksles med nevroblastom. Wilms tumor er sjelden, i Norge får kun fem til åtte barn denne svulsten årlig, og barna er ved diagnosen vanligvis under fem år gamle. Dette er en embryonal tumor, det vil si en svulst som oppstår av celler som ligger igjen i kroppen etter fosterlivet. Svulsten kan spre seg til lymfekjertler og via blodet til blant annet lungene.

Barn med visse medfødte tilstander, for eksempel hemihypertrofi eller Beckwith-Wiedemann syndrom, har økt forekomst av Wilms tumor. Barn med disse tilstandene inngår i et screeningprogram, hvor det tas blodprøver og ultralyd av nyrene med regelmessige intervaller gjennom småbarnsalderen.

Svulsten blir ofte oppdaget fordi man ser at buken hos barnet buler ut, eller man har kjent en oppfylling. Ofte kan dette være tilfeldig oppdaget hos et ellers friskt barn. Det forekommer ellers magesmerter, blodig urin og i sjeldnere tilfeller høyt blodtrykk.

Allmennensymptomer som nedsatt matlyst eller feber er sjeldne.

Utredningen omfatter typisk ultralyd og MR av buken, samt CT av lungene for å utelukke spredning. Ved typiske tilfeller av Wilms tumor hopper man ofte over biopsien (vevsprøven) i starten, men får bekreftet diagnosen ved vevsundersøkelse av svulsten etter operasjon.

Behandlingen ved Wilms tumor er en kombinasjon av cellegift og operasjon. Vanligvis gis cellegift i 4–6 uker, og deretter opereres svulsten og restene av nyren ut. Etter operasjonen gir man ofte cellegift igjen, og ettersom svulstens stadium og aggressivitet, kan cellegiftbehandling vare mellom få uker til ett halvt år. I noen tilfeller må det gis strålebehandling mot tumorområdet og/eller mot lungene ved spredning.

Overlevelsen ved Wilms tumor er i dag god, og ni av ti barn overlever. Enkelte tilfeller trenger aggressiv behandling for å ha en sjanse for å bli helbredet. Også tilbakefall av Wilms tumor kan ofte helbredes, men barnet må gjennom en ny behandlingsrunde, som ofte vil inkludere strålebehandling.

Rhabdomyosarkom

Rhabdomyosarkom er den vanligste formen for kreft i bløtdelene, som muskler og bindevev, hos barn, men forekommer likevel sjelden.

I Norge er det cirka fem barn årlig som rammes av denne tumorformen, og alderen ved diagnose er ofte under fem år. Som Wilms tumor er også dette en embryonal svulst, det vil si en svulst som oppstår av celler som ligger igjen i kroppen etter fosterlivet. Svulsten kan opptre på mange ulike steder i kroppen, men de vanligste er hodet og hals, genitalier og urinveiene, samt i armer eller ben.

Det finnes to varianter av sykdommen:

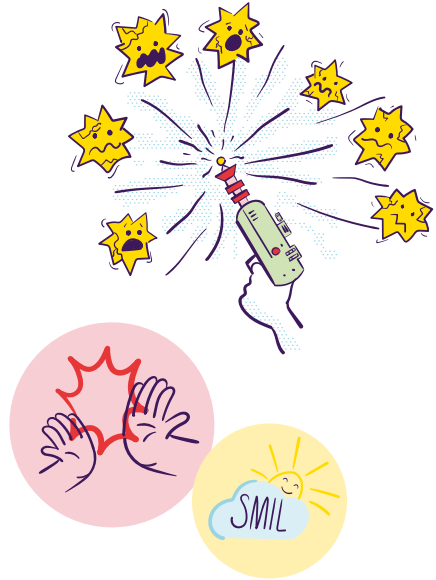
- *Embryonalt rhabdomyosarkom* er den vanligste formen og har ofte gunstig prognose.
- *Alveolært rhabdomyosarkom* er sjeldnere. Denne formen er oftere lokalisert i armer eller ben, og har en tendens til spredning og tilbakefall.

Rundt 20 prosent av pasientene har spredning til andre områder i kroppen, og da oftest til lungene, men også til lymfekjertler, beinmarg eller skjelettet.

Symptomene avhenger av hvor tumor sitter. Man kan finne hevelser ved øyet, utvekster i øre og nese, blod fra urinveiene

eller skjeden og vansker med å tømme blæren når man tisser, eller synlige svulster andre steder i kroppen. Svulster i hode- og halsregionen kan gi nevrologiske tegn som ansiktsslammelser eller lammelser i øyemuskelen på grunn av trykk på, eller infiltrasjon i, hjernenerver.

Diagnosen stilles ved hjelp av billedediagnostikk, viktigst er ultralyd- og MR-undersøkelser av tumorområdet, i tillegg til røntgenbilder og eventuelt CT av lungene. Blodprøvene er vanligvis normale, og det finnes ingen spesifikke tumormarkører. Det er alltid nødvendig med vevsundersøkelse (nålebiopsi i narkose). Biopsien undersøkes ved hjelp av ulike spesialmetoder.



Påvisning av spesifikke genetiske forandringer i kreftcellene kan være bevisende for den ene eller andre undergruppen av rhabdomyosarkom.

Behandling går ut på en kombinasjon av cellegiftkurer, og eventuelt strålebehandling og operasjon. Det gis alltid cellegift, men ved rhabdomyosarkom er lokal tumorkontroll ved hjelp av kirurgi eller stråling spesielt viktig, da den største faren er lokal gjenvekst av tumor. I tilfeller hvor operasjon av svulsten er vanskelig eller umulig (spesielt ved hjernenær =

parameningeal beliggenhet) gis strålebehandling som lokal terapi, selv om det innebærer fare for senskader. Eksempler på senskader er asymmetrier i ansiktet på grunn av ensidig bestråling av voksende beinvev, eller hormonelle problemer på grunn av bestråling av hypofysen.

Overlevelsen for hele gruppen er i Norden rundt 80 prosent, men varierer sterkt fra lokaliserte, radikalt opererte svulster som har best prognose, til svulster med spredning som fortsatt er vanskelig å behandle.

Hos barn vil beliggenheten i kroppen i beste fall gi en pekepinn om hvilken type svulst det kan dreie seg om.



Beinsvulster

De to vanligste, men allikevel sjeldne, formene for skjelettumorer er osteosarkom og Ewings sarkom.

Begge er vanligst i aldersgruppen 10–20 år, men spesielt Ewings sarkom forekommer hos yngre barn.

Osteosarkom

Ved osteosarkom er svulsten oftest lokalisert i nærheten av de store leddene i lårbenet eller leggbenet, men andre steder i kroppen forekommer også. De viktigste symptomer er smerter der svulsten sitter (ofte også om natten), halting og noen ganger en synlig hevelse. Vanlig skjelettrøntgenbilder kan i typiske tilfeller gi sterk mistanke om osteosarkom. I tillegg gjøres MR- og eventuelt CT-undersøkelse av det aktuelle området. Etter at bildene er tatt tar man også en biopsi (vevsprøve) av svulsten. Dette gjøres enten ved nålebiopsi, hvor man stikker en tynn, hul nål og henter ut en prøve, eller åpen biopsi i narkose. Blodprøvene er vanligvis normale, og det finnes ingen tumormarkører i blodet.

Ewing sarkom

Ved Ewings sarkom kan svulstene være lokalisert til beina, men også i bekkenet, ryggsoylen, overarmsbenet

eller brystveggen (ribbene). Symptomer er vanligvis en smertefull hevelse, men i motsetning til det man finner ved osteosarkom er allmennsymptomer som feber, slapphet, anemi og høy blodsenkning mer vanlig. Blodprøvene kan vise økte hvite blodlegemer og økt LD (laktatdehydrogenase). Biopsi (vevsprøve) er nødvendig for sikker diagnose. Påvisning av en spesifikk genforandring i tumorcellene er bevisende for Ewings sarkom.

Behandlingen ved skjelettsvulster er den samme som for voksne, med små modifikasjoner. Først får man cellegift, eller det man kaller for preoperativ kjemoterapi. Dette gjøres for å krympe svulsten før operasjon. Under operasjonen fjerner man så mye av svulsten som mulig, før man deretter får mer cellegift. I noen tilfeller trenger man også strålebehandling, og i visse tilfeller er det også nødvendig med høydose-kjemoterapi med autolog stamcellestøtte, hvor barnets egne stamceller brukes.

Prognosen for overlevelse av Ewing sarkom er rundt 80 prosent, sterkt avhengig av om det foreligger spredning eller ikke. Det samme gjelder også for osteosarkom, men samlet overlevelse er lavere enn ved Ewing sarkom.

Retinoblastom

Dette er en typisk småbarns-kreftsvulst som utgår fra netthinnen i øyet.

I gjennomsnitt får fire barn i året i Norge denne svulsten. Diagnosen stilles ofte allerede i spedbarnsalderen. Noen tilfeller er arvelige, og det oppstår da ofte svulster i begge øyne. Disse pasientene har i tillegg økt risiko for å få andre krefttyper senere i livet.

Retinoblastomer behandles med lokale tiltak i øyet, ofte gis det cellegift via kateter i blodkarene som forsyner øyet. Noen ganger trengst systemisk cellegiftbehandling. I andre tilfeller må øyet fjernes. Man unngår i dag strålebehandling, da dette vil øke faren for ny kreftutvikling i det bestrålte området.

Overlevelsen ved retinoblastom er nærmere 100 prosent, men mange pasienter har seneffekter som nedsatt syn, og i noen tilfeller blindhet.

Andre kreftsvulster

Det finnes en lang rekke sjeldne kreftformer hos barn og ungdom, som for eksempel leversvulster (hepatoblastom og hepatocellulært carcinom), kimcellesvulster og andre. Det fører for langt å omtale hver for seg, men utredning og behandling følger de samme prinsippene som nevnt for de andre omtalte kreftformene.

TIPS

Når man har fått mistanke om kreft hos et barn eller en ungdom, vil utredningen foregå ved en avdeling med kompetanse innen barnekreft.

Hva er årsaken til at noen får barnekreft?



I de fleste tilfeller vet vi ikke hva som forårsaker kreftsvulster. Det ser ut til at miljøfaktorer, elektromagnetisk stråling, sosioøkonomisk status av foreldrene eller infeksjoner betyr lite. Utvikling av kreft hos barn har heller ingen sammenheng med svangerskapet, og det skyldes definitivt ikke at dere foreldre har gjort noe galt.

Vi kjenner allikevel til noen få risikofaktorer. Tidligere strålebehandling, vanligvis for en annen kreftsykdom, øker faren for kreftutvikling i det bestrålte området. Også tidligere cellegiftbehandling kan øke faren for kreft. Visse medfødte tilstander øker risikoen for å utvikle kreft i barneårene. Et eksempel er nevrofibromatose type 1 og 2.

Det forskes mye på arvelig disposisjon for kreft, men foreløpig finner vi bare få tilfeller hvor kreftsykdommen har sammenheng med arvelige faktorer.

Bivirkninger av behandlingen



Behandlingen er krevende på mange måter, og har dessverre en del bivirkninger. Takket være forskning er behandlingen under utvikling og i fremtiden vil den bli mer og mer persontilpasset.

Anemi

Lave verdier med røde blodceller gir symptomer som slapphet, blekhet og tungpustethet. Røde blodceller kan man fylle på gjennom en blodtransfusjon, noe som er helt vanlig å måtte få gjentatte ganger i løpet av behandlingstiden.

Økt blødningstendens

Lave verdier av blodplater (trombocytter) gir økt fare for blødninger. Barnet vil lett få blåmerker, og selv små sår eller rifter kan blø lenge før blødningen stopper. For eksempel skal man ikke måle temperatur i endetarmen, da slimhinnen her lett kan blø. Blodplater kan man fylle på ved en transfusjon.

Såre slimhinner

En del cellegifter kan gi såre slimhinner, og dette kan være svært plagsomt. Ved såre slimhinner er det viktig med god smertelindring og god munnhyggiene for å unngå infeksjoner. Hyppigere tannkontroller anbefales til alle i hele behandlingsperioden.

Hårtap

Noen cellegifter kan gi hårtap, men håret vil vokse ut igjen etter avsluttet behandling, noen ganger allerede under behandlingen. For de minste barna trenger det ikke å være noe stort problem, men større barn og ungdom kan synes at dette er vanskelig. Uansett har alle barn krav på parykk og spesialhodeplagg i behandlingsperioden, og sykehuset vil hjelpe til med å få ordnet dette.

Nedsatt immunforsvar

Ved lave verdier av hvite blodceller blir man mer utsatt for infeksjoner. Det er derfor svært vanlig at barnet jevnlig gjennomgår intravenøs antibiotika-behandling i behandlingsperioden.

De hvite blodcellene kan man ikke fylle på ved en transfusjon. Når verdien for hvite blodceller er lav, må man derfor vente på at benmargen igjen begynner å produsere hvite blodceller. I noen tilfeller kan man påskynde produksjonen av hvite blodceller ved å gi vekstfaktorer. Dette avgjøres av behandlende lege.

Tiltak mot infeksjoner

Fordi barnet er mer utsatt for infeksjoner i hele behandlingsperioden, har alle sykehusene noen råd og retningslinjer for pasienten og familien, for å prøve og redusere faren for infeksjoner. Generelt anbefales familien å være ekstra forsiktig med hensyn til smitte, det vil si å unngå at barnet kommer i direkte kontakt med folk som har smittsomme tilstander som forkjølelse, omgangssyke, hoste, eller lignende. Her må hver familie snakke med sin lege for å høre hvilken praksis de har, da det varierer noe fra sykehus til sykehus.

Kvalme

Kvalme er vanlig under cellegiftbehandling. Det avhenger av type cellegift barnet får, og er også svært individuell. Det er viktig å ta barnets opplevelse av kvalme på alvor og prøve forskjellige medikamenter hvis man ikke oppnår tilfredsstillende lindring av kvalmen i første omgang. Det finnes i dag svært gode kvalmestillende medikamenter, slik at de fleste burde kunne gå gjennom behandlingen uten for store kvalmeproblemer.

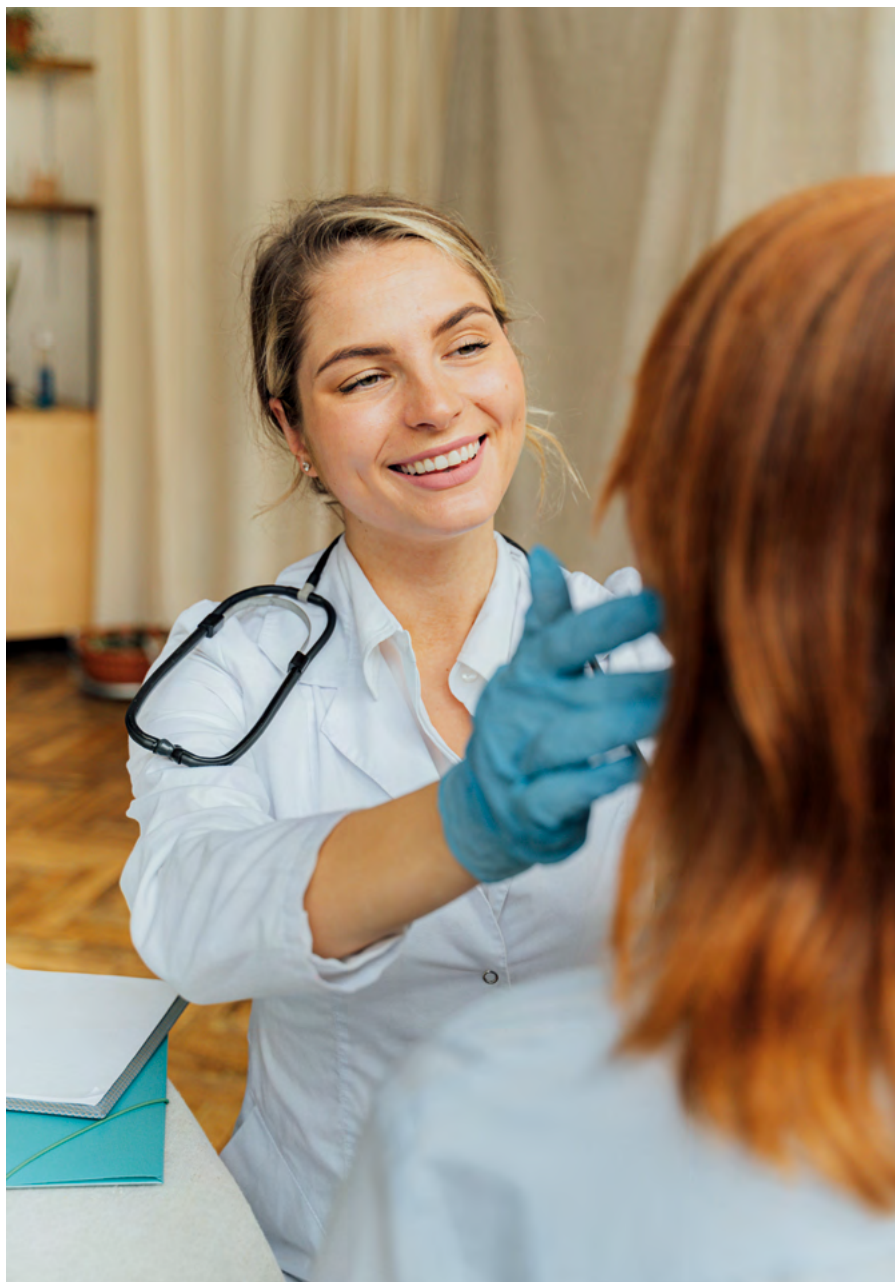
Nedsatt appetitt

Nedsatt appetitt er et vanlig problem og skyldes både kvalme, forandrede smakssanser, slimhinnesår og psykososiale faktorer. Barn trenger god ernæring for å sikre vekst og utvikling. Her bør man være tidlig ute med å tenke ernæringsdrikker, sondeernæring og eventuelt innleggelse av en «knapp» (perkutangastrostomi-PEG) på magen der barnet kan få mat. Klinisk ernæringsfysiolog på sykehuset kan være til god hjelp med dette. I noen få tilfeller kan det bli nødvendig med intravenøs ernæring.

→ Se vår ernæringsbrosjyre for flere gode råd.

Utvikling av kreft hos barn har ingen sammenheng med svangerskapet, og det skyldes definitivt ikke at dere foreldre har gjort noe galt.





Oppfølging etter avsluttet behandling

Det er tett og nøye oppfølging fra sykehuset i hele behandlingsperioden. Et regionsykehus har hovedansvaret for behandlingen, mens noe av behandlingen kan gjøres på det lokale sykehuset.

Etter avsluttet behandling vil barnet bli fulgt opp på sykehuset etter en fastlagt plan. Oppfølgingen består av en klinisk undersøkelse, blodprøver og ofte noen billedundersøkelser, som ultralyd, røntgen eller MR.

Kontrollintervallene varierer etter hvilken tumortype det er, og er kortere de første årene, ofte hver 1. til 3. måned det første og andre året. Kontrollene har til hensikt å se etter tegn på tilbakefall, og etter tegn på seneffekter. De legger forholdene til rette slik at pasient og familie kan mestre sykdom og ettervirkninger på best mulig måte.

Seneffekter

Kreftbehandlingens mål er å gjøre barnet frisk fra sin kreftsykdom. Dessverre må det så kraftig behandling til at man kan risikere å få seneffekter av behandlingen. Dette gjelder også ved solide svulster.

Hvilke seneffekter ditt barn vil kunne få, er vanskelig å si ved oppstart av behandlingen. Mange pasienter opplever ingen seneffekter, mens andre kan få noen eller flere seneffekter.

De viktigste seneffekter etter behandling for kreftsvulster er de følgende:

- Ved flere svulsttyper gis cellegift-gruppen antracykliner (som for eksempel doksorubicin). Denne medisinen kan påvirke hjertemuskelen, både under selve behandlingen og i mange år senere. Antracyklinene kan gjøre pasienten mer utsatt for å utvikle hjertesvikt. Dette følges det nøye med på under hele behandlingsperioden og skal også følges opp på etterkontrollene. Oppfølgingen av dette vil avhenge av hvor store doser barnet har fått under behandlingen.
- Noen cellegifter (spesielt cisplatin) kan gi hørselsskader. Under behandlingen gjøres hørselskontroller, og dersom det er tegn på begynnende skade tilpasses behandlingen for å unngå mer skade.
- Strålebehandling kan føre til dårlig skjelettvekst av det bestrålte området. Den kan også gi hormonforandringer på grunn av bestråling av hypofyse eller andre hormonkjertler. Strålebehandling medfører også noe økt risiko for ny kreftsykdom i det bestrålte området.
- Fruktbarhet (fertilitet) kan bli påvirket av cellegift- og strålebehandling. I visse tilfeller der det er mulig vil man vurdere mulighetene for å fryse ned sæd for gutter. Mulighet for sædbanking er avhengig av alder og kjønnsmodenhet hos gutten. For jenter har man ved noen kreftdiagnoser tilbud om nedfrysing av eggstokkvev. De aller fleste, både jenter og gutter, bevarer sin fertilitet, dersom man ikke har gjennomgått stamcelletransplantasjon.

→ **Se vår seneffektbrochure for mer informasjon.**

Hvilke seneffekter ditt barn vil kunne få, er vanskelig å si ved oppstart av behandlingen.



Det nordiske samarbeidet

Innen barnekreftbehandlingen er det et nært samarbeid mellom de nordiske landene, og ved de fleste kreftformer hos barn og ungdom opp til 18 år brukes de samme behandlingsprotokollene i hele Norden. En behandlingsprotokoll er «oppskriften» for hvordan behandlingen skal gis til barnet. Protokollen starter på dag 1 i behandlingen, og sier hva som behandlingssmessig skal skje hver dag og uke gjennom hele behandlingen. Protokollen forteller hvilke behandlinger som skal gis når. Legene som har behandlingsansvar, vil gå gjennom denne oversikten med familien med jevne mellomrom.



Om Barnekreftforeningen

Barnekreftforeningen er en frivillig og landsdekkende organisasjon.

Vi har vårt kontor i Oslo og fylkesforeninger som drives av familier som har eller har hatt barn med kreft. Fylkesforeningene arbeider frivillig for familiene. Vårt mål er at ingen barn skal dø av kreft.

Barnekreftforeningen er til for å hjelpe barn og ungdom med kreft og deres familier. Vi er til stede for hele familien, det vil si at både det syke barnet, søsken og foreldre inkluderes. Noen av de syke barna er blitt friske, noen lever med seneffekter, noen er under behandling, mens andre har vi dessverre mistet.

På sykehusene arrangerer våre likepersoner foreldrekvelder med tilbud om samtaler for nye familier. Når barnet ditt får en så alvorlig diagnose som kreft, kan det være godt å ha noen å prate med som har opplevd det samme som deg. Vi sørger også for positive opplevelser for de barna som må være innlagt på sykehuset over lange perioder.

Barnekreftforeningen ønsker å være den største pådriveren i Norge til å sette fokus på barnekreft i media og samfunnet. Vi bidrar samtidig til forskning og utdanning for å bekjempe barnekreft.

Ulike typer medlemskap

Familiemedlem

Familiemedlemskap er for familier i samme husstand som har et barn som har eller har hatt kreft. For barnet og søsken er aldersgrensen 18 år. Det er også mulig å registrere seg i en seneffektgruppe.

Kontingent per år: 250 kroner

Personlig medlem

Personlig medlemskap kan tegnes av enkeltpersoner over 15 år som har vært behandlet for kreft som barn, søsken og av foresatte som bor på en annen adresse enn sitt syke barn.

Kontingent per år: 200 kroner

Støttemedlemskap

Støttemedlemskap er for deg som ønsker å få informasjon om barnekreft og støtte arbeidet som gjøres for barn og unge med kreft. Støttemedlem kan velges til tillitsvern.

Kontingent per år: 250 kroner

→ Meld deg inn på
barnekreftforeningen.no



Hva betyr medlemskapene?

Som medlem har du en unik mulighet til å påvirke forholdene for barn og unge med kreft og deres familier.

Medlemskontingenten går uavkortet til aktivitet i den fylkesforeningen du tilhører. Et medlemskap i Barnekreftforeningen betyr tilgang til et felleskap med familier som er i, eller har vært i samme situasjon. Foreningen gir informasjon, råd og støtte i alle fasene med et barn som har, eller har hatt kreft.

TIPS

Ta kontakt med din fylkesforening eller med ansatte i Barnekreftforeningen, og fortell oss hva som er viktig for deg.

Kontakt

Har du spørsmål om medlemskap eller om Barnekreftforeningen, ta kontakt med oss.

E-post

kontakt@barnekreftforeningen.no

Telefon

919 02 099

Besøksadresse

Tollbugata 35
0157 Oslo

Postadresse

Postboks 78, Sentrum
0101 Oslo

**Meld deg inn på**

barnekreftforeningen.no



Våre fylkesforeninger

Agder

agder@barnekreftforeningen.no

Buskerud

buskerud@barnekreftforeningen.no

Innlandet

innlandet@barnekreftforeningen.no

Møre og Romsdal

more.romsdal@barnekreftforeningen.no

Nordland

nordland@barnekreftforeningen.no

Oppland

oppland@barnekreftforeningen.no

Oslo og Akershus

oslo.akershus@barnekreftforeningen.no

Rogaland

rogaland@barnekreftforeningen.no

Telemark

telemark@barnekreftforeningen.no

Troms og Finnmark

troms.finnmark@barnekreftforeningen.no

Trøndelag

trondelag@barnekreftforeningen.no

Vestfold

vestfold@barnekreftforeningen.no

Vestland

vestland@barnekreftforeningen.no

Østfold

ostfold@barnekreftforeningen.no

© Barnekreftforeningen 2021

Org.nr. 985 550 999

Tekst Bernward Zeller og
Barnekreftforeningen

Layout Maren Tanke

Foto Ingrid Toftaker (side 4),
Pexels, Shutterstock

Trykk Konsis Grafisk AS

September 2021



Gi en gave

Gavekonto

7058 09 33333

vopps

02099

barnekreftforeningen.no



Barnekreft
foreningen