

AFR ODI TE

NR 1 / 2021 – 20. ÅRGANG

Digitalt landsmøte side 4

Anbefaler vaksine side 7

Seksualliv etter fjernet livmor side 15

 gynkreftforeningen



Tidligere leder i Gynkreftforeningen, Jeanette Hoel, har de siste månedene deltatt på flere forberedelsesmøter i forbindelse med Verdens kreftdag, som ble markert 4. februar. Under årets markering var fokuset på pårørende. På selve dagen deltok Hoel på God morgen Norge på TV2 sammen med venninnen Elin Kristiansen, her delte de sin historie, i anledning markeringen. Hoel deltok senere samme dag på et webinar i regi av Kreftforeningen.



Etter nyttår har representant fra hovedstyret og sekretariatsleder vært på flere samarbeidsmøter med farmasøytiske firmaer, hatt samarbeidsmøter med helsepersonell, og forberedende møter til Gynkreftforeningens egne webinarer, samt deltatt på webinar-dagene. De har også hatt møte med statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Anne Grethe Erlandsen, om å bevare sentralt kompetansemiljø for gynekologisk kreft og forskning.

13. februar

Hovedstyremedlem og lokallagsleder i Møre og Romsdal, Anne Marthe Øverås, deltok på Verdbørsen på NRK P2, der temaet var hvordan vi tar opp og snakker om døden. Hun deltok sammen med leder av Etikksatsingen i KS, Christine Haga Sørli. Øverås sitter i brukerutvalget i Helse Midt Norge, her har hun møter en gang i måneden. Gynkreft-fokuset er alltid med for Øverås.

Trøndelag lokallag

Før sommeren, og i forkant av at samfunnet ble stengt ned for andre gang, holdt lokallaget et fysisk styremøte. Etter det har de hatt to digitale styremøter og de har avvirket årsmøte digitalt den 3. februar. På årsmøtet var det 13 deltakere, noe som faktisk var flere enn i fjor. Leder Siri Berg sier at selv om man på et digitalt møte mister de gode samtalenene så synes hun at digitale møter fungerer godt som et alternativ.

Også for lokallaget i Trøndelag har de siste månedene vært preget av lite lokale aktiviteter, men det ble sendt ut et julebrev med en liten eske kortreist sjokolade fra Klæbu sjokoladefabrikk til medlemmene rett før jul. Dette har lokallaget fått mange positive tilbakemeldinger på.



For 2021 har styret tenkt at de kanskje ikke får til noe før etter sommeren og da er det planlagt en liten utflykt. Lokallaget har ambisjoner om å arrangere minst et møte utenfor Trondheim i løpet av året, planen er da å ta en tur til Ørlandet, som kan tilby mye på kulturfronten. Styret har også snakket om å ta en tur i Bymarka og gå til en av hyttene som serverer mat, dette vil da være en tur på cirka tre km hver vei. De som ønsker det kan være med på en overnatting i hengekøye. Lokallaget håper også å kunne ha julemøte i desember.

Under Verdens kreftdag, 4. februar, var lokallaget i Trøndelag vært med på en artikkel i Adressa i samarbeid med Kreftforeningen og de andre pasientforeningene i Trondheim. Temaet var godtgjørelse til pårørende (pårørendelønn).

Harstad lokallag

2020 ble et merkelig år, og for Gynkreftforeningen Harstad og omegn lokallag førte pandemien til minimal aktivitet. Styret klarte til tross for dette å samle 10 flotte damer til førjulskos torsdag 17. desember på Trondenes historiske senter i Harstad. I nydelige julepyntede omgivelser og med gode smitteverntiltak fikk de oppmøte en veldig koselig stund sammen. Styret i lokallaget er takknemlig over at de får muligheten til å møtes i slike flotte lokaler. I tillegg er de svært glad for at flere nye medlemmer møtter! For mange kreftrammede har året vært utfordrende på mange måter med tanke på smitte-risiko, og flere av de fremmøtte medlemmene uttrykte glede over å kunne møtes og være sosial sammen med likesinnede.

LEDER

Kjære leser,
21. mars arrangerte Gynkreftforeningen sitt digitale landsmøte. Landsmøtet vedtok enstemmig å godkjenne det avtroppende styrets fremlagte årsrapport og regnskap for de siste tre årene, og det kom mange lovord for det flotte arbeidet som er lagt ned. Styret har lagt ned et betydelig arbeid med å satse på informasjon til medlemmene. I 2019 ble det arrangert Kunnskapsdager som heldags samlinger fem ulike steder i landet. Planene for 2020 var å fortsette med dette, men det ble stoppet av pandemien vi er inne i. Da snudde styret seg rundt og arrangerte webinarer i stedet med overveldende deltagelse. Her har de truffet en nerve i hva gynkreframmede etterspør. Samtidig har vi hatt et styre som har satsset på likepersonarbeid, brukermedvirkning og politisk påvirkning til det beste for gynkreframmede og deres pårørende.

Resultatet ser vi også ved at Gynkreftforeningen fikk over 200 nye medlemmer i koronaåret 2020 og har nå nådd 1000 betalende medlemmer samt over 6000 liker klikk på Facebooksiden vår.

Landsmøtet skulle også velge styremedlemmer, og det var innstilt på gjenvalg av foreningens leder de siste ni årene, Jeanette Hoel. Overraskelsen var derfor stor da hun før valget fortalte deltakerne at hun valgte å trekke seg, og at de øvrige styremedlemmene som ikke var på valg deretter kunngjorde at de gjorde det samme. Begrunnelsen var at de gjennom flere år har følt en mistillit og baksnakking fra enkelte hold i vår forening.

Så urettferdig og lite for-tjent vil jeg si! Jeg har tidligere sittet i hovedstyret med flere av de som nå trakk seg, og til dette landsmøtet var jeg leder av valgkomiteen som med



glede hadde innstilt Jeanette Hoel til gjenvalg. Jeg vet at det er lagt ned et betydelig og godt arbeid, og synes det er synd at enkelte med uttalelser, baksnakking og dulgte hentydninger tar fra våre flotte tillitsvalgte motivasjon og glede til å stå på for den flotte foreningen vår.

Landsmøtet ble enig om at vi avholder et nytt ekstraordinært landsmøte før sommerferien. Dette vil også bli gjennomført som et digitalt møte. Jeg tok på meg oppgaven med å lede foreningen i denne perioden, og har to klare budskap:

– Vi skal fortsette det gode arbeidet som foreningen har drevet de siste årene, og våre aktiviteter og tilbud til medlemmene fortsetter som før

– Vi skal legge grunnen for at vi får et permanent styre på plass, gi de gode arbeidsbetingelser og rydde opp i det som må være ukultur i deler av vår organisasjon.

Jeg vil nok en gang takke Jeanette Hoel for det fantastiske arbeidet hun har gjort som foreningens leder, og den samme takken går til de øvrige i det gamle styret som nå har trådt ut av sine verv. Så lover jeg at jeg skal stå på i min tid som leder for å føre deres innsats videre, og jeg håper at vi kan stå sammen som forening om dette.

Lag fine vårdager!

Varme hilsener fra
Marit Høgås

Dette nummeret

1/2021

- 04 Landsmøte i Gynkreftforeningen
- 06 Kreftpasienter prioritert for vaksine
- 07 Webinar om Covid-19
- 08 Trenger flere ernæringsfysiologer
- 11 Sjelden eggstokkreft
- 14 Webinar om seksualitet
- 15 Nytt seksualliv etter fjernet livmor
- 18 Livet med senskader
- 19 Senskadepoliklinikken
- 23 Ny eggstokkreftstudie
- 24 Protonterapi for gynekraft
- 26 Våre likepersoner
- 28 Kjennetter-kampanjen



LUKKEDE DISKUSJONSFORUM

Gynkreftforeningen har opprettet lukkede diskusjonsforum for medlemmer på Facebook. Vi har et forum spesielt for yngre medlemmer under 45 år, og et for alle medlemmer. Har du ikke blitt invitert til disse gruppene, kan du sende en epost til

kontakt@gynkreftforeningen.no

Nye rekorder i koronaåret

Selv om lite gikk som planlagt satte Gynkreftforeningen noen nye rekorder i koronaåret 2020. For første gang passerte vi 1000 medlemmer og aldri før har så mange deltatt på de seminarene vi har arrangert – nå vel og merke som webinarer.

Det var derfor noen gladmeldinger, Gynkreftforeningens leder Jeanette Hoel, kunne fortelle om da hun innledet på foreningens landsmøte 21. mars. Et landsmøte som var utsatt fra i fjor og som i år måtte avholdes digitalt.

– 2019 var et av de mest aktive årene i Gynkreftforeningens historie, og planen var at 2020 skulle bli et år fylt med enda flere aktiviteter. Til en viss grad ble dette innfridd, men aktivitetene ble ikke helt som vi hadde planlagt ved årets begynnelse. I stedet for Kunnskapsdager rundt om i Norge og landsmøte og Kunnskapsdelg i Ålesund arrangerte vi til sammen ni webinarer med nesten 700 seere i tillegg til alle som har sett webinarer i opptak på vår nettside i ettertid. I desember lagde vi med støtte fra Dam-stiftelsen treningsvideoer beregnet på gynkreftpasienter som sendes hver tirsdag frem til påske 2021. Vi har etablert en digital møteromsordning som lokallagene kan bruke til å arrangere digitale medlemsmøter, og vi har rustet opp nettsiden med flere informasjonsfilmer, blant annet med vekt på pårørende. Medlemstallet har også vokst betydelig og for første gang har Gynkreftforeningen over 1.000 betalende medlemmer, sa Jeanette Hoel.

Lokallag og kontakteam

Ved utgangen av 2020 har Gynkreftforeningen 10 aktive lokallag, det samme som året før. Aktiviteten i lokallagene har naturlig nok vært preget av nedstengingen av samfunnet knyttet til koronapandemien. Noen lokallag har greitt å gjennomføre noen treff i perioder hvor samfunnet har vært åpent for det. Hovedstyret har med støtte fra Dam-stiftelsen etablert en løsning hvor lokallagene kan ha egne digitale møterom

**NYTT STYRE
MARS
2021**

Det nye styret i Gynkreftforeningen består nå av følgende personer:



Marit Høgås,
Oslo (leder)



Siri Berg,
Trondheim



Margarethe Langfeldt,
Odda



Mette Dischington,
Harstad



**Jorun Nilsen
Stallemo,**
Mandal



Marit Stavland,
Stavanger

1. varamedlem, Eva Kantor, Kråkerøy
2. varamedlem, May Slettan, Ørland

som de både kan bruke til styremøter, men også medlemsmøter. Hovedstyret har invitert lokallagene til informasjonsmøte om dette i juni, og hadde en oppfølging med det samme gjennom en digital lokallagsledersamling i november.

Kommunikasjon med medlemmer

Våre nettsider har vært en viktig kanal for informasjon i koronatiden. På slutten av 2020 lagde Gynkreftforeningen også nye informasjonsfilmer om sjeldne gynkreftdiagnoser, og disse hadde sin premiere under kjennetter-ukene i slutten

av januar 2021. Det er også lagd filmer beregnet på pårørende og etterlatte.

– Vår Facebook-side har nå over over 6.000 følgere, opp fra 5.500 ved forrige årsskifte. Vi ser at mye av trafikken inn til vår nettside, nettopp kommer fra sosiale medier, og hovedstyret har derfor lagt vekt på å bruke både Facebook og Instagram aktivt for å nå ut til både potensielle medlemmer og de som allerede følger oss, fortalte Jeanette Hoel.

En av de viktige satsingene for Gynkreftforeningen de siste årene har vært arbeidet med forebygging og tidlig oppdagelse av gynekologisk kreft. Kampanjen #kjennetter har vært viktig her, og denne kampanjen har også tradisjonelt engasjert lokale tillitsvalgte som har holdt stand og delt ut informasjonsmaterieell rundt om i landet.

– Dette fikk vi til i januar 2020, men årets kampanje ble naturlig nok amputert hva gjelder aktiviteter på stand. Vi har likevel lyktes med å få medieoppmerksomhet rundt dette og flere har stilt opp med sine pasienthistorier for å belyse viktigheten av å gå tidlig til lege ved symptomer. Jeg retter stor takk til alle som stiller opp for gynkreftsaken både ved å fortelle egne historier, men også ved å ta på seg verv for foreningen. Det

er i samarbeid vi blir sterke og får frem vår sak, sa Jeanette Hoel i sin presentasjon til landsmøtet.

Politisk arbeid

En viktig del av Gynkreftforeningens arbeid er også å drive politisk påvirkning.

– Senest i februar i år, fikk vi til et møte med politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet hvor vi fikk frem vårt syn på hvor viktig det er å beholde et sentralt kompetansemiljø for gynekologisk kreft i Norge og at man nå må bruke muligheten til å skaffe flere kliniske studier til Norge på gynkreftområdet. I året som har gått var vi også aktive med høringsinnspill til evalueringen av Nye Metoder, som er de som har ansvar for godkjenning av nye medisiner og behandlinger i det offentlige helsevesen. Dette systemet skal evalueres i år, og vi er her på banen og taler vår pasientgruppes sak, sa Hoel.

Landsmøtet

Landsmøtet ble som nevnt avholdt digitalt, og deltakerne vedtok enstemmig å godkjenne regnskap og årsberetning for de siste årene.

Da det kom til valg av styremedlemmer og styrets leder, fortalte Jeanette

Hoel at hun valgte å trekke seg som leder selv om hun var innstilt til gjenvalg. Samtidig trakk de tre styremedlemmene som ikke var på valg seg også. Begrunnelsen var at de over lengre tid hadde opplevd mistillit fra enkelte hold i foreningen, blant annet på dette landsmøtet hvor det var fremmet både forslag til vedtektsendringer og forslag til et eget organisasjonsutvalg som skulle stå over hovedstyret. Alle disse forslagene ble avvist med overveldende flertall av landsmøtet.

Landsmøtet ble derfor enig om at det må avholdes et nytt ekstraordinært landsmøte før sommerferien hvor valg av nytt styre settes på dagsorden. Valgkomiteens leder Marit Høgås ble derfor valgt som ny styreleder i en interimperiode frem til nytt landsmøte blir avholdt. Hun fikk med seg de tre styremedlemmene som var foreslått som nye styremedlemmer i dette styret sammen med to erfarne lokallagsledere Siri Berg fra Trøndelag og Margarethe Langfeldt fra Odde.

Tidspunkt og påmelding for det ekstraordinære landsmøtet vil bli kunngjort på Gynkreftforeningens nettside.

TEKST: EDDY GRØNSET
FOTO: PRIVAT

Møre og Romsdal lokallag

På Verdens kreftdag, 4. februar, sto lokallaget i Møre og Romsdal på stand i Ålesund sentrum sammen med kreftkoordinator i Ålesund, Grete Myklebust Gjestdal, pårørende koordinator i Ålesund Merete Kløvning, og kreftkoordinator i Sula Tanja Alme.

Lokallaget forteller at mange kom innom for en prat og ønske om informasjon, samtidig som de ga uttrykk for at de ønsket og savnet den sosiale samlingsplassen som nå er satt på vent.

Lokallaget fikk også flott og god omtale i lokalavisa Nytt i Uka. Her var noe av det som var viktig å sette fokus på, utdanningen av kreftsyekepleiere.



Fra venstre: leder i lokallaget Anne Marthe Øverås, Tanja Alme, Merete Kløvning og Grete Myklebust Gjestdal.

Kreft og vaksine

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

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

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

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

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

Er pasientgruppen som er under behandling eller nylig ferdig med behandling spesielt sårbare for bivirkninger?

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

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

– De to vaksinene som først ble godkjent er likeverdige. mRNA-vaksinene fra BioNTech/Pfizer og Moderna gir begge relativt ofte milde og forbigående bivirkninger, sånn som smerter på stikkstedet, hodepine, frysninger, verk i kroppen og også feber. Men disse vaksinene har også en høy grad av beskyttelse. Noen få kan få mer kraftige bivirkninger, men disse går også over i løpet av noen dager. Den neste vaksinen fra AstraZeneca, som nå er godkjent, gir litt mindre av disse bivirkningene, men studiene så langt viser også litt lavere grad av beskyttelse.

Vaksinene fordeles i hovedsak nå i starten etter hvor mange det er i risikogruppene i de enkelte kommunene, etter en dynamisk prioriteringsrekke-

følge som starter med beboere i sykehjem.

Are Stuwits Berg forteller dette om hvordan prioriteringene gjøres:

– Etter beboere i sykehjem prioriteres de som er 85 år og eldre. Deretter vaksineres det i aldersgrupper på ti og ti år, der enkelte personer med høy sykdomsrisiko i alderen 18–64 år prioriteres sammen med aldersgruppen 65–74 år. Denne prioriteringsrekkefølgen er dynamisk og kan endre seg underveis, blant annet på grunn av mer smitte i samfunnet da helsepersonell kan få en høyere prioritet. Dette har nå blitt gjort ved at utvalgte grupper helsepersonell får vaksine fra og med uke 2.

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

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

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

TEKST OG FOTO: HARALD HERLAND



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

*Kilde: fhi.no/nyheter. <https://www.fhi.no/nyheter/2021/koronavaksinene-fordeles-etter-antallet-i-risikogruppene/>

Kreftpasienter anbefales å ta covid-19 vaksine

– Vår hovedregel er at alle kreftpasienter anbefales å ta vaksine mot covid-19, sier Erik Rokkones, gynekolog, avdelingsleder og overlege ved Avdeling for gynekologisk kreft ved Radiumhospitalet.

– Kreftpasienter har økt risiko for alvorlig forløp av covid-19, men i hovedsak gjelder dette blod, lymfe og lungekreftpasienter. Foreløpig er det også lite data på kreftpasienter som har deltatt i vaksinstudier, sier Rokkones.

På Gynkreftforeningens webinar om gynekreft, korona og vaksine i februar var engasjementet stort, det kom inn mange spørsmål under livesendingen. Mange kjenner på usikkerhet, eller har spørsmål om prioritering, vi har derfor oppsummert rådene fra webinarer om vaksiner for kreftpasienter.

Fakta om koronavaksine til kreftpasienter

- Kreftpasienter er prioritert i gruppe 4 i vaksinekøen. En del kreftpasienter vil på grunn av alder, tilhøre en høyere prioritert gruppe.
- Generelt rådes kreftpasienter som er i behandling eller nylig har avsluttet behandling (3–6 måneder) om å la seg vaksinere, vaksinerne er ikke noe farlige for de som har svekket immunforsvar eller som er i behandling/nylig har gjennomgått behandling, men de kan ha noe dårligere effekt ifølge Folkehelseinstituttet.
- Det er ingen grunn for at kreftpasienter i behandling skal få flere bivirkninger.
- Kreftpasienter kan heller ikke velge hvilken vaksine de vil ta, Folkehelseinstituttet oppfordrer til å ta i mot



Erik Rokkones

gynekolog, avdelingsleder og overlege,
Avdeling for gynekologisk kreft
ved Radiumhospitalet

**Webinaret finner du her:
[gynkreftforeningen.no/
webinar](https://gynkreftforeningen.no/webinar)**

det tilbudet man får. Imidlertid anbefales ikke eldre over 65 år å ta AstraZeneca vaksinen.

- Vaksinen gis i kommunehelsetjenesten og ikke på sykehuset.
- Pasienter som har gjennomgått covid-19-infeksjon anbefales også å ta vaksinen.

Råd til kreftpasienter under behandling

- For pasienter under kreftbehandling så er hovedregelen at vaksinasjon kan skje uavhengig av hvor pasienten er i behandlingsforløpet. Pasienter skal ikke bli avvist fra vaksinasjon på grunn av kreftbehandling.
- Vaksinedose nummer to kan gis etter tre uker eller tilpasses slik at dosen gis så snart som mulig tre uker etter første dose.
- Man bør unngå vaksiner slik at en feberreaksjon etter vaksinen (2–4 dager etter vaksinen) sammenfaller med forventet lavt immunforsvar (5–7 dager etter kur).

- Det er ingen grunn til å si at man ikke skal ta vaksinen fordi man tar PARPhemmere.

Rokkones avviser at koronavaksiner på noen måte kan provosere kreften slik at den blir aktiv igjen.

Forhør deg med behandlende lege om din behandling, ikke bestem å utsette behandling selv.

Ta kontakt med fastlegen

Fastlegene er ansvarlige for å sende inn prioriteringen av pasienter i sitt område. Rokkones anbefaler kreftpasienter om å kontakte sin fastlege for å forsikre seg om at fastlegen har registrert pasienten som tilhørende i gruppe 4 i vaksinasjonsprioriteringen. I gruppe 4 tilhører kreftpasienter med aktiv kreftsykdom, pågående eller nylig avsluttet behandling.

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: EDDY GRØNSET

Etterlyser flere ernæringsfysiologer på sykehusene

Veldig mange kliniske ernæringsfysiologer på sykehus jobber også med andre pasientgrupper og da strekker ikke kapasiteten til.

– Det er altfor få kliniske ernæringsfysiologer som kun jobber med kreftpasienter. Kreftpasienter er et eget kompetansefelt, både fordi det er så mange kreftdiagnoser, og fordi kreftbehandlingen i dag er så komplisert. Det å skulle ha det overblikk og sette seg inn i alle nyanser innen kreft og ernæring er vanskelig nok for meg som kun jobber med kreftpasienter, sier Lene Thoresen, klinisk ernæringsfysiolog ved Kreftklinikken på St. Olavs hospital.

Ernæringsproblematikk rammer mange gynekreftpasienter. Engasjerte deltakere under Gynkreftforeningen sitt webinar om kreft og ernæring i februar bekreftet et stort behov for mer kunnskap og hjelp når det kommer til ernæring.

MANGEL PÅ RADIUMHOSPITALET

Joanna Andersson, klinisk ernæringsfysiolog på Radiumhospitalet, som holdt



“

– Vi ser at de som har god ernæringsstatus under behandlingen kommer best ut av behandlingen og har krefter til å bekjempe sykdommen. Da handler det ikke om å spise så sunt som mulig, men om å få i seg det man klarer.

innlegg under livesendingen, gir Thoresen medhold i at det skulle vært flere kliniske ernæringsfysiologer på sykehusene.

– Vi kjenner på at vi er få kliniske ernæringsfysiologer ved Radiumhospitalet. Det er ikke kapasitet til at pasientene kan få ernæringsbehandling eller kostveiledning med klinisk ernæringsfysiolog før de har,

eller er i fare for, sykdomsrelatert underernæring. Mange pasienter med kreft har behov for kostveiledning ikke bare i forhold til underernæring, men også for å unngå feilernæring og/eller bedre livskvalitet, sier Andersson.

KOSTHOLDSRÅD ENDRER SEG UNDER KREFTBEHANDLING

Noe som kan oppleves som vanskelig, og kanskje forvirrende, er at kostholdsråd kan variere/endre seg underveis i forløpet, rådene kan være svært forskjellige før

behandlingen starter,

under aktiv behandling og etter behandling. Pasienter med samme sykdom og behandling kan ha behov for helt forskjellige kostråd, det er situasjonen en befinner seg i som avgjør hva som er bra å spise. Hvis det går fint å innta mat så anbefales generelt sunn kost ved kreft, hvis sykdommen i seg selv eller

behandlingen gir bivirkninger som påvirker matinntak negativt og man i perioder strever med å få i seg mat er det viktig å fokusere på å forebygge vekttap og underernæring. Det er individuelt hva som er riktig å spise, og i tillegg kan det for den samme personen endre seg hva som er bra å innta under forskjellige deler av behandlingsforløpet. Under behandling er hovedfokuset å forebygge vekttap og underernæring.

– Vi ser at de som har god ernæringsstatus under behandlingen kommer best ut av behandlingen og har krefter til å bekjempe sykdommen. Da handler det ikke om å spise så sunt som mulig, men om å få i seg det man klarer. Pasienter som sliter med å få i seg mat anbefaler vi å tilpasse kosten så at man får i seg den næring kroppen trenger. Ved gynkreftbehandling er det vanlig at tarmene blir påvirket av behandlingen og en kan få problemer med fordøyelse og opptak av vann. Dette kan gi problemer som løs mage, luftproblemer, kvalme og uvelhet, og pasientene anbefales ofte å spise lett fordøyelig kost, små og hyppige, og kaloririke måltider, sier Andersson.

STOR BEHOV

Andersson har 15 års erfaring med kreftpasienter, ved ulike institusjoner og i ulike faser av behandlingen. Hun opplever at mange kreftpasienter i alle de ulike delene av behandlingsforløpet trenger og ønsker hjelp og veiledning med mat.

– Mange opplever at når de får beskjed om at de har kreft så er det mye som er nytt og uklart. På sykehus er de flinke med å gi info om sykdommen og behandling. Noen pasienter lurer på hva de kan gjøre selv blant annet hva de kan spise for å komme seg best igjennom behandlingen. Pasientene får lite veiledning og informasjon om dette fra helsepersonell, og vi ser at mange begynner å søke informasjon om blant annet kost og kreft på nett. Problemet er at her finner man mye forskjellige meninger og råd som kan sprike i mange retninger. Det er ikke lett for pasienter og pårørende å tolke informasjonen de finner og finne ut hva som faktisk er gode råd, sier Andersson.

Det er mange pasienter som trenger hjelp og veiledning med hvordan de kan

tolke informasjon og forstå at kosten må tilpasses hver enkelt pasients behov.

Mellom 20–50 prosent av pasienter på norske sykehus er i ernæringsmessig risiko, men likevel iverksettes det ikke tilstrekkelig med ernæringsbehandling ved norske sykehus i dag.

– Hvorfor er oppfølging av en klinisk ernæringsfysiolog særlig viktig for kreftpasienter?

– Det går mye på å hindre vekttap og bevare muskelmassen. Det har mye med funksjonene dine å gjøre som igjen påvirker livskvaliteten. Dessuten tolererer man kreftbehandlingen bedre. Vi klarer ikke å motvirke alt vekttap, men vi klarer å slå på noen bremses. I dag har vi for lite kapasitet til å kunne gi et kontinuerlige tilbud, det er viktig å presisere at oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog ikke skal være et engangstilbud. Kreftpasienter under behandling trenger tett oppfølging, sier Thoresen.

ER FOR FÅ

– Vi i Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF) har ved flere anledninger vist til at både tilsyn og revisjoner fra hele landet har avdekket at mangelfull ernæringsoppfølging og at denne mangelen på kliniske ernæringsfysiologer utfordrer pasientsikkerheten. Helsedirektoratet har klare retningslinjer for hvordan ernæringsarbeidet i helse- og omsorgs-



– Det er altfor få kliniske ernæringsfysiologer som kun jobber med kreftpasienter, sier Lene Thoresen, klinisk ernæringsfysiolog ved Kreftklinikken på St. Olavs hospital.

tjenesten skal foregå, men disse blir ikke fulgt opp godt nok, sier Thoresen, som er medlem i KEFF.

Helsedirektoratet opplyser at de i 2008 anbefalte minst 1,5 årsverk kliniske ernæringsfysiologer per 100 sykehussenger for voksen og per 30 barnesenger på sykehus. Estimater var basert på antall kliniske ernæringsfysiologer ved sykehus i andre Europeiske land. I dag vil dette være et beskjedent estimat, da andre land i mellomtiden har økt bemanningen betraktelig. I følge SSB var det i 2019 under 11 000 sykehussenger totalt her i landet. Per januar 2021 var det i underkant av 700 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge. Foreløpige tall fra en pågående manuell gjennomgang i Helsedirektoratet, viser at blant de autoriserte kliniske ernæringsfysiologene man har kunnskap om (ca. 85 prosent av de 700 som er autorisert), er om lag 280 kliniske ernæringsfysiologer sysselsatt i norske sykehus. Dette tallet omfatter både deltid og heltidsstillinger.

Det er viktig å nevne at poliklinisk arbeid ikke er inkludert i disse anbefalingene, dette har nemlig ikke Helsedirektoratet satt noen anbefalte tall på. Noe som igjen påvirker oppfølgingen kreftpasienter får når det kommer til ernæring, da mange kreftpasienter ikke er lagt inn, men går til behandling på poliklinikken. Flere studier har vist at det også er god økonomi, det er kostnadsbesparende å ha god ernæringsbehandling på sykehus, da for eksempel målrettet ernæringsbehandling på underernærte pasienter, reduserer liggetiden på sykehus.

På spørsmål fra Afrodite om man gjør noe for å øke antall årsverk klinisk ernæringsfysiologer på sykehus svarer Helse- og omsorgsdepartementet følgende: «Helseforetakene skal sørge for et forsvarlig tjenestetilbud, og for å kunne ivareta dette ansvaret må de ha tilstrekkelig kompetanse. Klinisk ernæringsfysiologi er ett av mange fagområder som det er stor bevissthet rundt, både i folkehelsearbeidet og innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det foreligger ikke pålegg fra departementet om å øke antall årsverk innen klinisk ernæringsfysiologi».

TEKST: RANNVEIG ØKSNE
FOTO: S. 8, PRIVAT, S. 9, EDDY GRØNSET

Sammen kan vi gjøre kreft til en sykdom man kan leve med



Vi i AstraZeneca arbeider for
at mennesker med kreft skal leve lengre
og ha bedre livskvalitet.

Vi bygger videre på mer enn 40 års erfaring og flytter grensene for vitenskap med en omfattende portefølje av legemidler under utvikling innenfor kreft.

Vi gjør vårt beste hver dag for å være en god samarbeidspartner for behandlere, forskere og myndigheter i arbeidet med å forbedre livet til kreftpasienter og deres pårørende.



Sjeldne kreftsvulster på eggstokkene

– Ikke la fastlegen gjennomføre gynekologisk undersøkelse. Gå til gynekolog én gang i året og bli undersøkt med ultralyd. Det bør bli like vanlig som å gå til tannlegen, sier Stefanie. Hun måtte kjempe for å få rett behandling da hun fikk sjeldne kreftsvulster på eggstokkene.

37 år gamle Stefanie Wüstner går gjennom Slottsparken i Oslo, der vintersolen henger lavt over trærne. Hun er rask til bens. Til tross for at hun er gravid i sjuende måned, og til tross for at hun har vært gjennom operasjon og en svært tøff cellegiftkur.

– I 2018 ble jeg diagnostisert med en veldig sjelden type eggstokkreft, og det var hovedsakelig mitt initiativ som gjorde at det gikk så bra som det gikk, sier Stefanie.

– Jeg kommer opprinnelig fra Østerrike, og der er det helt vanlig at man blir innkalt til en årlig gynekologisk undersøkelse. Og da snakker vi ikke bare om å ta en celleprøve, men det innebærer også en ultralydunder-søkelse.

Da Stefanie flyttet til Norge i 2016 var det viktig for henne å fortsette med den årlige sjekken. Hun syntes det var lite betryggende at det var fastlegen som foretok undersøkelsen, og da bare med en celleprøve. Så ved neste undersøkelse bestilte Stefanie

Alle kvinner må ta en årlig sjekk hos gynekolog. Det reddet livet mitt.

Stefanie

time hos en privat gynekolog som tok ultralyd av eggstokker og livmor. Da ble det oppdaget en cyste på venstre eggstokk. Den hadde allerede blitt sju centimeter stor, og operasjon måtte til. Normalt sett er cyster ufarlige og bare sjelden er de tegn på kreft. Og når cyster utvikler seg til kreft, da skjer det som regel hos kvinner som har passert overgangsalderen.

Stefanie begynner nå på den lange veien fram mot en riktig diagnose og riktig behandling.



37-åringen Stefanie ble rammet av sjeldne kreftsvulster på eggstokkene. Våren 2018 fikk hun sin siste cellegiftkur, og våren 2021 venter hun sitt første barn

Bagatelliserer symptomene hos unge kvinner

På Radiumhospitalets avdeling for gynekologisk kreft er Olesya Solheim overlege. Hit kommer alle kvinner i Norge med sjeldne gynkreftdiagnoser. Etter uker og måneder skal Stefanie til slutt komme til behandling her.

– Det er alltid vanskelig å mistenke kreft hos en ung, frisk pasient. Det som er farlig med sjeldne svulster på eggstokkene er at man blir ikke trodd i starten. Man tror ikke det kan være noe alvorlig og bagatelliserer symptomene. Og da blir diagnosen stilt litt sent, sier Solheim.

Da Stefanie fikk påvist cysten var det ingen som mistenkte eller nevnte at dette kunne være kreft. Selv er hun utdannet veterinær og hadde fra starten



Sjeldne kreftsvulster på eggstokkene behandles med cellegift, og Stefanie måtte gjennom tøffe kurer før hun ble friskmeldt.

en gnagende følelse av dette kunne være mer alvorlig, for cysten hadde vokst unormalt fort på et halvt år. På dette tidspunktet bor hun i Harstad og blir henvist til sykehuset der. En måneds tid etter den første gynekologundersøkelsen

tid får hun time – bare for å høre det hun allerede vet: «dette er en cyste, og den må fjernes med kikkhullsoperasjon».

Stefanie er en kvinne som ikke tar til takke med lettvinne svar, og hun setter i gang egne undersøkelser for å finne den beste operasjonsmetoden. Den første hun snakker med er gynekologen som fant cysten. Han mener at sykehuset i Harstad ikke har rett utstyr for å fjerne cysten

“

Som kvinne er det viktig å være bevisst på kroppen sin.

Stefanie

uten å dele den opp inne i magen ved en kikkhullsoperasjon. Når cysten blir delt opp inne i kroppen er faren for spredning stor dersom svulsten viser seg å være ondartet.

Derfor anbefaler gynekologen i Harstad at Stefanie bør søke Ullevål om å få operasjonen der. De har operasjonsutstyr til å hente ut cysten uten å dele den opp først.

En spesialist Stefanie rådfører seg med i Tyskland mener man må være oppmerksom på muligheten for kreft, og anbefaler sterkt åpen operasjon der cysten fjernes i sin helhet.

Enda en svulst

I ukene som følger bruker Stefanie utmattende mange timer i telefon for å bli flyttet til Ullevål sykehus. Hun er etter hvert så desperat og sliten at samboeren må hjelpe til for å ringe rundt til leger og saksbehandlere som må overbevises. Stefanie føler på seg at det haster.

– Til slutt fikk jeg endelig time på Ullevål, men bare for kikkhullsoperasjon og da med den metoden der de deler cysten i kroppen før de tar den ut. Operasjonen tok mye lengre tid enn planlagt, for da jeg våknet fikk jeg vite at de i tillegg til cysten også hadde funnet en tre

centimeter stor svulst retroperitonealt ved siden av tarmen. Den første tanken min da var at dette er kreft. Men det det kunne vi ikke vite før svulstene var undersøkt av en patolog.

Det går fire uker, og Stefanie roer seg litt mens hun tenker at hadde dette vært kreft så ville sykehuset tatt kontakt for lengst. Men så skjer ting fort. Olesya Solheim fra Radiumhospitalet har fått oversendt prøvesvarene og ser at dette er en sjelden eggstokksvulst som må til behandling. Den tyske legens vurdering om at åpen operasjon viste seg altså å være rett.

– Kommer jeg til å dø nå?

Legen Olesya Solheim på Radiumhospitalet kaster seg på telefonen, men Stefanie er opptatt på jobb og svarer ikke. Til slutt får Olesya tak i samboeren som akkurat da var på vei inn på et fly. Så det er han som må ringe og fortelle Stefanie at hun må reise til Radiumhospitalet så fort som mulig.

– Da jeg ringte Olesya tilbake var hun veldig glad for at hun fikk tak i meg, og det første jeg spurte var: «kommer jeg til å dø nå?». Hun svarte: «ikke hvis du kommer med en gang». «Kan du love meg det?» Og det kunne hun – om jeg bare kom med en gang. Så jeg stolte 100 prosent på henne. Det var det eneste håpet jeg hadde å holde fast i, forteller Stefanie om den første telefonsamtalen til Radiumhospitalet.

Olesya Solheim forklarer at det er viktig å komme raskt i gang med behandling. De sjeldne svulstene vokser raskt, og diagnosen blir som nevnt ofte stilt i seneste laget.

– Behandlingen er ofte kirurgi og så skal de aller fleste pasienter ha cellegiftbehandling. Men da er det nesten 100 prosent sikkert at kvinnene blir kurert, og selv pasienter med langt kommet sykdom har gode prognoser, sier Solheim.

Selv om det var et sjokk å få kreftdiagnosen følte Stefanie seg omsider trygg på Radiumhospitalet.

– Du blir så utslitt av å kjempe for å få en diagnose og komme til riktig sted. Den prosessen var følelsesmessig mer slitsom enn selve cellegiftkuren! Det var et mareritt!

– Det som er spesielt med sjeldne eggstokksvulster er at de forekommer nesten utelukkende hos unge kvinner, sier Olesya Solheim når Afrodite spør hvorfor det er så vanskelig å få stilt diagnose.

– Ved sjeldne kreftsvulster på eggstokkene er det heller ikke noen familiær historie for dette er ikke arvelig. Det som er spesielt er at svulsten vokser veldig raskt og forårsaker plager som smerter i magen og øket bukromfang. Svulstene kan også produsere hormoner som fører til falsk positiv graviditetstest. Og av og til kan de gi vaginale blødninger.

Kurert og gravid

Som Olesya Solheim hadde lovet, ble Stefanie kurert etter en tøff cellegiftbehandling. April 2018 ble hun friskmeldt, og når vi møter henne i Slottsparken denne vinterdagen er hun gravid i sjuende måned. Hun synes Olesya Solheim og Radiumhospitalet gjorde en veldig god jobb. Men har ikke så mange gode ord å dele ut til dem som hadde ansvaret før kreftdiagnosen ble stilt.

– Jeg tror ikke jeg kunne sisset her for å fortelle dette i dag, for svulsten ville fortsatt å vokse og spredd seg i kroppen

til det var for sent. Den eneste som var bekymret for at dette var noe mer enn en vanlig cyste det var jeg og gynekologene som gav meg råd og hjelp. Som kvinne er det viktig å være bevisst på kroppen sin. Når jeg er på fastlegekontoret da ser legen en veldig liten del av kjønnsorganene mine, for han har ikke det riktige utstyr for det. Kroppen vår er laget sånn at det skal vokse liv inni der, og da er det ikke alltid lett å oppdage unormale ting. Derfor er det viktig at vi har diagnostisk verktøy som kan se inn i kroppen og se om det er noe galt. Det kan ikke fastlegen, men det kan gynekologen.

Ta ansvaret for egen kropp

Siden norske myndigheter ikke tar ansvar må kvinnene selv gjøre det, og da er det beste rådet bestille time hos en privat gynekolog. Det reddet antakelig livet til Stefanie.

– Allerede fra den første menstruasjonen burde kvinner gå til en årlig sjekk. Det tar ti minutter, det er ikke farlig i det hele tatt. Du tar en ultralyd og ferdig med det. Da føler du deg trygg resten av året. Det er som å gå til tannlegen!

Olesya Solheim er enig i at en årlig undersøkelse er viktig. Og skjer det noe i tiden mellom undersøkelsene har hun denne oppfordringen:

– Føler du at noe ikke stemmer, blør du, har du vondt i magen, har du voksende mage og er du dårlig så må du ta kontakt med lege!

TEKST OG FOTO: HARALD HERLAND

STUDIE

Har du nylig hatt underlivskreft?

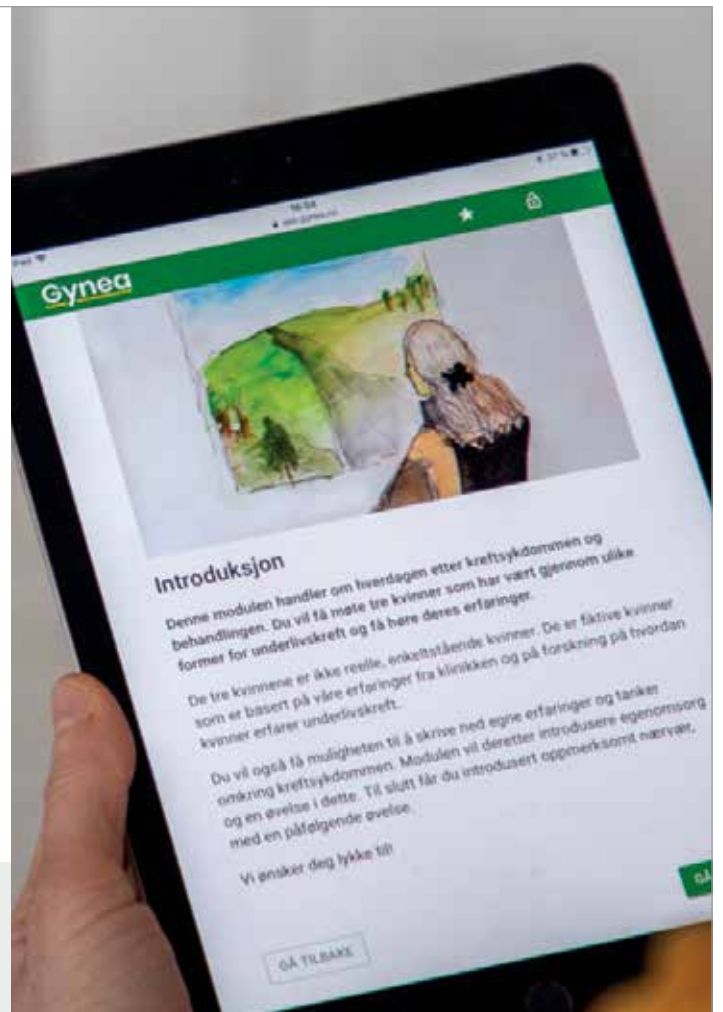
Vi søker deltagere som har avsluttet behandling for underlivskreft det siste året til å være med på et digitalt lærings- og mestringsprogram.

Målet er å gi deg kompetanse til å håndtere kroppslige og psykologiske endringer etter kreftsykdommen. **Det er gratis å være med!**

- Programmet er basert på forskning og erfaring
- Du får ukentlig oppfølging av sykepleier
- Programmet varer i 6 uker

Informasjon og påmelding på gynea.no

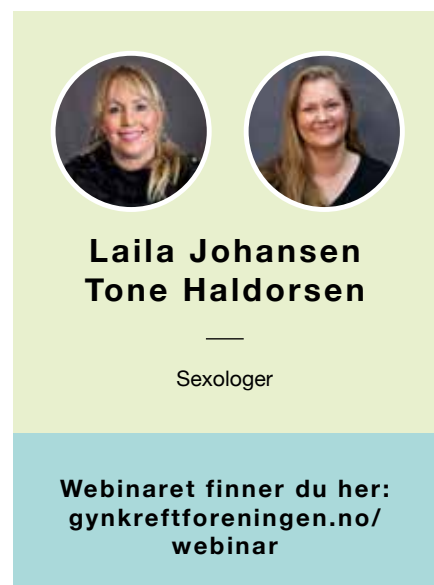
*Gynea er utviklet som en del av INTROMAT (INTROducing Mental health through Adaptive Technology). Les mer om INTROMAT på intromat.no
INTROMAT er finansiert av Norges forskningsråd.*



Seksualitet

– en viktig del av livet

– Snakk sammen om forventninger, ønsker og behov. Vær tydelig, lytt til hverandre og unngå misforståelser. Det var et av de beste samlivsrådene sexolog Laila Johansen gav da hun holdt innledning på Gynkreftforeningens webinar om seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft.



Hun oppfordret til å bruke kommunikasjon som et verktøy, snakke om følelsene dine og hva de gjør med deg og være til stede i din egen kropp.

– Bruk sansene dine. Syn, lukt, berøring, hørsel og smak er sensuelle verktøy. Det er så viktig å få informasjon, god veiledning og støtte under behandlingsforløpet og i tiden etter. Når ordet kreft klirrer i ørene, kommer tanker ofte som liv, livskvalitet og frykten for døden. En gynekologisk kreftdiagnose kan innebære store omveltninger, der både innvendig og utvendige organer fjernes, store arr på kropp og sjel, barneønske salderes og hverdagen fylles med tunge medisinske behandlinger. Indre uro og mangel på egen kontroll preger en, krisens inntog dominerer og går hånd i hand med mestringsstrategier og sorgprosess.

Tone Haldorsen og Laila Johansen er begge sexologer og holdt innlegg på Gynkreftforeningens webinar.

Det tar mye krefter å stå i en krise. Livet kan endres på mange nivåer, både til deg selv, egen kropp, måten å møte verden på og i nære relasjoner. Kjærlighetsspråket mangler, ord og erfaring når sykdom oppstår. Man mister tillit til egen kropp, kroppsopplevelse og kropps-presentasjon. Forholdet til partner kan endre seg, hvem er vi for hverandre i relasjonen? Hvor mye er vi i hverandres jeg- jeg, jeg- du og jeg -vi. Det er lett å miste vi-èt, og det oppstår en hjelpesituasjon med jeg-du. Det er viktig å ta vare på parforholdet under hele behandlingen, og helsepersonell må ta høyde for dette, påpekte hun.

Samtidig er hun opptatt av at det ikke er alle som har en partner. Hun mener det er like viktig å ta vare på seksualiteten for det og snakke om tanker og følelser som preger en.

– For noen kan det oppleves som enda verre å prøve å møte noen etter at man har vært kreftsyk.

Seksualitet er langt mer enn samleie. Det handler om hvordan vi møtes og berøres av hverandre. Seksuell lyst kommer oftest ikke av seg selv, det er et overskuddsfenomen, noe som må bygges opp. Derfor er det også så viktig å bli trygg på egen kropp igjen. Kjenn etter hva som er viktig for deg, et forhold må jobbes med. Vær ikke redd for å sette ord på dine følelser, du blir tydeligere og det blir lettere for den du ønsker et forhold til, oppfordrer Laila Johansen.

Nytt seksualliv etter fjerning av livmor

Tone Haldorsen er sexolog og parterapeut og har egen erfaring med seksualliv etter at hun måtte fjerne livmor og den ene eggstokken. På Gynkreftforeningens webinar delte hun sine erfaringer.

– Jeg har ikke selv hatt kreft, men er pårørende til kreft. Men selv uten kreft har jeg måttet fjerne livmoren, eggledere og en eggstokk, og hadde store bekymringer rundt dette, til tross for utdannelsen min og kunnskapen min. For det er rett og slett for lite informasjon og forskning rundt dette, påpeker hun.

Hun fikk diagnosen endometriose da hun var 18 år, og etter mange år i smertehelvete og andre konsekvenser av sykdommene, valgte hun å fjerne livmoren i 2020.

– Jeg har tidligere fire kikkeshullsoperasjoner bak meg. Da den ble fjernet, oppdaget de at jeg hadde både endometriose, adenomyose og muskelknuter, så jeg var sykere enn vi kunne se for oss. I tillegg var den ene eggstokken helt ødelagt av endometriosen, så den måtte de også fjerne sammen med egglederne. Jeg valgte selv å beholde livmortappen, og så avgjorde kirurgene at den ene eggstokken var frisk nok til å få være igjen. Operasjonen gikk helt problemfritt, og jeg har hatt en uproblematisk rekonvalesens. Jeg føler meg veldig heldig som har en så god opplevelse med dette, sier hun.

Men å fjerne livmoren var en helt egen prosess både fysisk og psykisk.

– Særlig innen tantra hører man om hvor mye livmoren har å si for seksualiteten og orgasmen, og kvinner jeg snakket med kunne si at de følte seg mindre kvinne, at de følte seg hul innvendig, at noe manglet. For meg ble det motsatt. Jeg har aldri følt meg så mye kvinne som nå, så levende, så seksuell. Jeg føler meg absolutt ikke tom, kun fylt opp



Jeg har aldri følt meg så mye kvinne som nå.

Tone Haldorsen

av all energien og gleden sykdommene frarøvet meg i 20 år, sier hun.

Det var mange tanker som strømmet gjennom hodet hennes før hysterektomien. – Kom jeg til å ha et godt sexliv igjen? Kom orgasmen til å bli like sterk som før? Kom jeg til å miste orgasmen? Kom jeg til å føle meg annerledes? Kom det til å være problemer eller komplikasjoner i ettertid? Alle disse tankene, og mer, surret rundt før operasjonen. MEN!

Tone Haldorsen mener hun fikk et bedre seksualliv etter at hun fjernet livmoren og ble kvitt sine smerter.

Sexlivet mitt har blitt bedre, orgasmene sterkere, og jeg har fått tilbake både energi og livsglede. Jeg kan endelig være den jeg ønsker å være.

Å fjerne deler av vulvaen, klitoris og skjede er en helt annen prosess enn å fjerne livmoren, og her har jeg ingen egen erfaring. Her har jeg kun klienters opplevelser, og kunnskap og informasjon jeg har hentet fra bøker og forskning. Her er det snakk om en veldig spredt skala, så her blir det veldig generelle vendinger for å dekke så mye som mulig.

For det blir ikke bare å fjerne noe innvendig. Et ødelagt organ. Det vil endre både utseende og funksjon. For mange skader dette selvbilde og selvtillit. De blir usikre på hva partneren skal synes om dette. For de uten partner, vil det kunne komme tøffe tanker om hva en ny partner vil tenke. Det seksuelle blir hardt påvirket, og mange er redd for at de aldri skal kunne ha sex igjen. At de aldri skal kunne oppleve orgasme igjen. Og ja, sexlivet blir annerledes for mange. Men det trenger ikke bli ødelagt, påpeker hun.

Lyst

De vanligste årsakene til å fjerne livmor hvis man ikke har kreft, er endometriose, adenomyose og muskelknuter.

BRUK HJELPEMIDLER

Dilator Kit hjelper for å tøye skjeden for å unngå sammenvoksinger og arrvev.

– Det som fås kjøpt på Kondomeriet er ett av de beste på markedet, mener Tone Haldorsen. De følger skjeden, og går ikke bare rett frem som mange gjør. De er også i mykere materiale, og ikke hard plast. Bruken er jo individuell ut fra hva man trenger, så søk gjerne råd hos en sexolog for å bruke det riktig. Dilatorer brukes blant annet for å opprettholde mykhet og smidighet i skjeden, og forhindre at den vokser sammen. Husk at som medlem i Gynkreftforeningen får du rabatt hos Kondomeriet. Oppgi koden GYNKREFT når du handler.

Testosteronkrem/Testogel kan brukes for å øke sexlysten. Dette brukes som regel på menn med lave testosteronnivåer, men har bevist god effekt på kvinner som sliter med lav sexlyst ved fjerning av eggstokker og livmor. Dessverre er det ikke allment godkjent i Norge at kvinner bruker dette, så vil ikke legen din hjelpe deg, finn noen som vil, oppfordrer hun.

Glidemiddel/glidekrem er veldig viktig for å unngå skader og smerter. Finn et glidemiddel/glidekrem av god kvalitet, og som er så mildt som mulig. Helst uten parfyme og smak.

Leketøy i glass eller metall er veldig bra både med tanke på liten friksjon, og det å leke med temperaturforskjeller. Glass og metall kan ofte føles mykere enn silikon, og skaper mindre friksjon, som er positivt ved for eksempel tynne skjedevegger eller smerter.

Vibratorer finnes i mange former og farger, og kan bidra til økt følsomhet. Vibratorer kan brukes på hele kroppen, så her gjelder det å finne en eller flere du liker og som passer ditt bruksområde.

Det finnes **vakuumleketøy** til kvinner som øker blodtilførselen i underlivet. Dette øker fuktigheten, skaper mer følsomhet og kan bidra til økt lyst.

Å fjerne livmoren i disse tilfellene har ingen fysisk risiko for å endre sexlivet på en inngripende måte. Det er svært sjeldent det skaper fysiske komplikasjoner. Man kan både få lyst, orgasme og fukt på samme måte som før. Det mest smertefulle vil for mange være om de ikke har fått barn.

– Ved kreft er prosessen en litt annen. Her må vi ta med både strålebehandling, cellegift, etterbehandlinger, oppfølginger og eventuelle tilbakevendende kreft inn i ligningen. Bivirkninger av cellegift og strålebehandling kan skape sammenvoksinger, arrvev, tørrhet i skjede, blødninger, tynne skjedevegger og smerter ved samleie. Selv om det psykiske også

“

Det finnes hjelpemidler som kan lette plagene.

spiller inn her, må vi ikke ta for lett på det fysiske og estetiske i disse situasjonene. Det finnes hjelpemidler som kan lette plagene, men uten det psykiske på plass vil ikke hjelpemidlene ha den helt store effekten. For lyst kan ikke tvinges frem.

Hun påpeker at lyst kommer i to hovedkategorier: responsiv og spontan. Spontan lyst er når du plutselig blir tent, eller får lyst på noe. Responsiv lyst er når du reagerer på berøring, initiativ fra partneren e.l. Det er lyst som oppstår som en reaksjon på noe andre gjør.

– Responsiv lyst er den vanligste for de fleste, og her er det mye som kan gjøres. For å bygge opp lyst mellom deg og partneren, er det mye dere begge kan gjøre i hverdagen, som ikke har noe som helst med sex å gjøre. En god lyst-sirkel inneholder kommunikasjon – kontakt – lyst.

Det er også viktig med respons dere imellom. Å respondere på berøring og komplimenter er kjempeviktig, og noe man ofte glemmer i hverdagen. Det skal ikke mye til, men får du et stryk på kinnnet eller ryggen, gi øyekontakt og et smil tilbake. Vis at du setter pris på det partneren akkurat gjorde for deg.

Kjærlighetsspråkene snakker jeg mye med klienter om når det kommer til manglende lyst, fordi manglende lyst ofte kommer i kombinasjon av å ikke få behov dekket. For man må både kunne få behovene dekket av både seg selv og partneren for å skape en helhet. Dette er særdeles viktig når man har gått igjennom noe så vanskelig og vondt som kreft, og særlig kreft og operasjoner som påvirker sexlivet, sier Tone Haldorsen.

Orgasme og underliv

Hun trekker frem at ved noen former for underlivskreft kan man risikere å måtte fjerne deler av eller hele klitoris, skjede og kjønnslepper. Dette vil for mange være særdeles skremmende, av mange grunner. Den største frykten er nok smertene, i tillegg til det man føler om det estetiske. Og frykt for smerte vil man ta med seg videre inn i sexlivet, og kan sette psykiske stoppere for et videre sexliv. For kvinner er klitoris og skjede det man forbinder med nytelse og orgasme, på samme måte som man som mann vil tenke på penis som «sex-verktøyet». Det å fjerne disse, vil føles traumatiserende og hemmende.

– Heldigvis er kroppen vår tilpasningsdyktig, og det er mye man kan gjøre som ikke innebærer kjønnsorganene. Og for å forstå dette, må vi forstå hvordan nytelse og orgasme faktisk fungerer. For kjønnsorganene våre trenger faktisk ikke ha noe med dette å gjøre i det hele tatt! Lyst, nytelse og orgasme starter i hjernen. Nervebanene i kroppen sender signaler mellom hjernen og ryggraden, som lokaliserer hvor nytelsen kommer fra. Disse nervebanene er veldig knyttet opp mot underlivet, men også ut til resten av kroppen. Om man tar bort for eksempel

klitoris eller skjede, vil nervebanene rett og slett relokalisere seg til andre steder i kroppen, og forsterkes der. Kroppen vil selv danne nye eller forsterke allerede eksisterende erogene soner i for eksempel bryster eller øreflipper, og for noen kan det gi liknende effekt som berøring av klitoris. Det vil jo aldri bli helt likt, men med tilvenning og tålmodighet vil dette ha en god effekt for mange, sier hun.

De erogene sonene

For orgasme er ikke bare de sekundene/minuttene fra den merkes til den slippes løs.

Orgasme er avhengig av en prosess der den seksuelle spenningen gradvis bygger seg opp over tid. Denne spennin-gen bygges opp ved å stimulere spesielle områder, de vi kjenner som erogene soner, men vi må ta med duft, syn og smak her. De best kjente og mest brukte er jo vulva og vagina, med klitoris i spissen. Bokstavelig talt.

Men erogene soner finnes på hele kroppen, og selv de med lammelse i kroppen som utelukker følelser i kjønnsdelene, vil kunne oppleve orgasme ved berøring av andre erogene soner. Mulig-hetene er mange!

Noen forskere mener at når orgasmen bygger seg opp og slippes fri, samles alle impulsene enten i hjernen eller i rygg-margen, som deretter slipper sjokkbølger løs både til hjernen og kjønnsorgan, og dermed skaper samme effekt som or-gasme ved berøring av kjønnsorgan. Men dette er dessverre vanskelig å forske på, så vi står kun med teorier og ikke klare svar på hvordan dette egentlig fungerer.

Men forskning viser at de uten klitoris, skjede, livmor og kjønnslepper fortsatt kan oppleve seksuell nytelse og orgasme. De vil kunne kjenne orgasmen i underlivet eller andre steder i kroppen, selv uten berøring av underlivet. Ved rekonstruksjon av vaginaen, ser man at nervene vokser inn dit igjen og skaper nytelse som normalt.

Noen orgasmer merkes med sammen-trekninger, mens andre orgasmer «fader»

bare ut uten sammentrekninger. Orgasme trenger ikke være voldsom med stjerner og planeter. Det som kjennetegner en orgasme, er at spenning bygger seg opp til en topp, og at man i etterkant har en deilig avslappet følelse. Dette kan være kraftig eller mildt. For eksempel vil mange som opplever kroppsorgasme ikke merke sammentrekninger i underlivet. Man kan oppleve en eksplosiv nytelse uten å egentlig vite hva det var.

Berøring og nærhet

– Oksytocin er kjent som kjærlighets-hormonet, og utløses av berøring. Oksy-tocin får deg til å slappe av. Testosteron øker sexlysten, og dopamin er kjent som lykkehormonet. Dopamin får deg til å føle deg oppstemt av sex, og skaper et ønske om mer. Sex og orgasme blir der-for sett på som kroppens naturlige rus. Dessverre vil store fysiske og psykiske påkjenninger blokkere for mye av dette, derfor er det viktig å finne en vei til et tilfredsstillende sexliv i en ny situasjon.

Og sex er ikke bare penetrering. Sex er det du gjør det til. Før i tiden var reproduksjon sexens hovedoppgave, men i dagens samfunn er reproduksjon ganske langt ned på listen av hva sex brukes til. Husk at sexens viktigste funk-sjon er å skape nærhet og samhørighet til partneren. Nærhet og tilhørighet kan også skapes på andre måter, og når man bygger seg opp igjen etter store fysiske og psykiske endringer og påkjenninger, er det her man må starte. Ligge inntil hverandre, berøre hverandre på nye og kjente måter, holde rundt hverandre, finne trygghet og tillit til hverandre. Lange klemmer og kyss frigjør dopamin, oksytocin, adrenalin, østrogen og testosteron.

“

Sex og orgasme er kroppens naturlige rus.

– Når kroppen din går igjennom store og smertefulle forandringer, er det viktig å bli kjent med seg selv på nytt. Bli trygg på seg selv på nytt. Finne aksept i at sexlivet ikke blir som før, men at det fortsatt kan bli bra. Det blir bare noe nytt, og det nye kan også være tilfredsstillende. Kommunikasjon med part-neren din er alfa og omega. Ved å dele tanker og bekymringer, være åpen om hva du føler, vil kun hjelpe dere til å finne en vei sammen. Husk at partneren din ikke kan sette seg inn i hva du går igjennom, så det er viktig at du greier å sette ord på det. Oppsøk gjerne en sexolog og/eller for å få hjelp til å finne deg selv på nytt, og for å få verktøy du kan bruke både alene og sammen med en partner. Å finne kjærlighet til seg selv og egen kropp er første steg på veien. Aksept er noe av det vanskeligste man kan gjøre, og det kan være en lang prosess. Men det er verdt det for å kunne være i deg selv resten av livet, sier Tone Haldorsen.

TEKST OG FOTO: EDDY GRØNSET

Nytt styre i Vestfold og Telemark lokallag:

Leder: Lise Dean
Nestleder: Janne Olsen
Styremedlemmer: Christine Holthe, Tonje Bjerkelund, Silje Aasheim.

Livet med senskader

Listen over senskader er lang. Slik lever Siw-Kristin Gundersen Haugseth best mulig med følgene etter gynekraftbehandling.

For 16 år siden fikk Siw-Kristin Gundersen Haugseth som 34-åring, påvist livmorkreft og neuroendokrin livmorhalskreft, som er en sjelden form for livmorhalskreft. De alvorligste underlivsplagene dukker opp hos de som må gjennom mye strålebehandling, noe Siw-Kristin har sluppet. Likevel er listen

over senskadene hennes lang: Polioneuropati, tinnitus og dårlig hørsel, fatigue, overaktiv blære, ileus-anfall (gjentakende tarmslyng), tidlig overgangsalder og overvekt.

– Hvordan arter disse senskadene seg for deg, og hva gjør du for å leve best mulig med det?

– Kognitiv svikt går på hukommelse og at jeg glemmer helt vanlige ord. Jeg glemme det jeg gjorde for noen få sekunder siden eller hvor jeg nettopp har lagt fra meg ting. Her gjelder det å ta hensyn og legge opp dagene. Jeg skriver huskelapper både på papir og

på telefonen. Det går nok an å trene seg litt opp, men sjelden til en langt bedre tilstand, forteller Siw-Kristin.

Lite fokus

Tinnitus gjør at man hører lyder som utelukkende kommer fra ditt eget nervesystem. Siw-Kristin forteller at det er lite hun kan gjøre noe med, men ett tips er å fokusere så lite som mulig på det. Man blir fort sensitiv og uoppmerksom.

– Polioneuropati går for meg på smerter i bena, samt at både ben og hender dovner bort. Dette går dessverre ikke an å trene bort, men jeg har fått beskjed om at jeg får såler til skoene. Disse skal hjelpe i forhold til benstilling og avlaste foten.

– Tarmslyng kan man ikke gjøre noe med. Jeg har fått tips og råd fra gastroavdelingen på Ahus som går på å tygge maten godt, spytt ut fruktsteiner, fjerne det hvite på appelsiner og lignende. Det kan gå et år eller tre måneder mellom anfallene. Jeg har vært operert for det en gang, men får likevel anfall – senest i sommer. Ofte blir man lagt inn på sykehus for å bli overvåket og sjekke om man må operere, da fjerner de en del av tarmen.

Hemmende i hverdagen

Overvekt er en typisk senskade etter gynekraftbehandling, fordi man raskt kommer i overgangsalderen.

– Det føles som jeg ikke tar av en eneste kilo uansett hva jeg gjør. Medisinbruk og bukoperasjon er også faktorer som spiller inn her. Det er mange ting som baller på seg og gjør at jeg har gått opp i vekt. Det er sendt søknad til overvektsklinikken, der det er veldig vanskelig å få plass, så dette er noe jeg venter på, forteller hun.

Mens overaktiv blære gjør at hun alltid må finne ut hvor nærmeste toalett er.

– Skal jeg ut og reise eller bort på besøk, er det mitt første spørsmål. Det hemmer meg litt i hverdagen, også fordi det fort kan lekke hvis man for eksempel



Siw-Kristin Gundersen Haugseth trekker frem hvor viktig det er lytte til kroppen sin, og finne en fastlege som faktisk henviser deg videre ved behov.

trener. Heldigvis får man hjelpemidler på blå resept, og kan kjøpe Tena Lady uten å blakke seg, smiler Siw-Kristin.

Da hun fikk fatigue i 2006 trodde man at dette var noe som gikk over av seg selv, dermed fikk ikke Siw-Kristin den hjelpen man får i dag.

– Å være flink til å legge opp hverdagen og ikke gjøre for mye er nøkkelen. Jeg jobber to dager i uken, da passer jeg på å ikke gjøre noe spesielt dagen før og etterpå. Nok søvn er også essensielt.

Stå på krava

Hun går hos Stein Kvaløy som jobber ved avdeling for seneffekter etter kreftbehandling på Radiumhospitalet.

– Han er en kjemperessurs til å henvise meg til de rette stedene. Jeg venter nå på å få plass på Catosenteret, for å få ytterligere tips og råd til å kunne ha det best mulig med senskadene.

Siw-Kristin påpeker at det psykiske også spiller en stor rolle for å takle tilværelsen best mulig. Viktigheten av å ikke se negativt på ting, og være på offensiven med å finne opplysninger som kan gjøre livet lettere, kommer godt med.

– Hvilke av senskadene merker du mest til i hverdagen?

– Egentlig er det alt, men jeg tenker ikke så mye over det lengre. Jeg fikk de første senskadene i 2006, noen måneder etter at jeg var ferdig behandlet. At jeg har hatt det så mange år, gjør også at jeg «glemmer» det litt. Man er rett og slett mer bevisst senskadene med det samme man får dem.

Hun trekker samtidig frem hvor viktig det er lytte til kroppen sin, og finne en fastlege som faktisk henviser deg videre ved behov.

– Jeg opplever ofte at folk ikke får henvisning, fordi legen mener det vil gå over av seg selv etterhvert. Det er på tide å ta senskader på alvor. Be om å bli sendt til et rehabiliteringssted. Montebellosenteret er et tips, mens man kan få et fire ukers opphold ved Catosenteret. Det er mye hjelp der ute, bare man har øynene opp for det.

TEKST: KJERSTI JUUL

FOTO: EDDY GRØNSET

Oslo og Akershus lokallag

Lokallaget rapporterer om vellykkete digitale møter. Både årsmøtet, og det nye styrets styremøte 8. mars fungerte veldig bra.

På grunn av pandemien så har lokallaget ingen planer om samlinger nå på vårrparten. Men de håper å få til et sommermøte (sommerfest) i starten av juni. Styret planlegger å legge dette lokalt med tanke at vi fortsatt må følge strenge retningslinjer i henhold til smittevern.

Lokallaget har satt opp tider på The Well, men det er usikkert på om dette lar seg gjøre siden smitten er veldig høy i Norge og særlig i Oslo området. Høstaktiviteter er under planlegging, men dette vil lokallaget komme tilbake til.

Nytt styre i lokallaget er:

Leder: Katrine Kopperud Eriksen
Nestleder: Cathrine Engenes
Styremedlemmer: Emma N. Enemark, Øydis Håheim og Solvor Bye Tellefsen.

Senskader må ha helhetlig oppfølging

– Det er dessverre ikke noe systematisk, godt tilbud om rehabilitering av kreftpasienter i dag. Det til tross for at de fleste kreftpasienter nå er blitt langtidsoverlevende av sykdommen sin, ofte kalt kreftoverlevende, sier professor emeritus Stein Kvaløy.

Han skulle ønske at alle kreftpasienter som sliter med senskader etter kreftsykdommen eller behandlingen de har vært gjennom flere år etter at den ble avsluttet, får en individuell plan for å gripe fatt i utfordringene man står overfor.

Han er en som kjenner kreftfeltet i Norge godt. Han startet å jobbe med kreftpasienter i 1976.

– Jeg har jobbet med de fleste typer av kreft. Jeg har vært leder av kreftavdelingen på Radiumhospitalet, og har undervist og vært professor ved Universitetet i Oslo. Nå er jeg pensjonist, men jobber to til tre dager i uken ved Nasjonal kompetanse-

tjeneste for seneffekter og i Seksjon for seneffekter etter kreftbehandling, som har en liten poliklinisk aktivitet. Jeg har fulgt kreftbehandlingen gjennom mange år og sett hva slags senvirkninger som kan komme. Nå er det på tide at vi tar et skikkelig tak for å lindre de plagene mange sliter med, og det dreier seg ofte om komplekse problemer. Det er viktig å understreke at disse sykdommene også forekommer hos det vi kan kalle normalbefolkningen, sier han.

KAN KOMME ETTER MANGE ÅR

De vanligste former å behandle kreft på er fortsatt kirurgi, stråling og medisinsk behandling (cellegift og/eller hormonbehandling). Det er ennå tidlig å si så mye om langtidsskader etter for eksempel immunbehandlingen/presisjonsmedisin som har kommet de senere årene og hvor en venter en betydelig utvikling i kommende år. Foreløpig har en ennå ikke så mye kunnskap om senskader fordi observasjonstiden er kort. Han regner med at senvirkningene blir færre.

– Vi vet også at når cirka 50 prosent av alle kreftpasienter er over 70 år, så har de gjerne andre sykdommer i tillegg som naturlig følger med alderen. Seneffekter kan være et bredt spekter av tilstander. Nå er det også en viss fare for at kreftbehandlingen i seg selv, på grunn av strålebehandling og cellegift som kan være kreftfremkallende, kan forårsake ny kreft. Risikoen er ikke så veldig stor. Vi håper at den moderne kreftbehandlingen vil redusere denne risikoen. Senskader kan komme mange år etter at behandlingen er over.

Stein Kvaløy forteller at det for noen kan gå opp mot 15 år siden du ble behandlet til noe skjer i kroppen. Da glemmer pasienten kanskje sammenhengen med tidligere behandling. Det er også lett at fastlegen din kan overse dette.

– Det er ikke alltid vi har behandling for seneffektene. Det vil være på linje med behandlingsmuligheter for tilsvarende sykdommer i befolkningen

for øvrig. Antall bivirkninger øker med mengden av behandling. En behandlingsmodalitet (kirurgi, strålebehandling eller cellegift) gir vanligvis færre bivirkninger enn når vi kombinerer to eller flere av disse behandlingsmodalitetene. Flere som har hatt kreft får uføretrygd enn resten av befolkningen og inntektsutviklingen er dårligere. Det jeg vil frem til er at det er viktig både for den enkelte og for samfunnet, at vi gjør mer for å forebygge seneffekter og for å lindre dem som har oppstått, sier han.

SPESIELT FOR GYNKREFTPASIENTER

Noen skader er mer fremtredende for gynekreftpasienter enn andre. Det kan gå på at eggstokkene er blitt fjernet eller at de er blitt skadet av cellegifter, som igjen påvirke hormonproduksjonen, gir tidlig overgangsalder med plager som tørre og tynne slimhinner i skjeden, smerter og evt blødning i forbindelse med samleie samt redusert sexlyst.

– Strålebehandling mot bekkenregion gir også skader som kan oppstå på ulikt tidspunkt etter behandlingen. Selv om en i dag kan målrette strålebehandlingen mer enn før, kan en ikke unngå skade av det friske vevet i området tett inntil strålefeltet. Dette er på mange måter årsaken til symptomene senere i livet. Det er viktig å understreke at strålefelt og stråledoser er tilpasset den enkelte kreftsykdom/svulsttype og at det ikke er gitt galt strålefelt eller for høye

doser. Plager pasientene kan beskrive er smerter i bekkenet, hevelse i begge underekstremiteter, plagsom diare som er vanskelig å behandle og vannlatingsproblemer. Noen pasienter blir inkontinente og må bruke bleier. For dem som har hatt livmorhalskreft blir dette ofte en kronisk og plagsom tilstand som begrenser privat og sosial aktivitet. De må vite hvor toalettene er på ruta hver gang de skal ut av huset. Dette er også viktig for de som er behandlet for blærekreft. Oppgaven blir å henvise pasientene til riktige spesialister avhengig av hvilke plager pasientene har, sier han.

NEVROPATI

– Nevropati er en skade som kan komme fra spesielle cellegifter. Dette merkes som prikkinger, stikking i fingre og hender samt under føttene. Noen kan få redusert kraft i hender og føtter. Noen blir ustø, og snubler kanskje lettere enn før. Disse pasientene bør henvises til nevrolog som kan gjøre ulike kliniske og tekniske undersøkelser av nervebaner/nerveledninger. For dem som har mye plager som smerter, kan en prøve ut ulike medikamenter. Fysioterapi kan ha effekt for noen, og generelt er balansetrening viktig. Det er viktig at pasientene kommer til noen som kan dette godt, påpeker han.

LYMFØDEM

Lymfødem og oppsamling i benene av lymfevæske etter strålebehandling, er plagsomt. Benene blir hovne og tunge (der vekten kan øke med mange kilo) som gjør den vanskelig å bevege seg, tilpasse tøy, og her kan fysioterapeutene med spesialkunnskap om lymfødembehandling gjøre nytte.

FATIGUE

Fatigue er fransk for kronisk tretthet. Det forekommer under og etter kreftbehandling.

– Fatigue er et plagsomt symptom, en varig og subjektiv følelse av tretthet, men er i det internasjonale diagnosesystemet ICD10 ikke definert som en diagnose. Dette er kanskje den hyppigste seneffekten etter kreftbehandling. En antar at cirka 30 prosent av kreft-



– Rehabilitering av kreftoverlevende burde hatt et større fokus og det er svært viktig at de alvorlige historiene som kommer fra enkelt-pasienter blir løftet fram og gis prioritet. Det er lenger ikke nok å helbrede kreftpasientene, selv om dette er det første og viktigste målet. Habilitering/rehabilitering er viktig for den enkelt men er også viktig og lønnsomt for samfunnet, sier Stein Kvaløy.

pasientene vil utvikle fatigue i varierende grad. Fatigue kan oppstå flere år etter avsluttet behandling. Det er en tretthet som ikke har med aktivitet å gjøre, og der hvile ikke har særlig effekt på tilstanden. Ofte er pasientene ikke forberedt på fatigue og hvordan tilstanden påvirker arbeidet, det sosiale og private livet og livskvaliteten. For pasienter som er i jobb bruker de all energi til å holde seg i jobben og bruker kvelder, helger og ferier til å lade batteriene, som ofte beskrives som utladet. Fatigue er ikke spesifikt for kreft, men for en hel rekke andre sykdommer og i gjennomsnitt har cirka 11 prosent av befolkningen denne tilstanden og den øker med alderen. Rådet for dem med fatigue er regelmessig livsførsel, tilpasset aktivitet, nok hvile og søvn. Vi vet at fysisk aktivitet er til hjelp, men det trenger ikke være hard trening.

Det er viktig å si at en ofte må lære seg å leve med tilstanden og akseptere et nytt aktivitetsnivå, som for de fleste selvfølgelig er vanskelig, sier Kvaløy.

TRENGER HELHETLIG OG INDIVIDUELL TILPASNING

Stein Kvaløy påpeker at vi i Norge i dag har nærmere 300 000 kreftoverlevende. De aller fleste har lettere plager som kan løses hos fastlege eller lokalsykehuset. En beregner at cirka fem prosent av kreftoverlevende har samlet sett en så kompleks tilstand at det er behov for vurdering på regionsykehusnivå.

– Selv om fem prosent synes lite representerer disse likevel et ganske stort antall pasienter. Avdeling for kreftbehandling, Radiumhospitalet ved Oslo Universitetssykehus, er det eneste

sykehuset som har en poliklinikk for pasienter med seneffekter etter kreftbehandling. Vi har et bredt samarbeid med ulike helsefag og medisinske spesialister etter at vi har gjort en helhetlig vurdering av status og hvilken behandling/hjelp pasientene trenger. Vi spiller også stor grad på fastlegene og lokalsykehusene. Det er viktig at de andre regionsykehusene etablerer tilsvarende poliklinikker, og jeg regner med at det vil komme om ikke for lang tid, sier Kvaløy.

TEKST OG FOTO: EDDY GRØNSET



Aleris Kreftsenter

NORGES LEDENDE PRIVATE KREFTSENTER

Hos oss får du full utredning, innovativ og persontilpasset behandling samt tverrfaglig oppfølging.

Ingen ventetid. Uten henvisning.

Kontakt oss for mer informasjon tlf: 22 54 11 78 • aleris.no/kreft

Ansvarlig lege: Øystein Henske Flatebø


Aleris



INVENTING FOR LIFE



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen.
Tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.
Copyright © 2017 MSD (Norge) AS. All rights reserved. VACC-1237270-0000 11/17

Tenker «ut av boksen»

Ny studie gir håp for platinumresistent eggstokkreft.
– Det er viktig å ikke bli låst i troen på kun én behandlingsmåte. Dette er et skritt i riktig retning, sier professor Line Bjørge.

Når en eggstokkreftpasient har tilbakefall og sykdommen har blitt såkalt platinumresistent, har man i dag få behandlingsalternativer. Målet for behandlingen er i denne fasen hovedsakelig på palliasjon.

– De fleste pasienter vil i denne fase tilbys behandling med et enkelt medikament som infusjoner med ukentlig Taxol, Gemzar eller Caelyx. Andre vil tilbys behandling med tabletter i form av Tamoxifen som er en anti-hormonell behandling. Hos pasienter som har symptomgivende ascites eller pleuravæske kan den medikamentelle behandlingen kombineres med Avastin, sier Line Bjørge, som er professor og overlege ved Seksjon for gynekologisk kreft på Kvinneklubnikken ved Haukeland Universitetssykehus.

Den kombinasjonen som hittil har vist seg mest nyttig er Taxol og Avastin, både når det gjelder symptomlindring og overlevelse.

– Dessverre er det slik at mange pasienter på dette tidspunktet ikke kan nyttiggjøre seg av Taxol enten på grunn av allergiutvikling, parestesier eller at kreftsykdommen ikke lenger svarer på medikamentet. Medisinen Gemzar kan, når den gis som enkelt medikament, gi symptomlindring i alle fall en periode. Forskerne har lenge vært på jakt etter nye behandlingsmåter og spørsmålet er nå om man kan kombinere de medikamentene man i dag bruker med noe nytt, sier Bjørge.

En kilde til håp

Immunterapi kalles også for sjekk-punkthemmere, det vil si at det regu-

lerer viktige punkter i immuncellenes aktivitet. Bjørge trekker frem at immunterapi ofte virker dårlig på pasienter med eggstokkreft. Dette skyldes at det er vanskelig å aktivere immunsystemet lokalt i svulster som utgår fra eggstokkene. Derfor er det viktig å finne andre behandlingsmåter for denne pasientgruppen.

– Celledeling er en prosess som er nøye regulert. I alle normale celler finnes det kontrollpunkt, hvor cellen kan stoppe opp og «tenke seg om» om den skal gå videre med delingsprosessen, forklarer Bjørge.

I en studie som nylig ble publisert i det medisinske tidsskriftet Lancet undersøkte forskerne om man kunne tilby pasientene med platinaresistent eggstokkreft en behandling hvor man kombinerte cellegiften Gemzar med en ny sjekkpunkthemmer som bremser et molekyl som betegnes WEE1, slik at kreftcellene ikke kan dele seg. Man fant at pasientene som fikk denne kombinasjonen gjør det litt bedre enn de som bare mottok behandling med Gemzar.

Alternative angrepsmåter

– I den tilhørende kommentaren til studien diskuteres det om kombinasjon med Taxol kanskje kunne representere et annet behandlingsalternativ. Selv om mange pasienter i denne situasjonen ikke lenger er egnet for behandling med Taxol kan man gjøre seg et håp om at man kan identifiserer andre kombinasjoner som er mer nyttige. Samtidig er det viktig å ha i mente at behandling med den nye studiemedisinen Advosertib gir



LINE BJØRGE

Professor og overlege ved Seksjon for gynekologisk kreft på Kvinneklubnikken ved Haukeland Universitetssykehus.

mye bivirkninger, påpeker Bjørge.

– *Hvor «revolusjonerende» er denne studien?*

– De siste fem årene har det gynekologiske kreftmiljøet fokusert mye av sin energi på identifikasjon av ny behandling på immunterapi og PARP-hemmere. Selv om PARP-hemmere synes å ha god effekt, har immunterapi ikke vist effekt ved eggstokkreft. Det er derfor veldig bra at man, slik som i Lancet-studien, nå forsøker å identifisere andre alternativer, sier Bjørge.

Hun beskriver studien som et skritt i riktig retning for å finne nye angrepsmåter mot sykdommen.

TEKST: KJERSTI JUUL
FOTO: EDDY GRØNSET

Protonterapi innføres i Norge

Norge følger etter flere andre land og arbeidet med å bygge to protonsenters i Oslo og Bergen er i gang. I fremtiden kan flere kreftpasienter bli vurdert til denne type behandling, som vil spare mest mulig normalvev fra stråling.

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

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

– Det spesielle ved protonterapi er først og fremst de fysiske egenskapene til protonene slik de avgis i pasienten. Den høyenergetiske røntgenstråling,



fotoner, som er dagens standardbehandling, vil typiske gi en relativt høy dose dypt inn i pasienten. Protonene er små partikler som avgir det meste av sin stråling på et bestemt dyp, avhengig av hvilken energi de går inn i pasienten med. Ved å sende inn knipper med stråling av ulik energi med svært korte tidsintervaller mellom, kan man få en relativt lik stråledose på det dypet man ønsker, og dosen bak svulsten blir lav. Derved kan man redusere risiko for komplikasjoner på lang sikt med denne strålebehandlingen i forhold til med dagens røntgenstråling, forklarer han.

Svært spennende felt:

Olav Mella leder det nasjonale virksomhetsprosjektet som skal etablere protonbehandling som et flerregionalt behandlingstilbud i Norge.

Hvem vil ha mest nytte?

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

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



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

Gynekologisk kreft har sitt utgangspunkt i bekkenet, der det er mye normalvev som tradisjonelt har vært vanskelig å spare med fotonbehandling. Protonterapi kan være en aktuell behandlingsform for gynekrepasienter, herunder også tilbakefall, selv om det foreløpig er lite brukt per i dag.

– I fremtiden vil nok en del pasienter bli vurdert for både foton- og protonbehandling og gis behandling med den form for stråling som sparer mest normalvev når dosefordelingen blir sammenlignet, sier Mella.

Høyt fokus på kunnskapsutvikling

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

– I Norge har man et mål om å kartlegg nytteverdien av protoner gjennom å inkludere cirka 75 prosent av alle pasientene i kliniske forsøk med langtidsoppfølging over mange år. Dette er arbeidsmessig krevende og vil koste samfunnet mer enn å bare behandle i henhold til hvordan doseplaner på pasientene tilsier er best, sier Mella.

Han forteller at et svært spennende forhold ved protoner er muligheten som kommer til å programmere strålemaskinene til å avlevere stråledosen på svært kort tid, såkalt flash behandling, noe som kan vise seg å gi en større forskjell på hvordan normalvev og svulstvev tåler stråling enn det man ser med fotoner.

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

TEKST: VERONICA RINDE HALVORSEN
ILLUSTRASJON: ARKITEMA ARCHITECTS

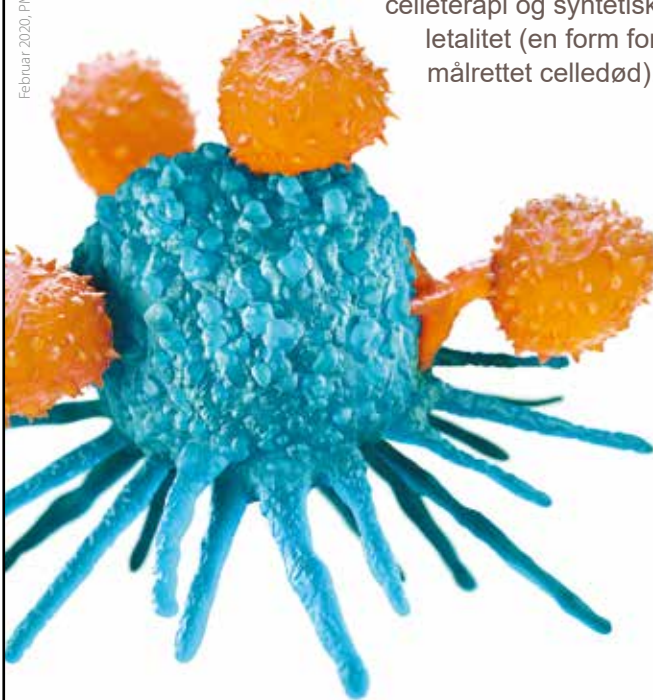


Slik kan protonsentret bli i Bergen.



Vår forskning innen onkologi er kompleks, men målet er enkelt: Finne nye, innovative medisiner i kampen mot kreft.

GSK er et globalt, forskningsbasert legemiddelfirma som utvikler og produserer medisiner og vaksiner. Siden 2018 har vi mer enn doblet vår portefølje av potensielle nye kreftmedisiner. Vår innovative forskningsaktivitet knytter seg til nye behandlingstilsetninger innen fire vitenskapelige områder: Immunonkologi, epigenetikk, celleterapi og syntetisk letalitet (en form for målrettet celledød).



Februar 2020, PH-NO-ON-ADVT-200001

GlaxoSmithKline AS
Drammensveien 288
0283 OSLO

www.gsk.no

Ingen grunn til å grave seg ned

Solvor Bye Tellefsen beskriver seg selv som «en kald fisk» i møte med egen sykdom. I rollen som likeperson forsøker hun derimot å varme med sin egen overlevelshistorie.

Da Solvor Bye Tellefsen (58) fikk eggstokkreft for syv år siden, var hverken Gynkreftforeningen eller likepersonstjenestens noe hun tok del i. Hun visste rett og slett ikke at det fantes.

– Men så plukket jeg med meg Afrodite fra venterommet på Radiumhospitalet en dag. Jeg visste jo om Kreftforeningen, men dette var første gang jeg kunne lese om en egen forening for gynkreftrammede, forteller Solvor Bye Tellefsen.

Venner og familie var de hun snakket med og støttet seg til i sykdomsperioden. Det tok tid før også foreningens likepersonstjenesten ble en del av bevisstheten.

– Da jeg hørte om hvor mange som ikke har noen å prate med, bestemte jeg meg for å selv bli likeperson. Jeg er en ganske rolig og laidback person, og samtidig en veldig realist. Det som skjer, det skjer. Jeg stresser ikke eller graver meg ned i bekymringer, men tar ting som det kommer, og prøver å gjøre det beste ut av situasjonen, forteller Tellefsen.

En god lytter

Hun har alltid holdt seg borte fra å søke på nettet etter diagnoser og prognoser, slik man fort kan bli fristet til. Å nære grobunn for mere engstelse ligger ikke i hennes natur. Dette er egenskaper som kommer godt med i rollen som likeperson.

– Som likeperson skal du først og fremst være god til å lytte. Kommer noen med medisinske spørsmål, skal man ikke svare på det. Man kan være åpen om personlige erfaringer, men ikke

At jeg kan hjelpe andre med min historie og erfaringer i rollen som likeperson føles givende, sier Solvor Bye Tellefsen.



komme med medisinske råd. Dette er en av mange ting man lærer å bli bevisst på i løpet av likepersonkurset, som alle som vil bli likepersoner må ta, forteller Tellefsen.

– *Hvordan kan man få flere til å benytte seg av likepersonstjenesten?*

– Det må gjøres kjent på nettet, i dagsaviser, ukeblader og magasiner. At folk får øynene opp for at det i det hele tatt er noe som heter det. Likepersonstjenesten må ut til journalistene! Og gjerne poppe opp i TV-reklamespotter. Egne brosjyrer om likepersonstjenesten bør ligge rundt på sykehusene. Og legene burde absolutt bli flinkere til å opplyse om dette som en del av oppfølgingen og samtalene de har med pasientene sine.

Rasjonell reaksjon

Solvor Bye Tellefsen trekker frem den gode følelsen man sitter igjen med etter en likepersonsamtale. Følelsen av å kunne være til hjelp for andre.

– Noen har det ekstra vanskelig fordi kreften er langt fremskreden. Det største håpet jeg kan gi folk, er nok å fortelle min egen historie og hvor godt jeg har det i dag. Da jeg selv ble diagnostisert reagerte jeg nok litt som en «kald fisk».

Jeg ble veldig rasjonell, selv om jeg skjønner at det er vanlig å bli overveldet av flere følelser.

At en likeperson ikke kjenner deg like godt som familie og venner gjør, kan være en fordel i følge Tellefsen. Det kan rett og slett være langt lettere å åpne seg for en fremmed. Mange kan kjenne på en viss sensur av bekymringer for fremtiden, i samtale med sine nærmeste. Man ønsker ikke å uroe noen som står en nær.

– Eggstokkreft er jo en alvorlig diagnose. For tre år siden hadde jeg et tilbakefall, men også det gikk fint. Jeg lever og har det veldig bra. At jeg kan hjelpe andre med min historie og erfaringer i rollen som likeperson, føles givende, smiler Solvor Bye Tellefsen.

TEKST: KJERSTI JUUL

FOTO: PRIVAT

ADRESSER OG TELEFONNUMMER TIL TILLITSVALGTE OG LIKEPERSONER

STYRET

Leder	Marit Høgås	marithogas@gmail.com	93 00 18 05
Medlem	Siri Berg	siriberg48@gmail.com	91 15 20 36
Medlem	Margarethe Langfeldt	mlangfel@online.no	41 60 45 86
Medlem	Mette Dischington	Mette77dj@gmail.com	95 46 70 60
Medlem	Jorun Nilsen Stallemo	Jorun@stallemo.com	97 54 42 85
Medlem	Marit Stavland	mars@equinor.com	91 39 24 54

LOKALLAG

Bergen og omegn		bergen@gynkreftforeningen.no	
Harstad og omegn	Mette Dischington	mette77dj@gmail.com	95 46 70 60
Møre og Romsdal	Anne Marthe Øverås	marthe.overaas@gmail.com	91 32 29 70
Tromsø	Heidi Haugen	heikisak@gmail.com	90 86 93 50
Odda og omegn	Margarethe Langfeldt	mlangfel@online.no	41 60 45 86
Oslo og Akershus	Katrine Kopperud Eriksen	kattkopp@hotmail.no	99 23 36 23
Telemark og Vestfold	Lise Dean	lise.j.dean@gmail.com	98 90 10 93
Trøndelag	Siri Berg	siriberg48@gmail.com	91 15 20 36
Stavanger og omegn	Tone Nikolaisen	stavanger@gynkreftforeningen.no	90 08 02 68
Østfold	Eva Anita Kantor	anitakan@online.no	93 03 86 02

FYLKESKONTAKTER

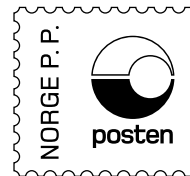
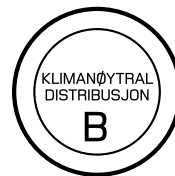
Aust-Agder	Lisbeth Westergren	Lisbeth.Westergren64@gmail.com	47 02 64 90
Vest-Agder	Kate Lindland Johnsrud	katejoh@hotmail.no	91 87 94 14
Hedmark	Inger Helen Nyhus	ingerhelenny@yahoo.no	41 32 66 51
Nordland, nord for Saltfjellet	Christine Klippenvåg Nordgård	christinekn@me.com	91 64 23 48
Nordland Sør	Christin Horseng	Cbn60@hotmail.no	91 99 49 50
Oppland	Lene Østlien	leneo28@hotmail.com	97 43 32 67

LIKEPERSONER

Ragnhild Kristiansen	9450 Hamnvik	Troms	rgnhldkristiansen@yahoo.no	41 63 87 89
Eli Annie Moursund	9404 Harstad	Troms	super_tante_19@hotmail.com	95 88 10 40
Elisabeth Sjøblom	9180 Skjervøy	Troms	elisabeth.sjoebloom@gmail.com	95 99 50 28
Christine Klippenvåg Nordgård	8003 Bodø	Nordland	christinekn@me.com	91 64 23 48
Sidsel Korsvoll	1394 Nesbru	Oslo/Akershus	sidsel.korsvoll@gmail.com	92 22 88 52
Dorte Nakszynski	1911 Flateby	Oslo/Akershus	dortena@online.no	47 82 44 19
Mette Marie Ege	1177 Oslo	Oslo/Akershus	mette.m.ege@gmail.com	97 52 55 53
Jorunn S. Guldbakke	0678 Oslo	Oslo/Akershus	jo-synn@online.no	95 18 56 32
Siw-Kristin G. Haugseth	1970 Hemnes	Oslo/Akershus	siw-kristin71@hotmail.com	99 75 18 95
Marit Holm Mathisen	1160 Oslo	Oslo/Akershus	maritholmmathisen@gmail.com	90 93 77 40
Dorthe Bekkengen	0681 Oslo	Oslo/Akershus	deb_91_@hotmail.com	92 09 83 87
Marit Høgås	2019 Skedsmokorset	Oslo/Akershus	marithogas@gmail.com	93 00 18 05
Grete Brøymer	0264 Oslo	Oslo/Akershus	grebro@online.no	90 97 15 66
Inger Helene Nyhus	2386 Brumunddal	Hedmark	ingerhelenny@yahoo.no	41 32 66 51
Laila Fredhjem	2422 Nybergsund	Hedmark	lfredhje@bbnett.no	62 45 33 70
Christin Horseng	2847 Kolbu	Oppland	Cbn_60@hotmail.com	91 99 49 50
Lene Østlien	2830 Raufoss	Oppland	leneo28@hotmail.com	97 43 32 67
Erna Hogrenning	1526 Moss	Østfold	erna.hogrenning@hotmail.com	90 03 66 49
Beate Nilsen	1784 Halden	Østfold	beatenilsen68@outlook.com	45 27 81 89
Ingunn Eike	4010 Stavanger	Rogaland	ingunn.eike1@lyse.net	98 82 47 56
Kristin Mohn	4321 Sandnes	Rogaland	kristin.mohn@hotmail.com	90 51 54 67
Reidun Westergren	4640 Søgne	Agder	reiwes@hotmail.com	90 54 50 78
Kate Lindland Johnsrud	4521 Lindesnes	Agder	katejoh@hotmail.no	91 87 94 14
Hege Brekkvassmo	3300 Hokksund	Buskerud	brekkvassmo@gmail.com	93 22 11 11
Anne Marthe Øverås	6006 Ålesund	Møre og Romsdal	marthe.overaas@gmail.com	91 32 29 70
Ingunn K Leikanger	6080 Herøy	Møre og Romsdal	ik-leik@outlook.com	95 79 56 37
Anne Lene Heldal	3740 Skien	Telemark	Anne.Lene.Heldal@skien.kommune.no	99 25 88 01
Astrid Loe Johansen	7033 Trondheim	Trøndelag	astridlj@online.no	91 19 93 09
Inger Stadsvik	7037 Trondheim	Trøndelag	inger.stadsvik@hotmail.com	92 88 83 82
Brit Lindebrekke	7036 Trondheim	Trøndelag	brit.lindebrekke@gmail.com	48 09 58 91
Solvor Bye Tellefsen	1258 Oslo	Oslo/Akershus	solvor.b.tellefsen@gmail.com	98 86 28 83
Eli Flom	0678 Oslo	Oslo/Akershus	Eliflom@gmail.com	99 42 89 96
Wenche Jæger	5227 Nesttun	Bergen og omegn	w-jaeger@online.no	90 23 77 52
Christina Hassel	0564 Oslo	Oslo/Akershus	hassel.christina1@gmail.com	47 61 31 99
Elisabeth Tronstad	7713 Steinkjer	Trøndelag	elisabeth.kvam.tronstad@outlook.com	90 68 35 55
Eva Kantor	1679 Kråkerøy	Østfold	anitakan@online.no	93 03 86 02

LIKEPERSONER MED BAKGRUNN SOM PÅRØRENDE

Elin Lautin	Oslo	Oslo/Akershus	elinlautin@gmail.com	90 84 74 61
Charlotte W. Knudsen	4824 Arendal	Agder	charlotte-knudsen@hotmail.com	46 54 55 50
Stian G Haugseth	1970 Hemnes	Østfold	stian-g-haugseth@hotmail.com	47 26 34 12
Elin Harriet Eilertsen	1653 Sellebakk	Østfold	elin-harriet@hotmail.com	92 06 43 08



Returadresse
Gynkreftforeningen
Rosenkranz' gate 7
0159 Oslo

#kjennetter 2021

**KREV
UNDER-
SØKELSE!**

Vanligvis har vi mange aktiviteter på gang under markeringen av vår kampanjeuke, #kjennetter, som avholdes siste uken i januar. Årets #kjennetter-kampanje var, i likhet med de fleste andre arrangementer gjennom det siste året, hel-digital. Gjennom den siste uken i januar oppfordret vi til være med på å skape åpenhet og oppmerksomhet rundt gynekraft, og få flere til å #kjennetter. Årets fokusområde var på de sjeldne gynekraftdiagnosene.

– Hvert år rammes kvinner, i alle aldre, av sjeldne gynekraftformer. Dette kan være sjeldne kreftsvulster i eggstokkene, morkakekreft, sarkom i underlivet, bukhinnekreft eller vulvakreft, diagnoser som de færreste har hørt. Felles for de er at de ofte har få eller ingen symptomer i tidlig stadium. Det er derfor viktig for oss å nå ut med informasjon om disse kreftformene, og forhåpentligvis kan vi påvirke noen kvinner til å oppsøke lege dersom de merker endringer i underlivet, sier Anne Marthe Øverås, hovedstyremedlem i Gynkreftforeningen, og ansvarlig for #kjennetter-kampanjen.

KREV UNDERSØKELSE!

Vi fortalte blant annet historien til Stefanie Wüstner, som i 2018 ble rammet av en sjelden kreftsvulst i eggstokkene, og som opplevde at hun

måtte kjempe for å bli tatt på alvor og bli diagnostisert.

Kreftformen som Stefanie fikk rammer nesten utelukkende unge kvinner. Ung alder kan være med på å gjøre at helsepersonell bagatelliserer symptomene pasienten har.

– Det er vanskelig å mistenke kreft på en ung frisk pasient. Ofte blir derfor diagnosen stilt litt sent, sier Olesya Solheim, overlege for gynekologisk kreft, Oslo Universitetssykehus. Hun er ansvarlig for behandling av Sjelden ovariekreft, nasjonal behandlingstjeneste for trofoblastsykdom.

De sjeldne gynekraftformene har, i likhet med de mer «vanlige formene som livmorhalskreft og eggstokkreft, ofte vage symptomer tidlig i forløpet. Når det gjelder sjeldne kreftsvulster i eggstokkene og morkakekreft så er dette meget aggressive og rask voksende svulster som sprer seg fort. Uten riktig behandling som settes raskt



Anne Marthe Øverås.

i gang, dør pasienten. Behandles de derimot riktig, blir nesten 100 prosent av kvinnene som rammes av dette kurert.

– Vårt mantra er å få flere kvinner til å kjenne etter, oppsøke lege ved endringer eller ubehag i underlivet og kreve en gynekologisk undersøkelse. Dette kan vi ikke få sagt ofte nok. Vi jobber også for å få alle leger til å ta kvinner som kommer med underlivs-symptomer på alvor, sier Anne Marthe Øverås.



På vår facebookside oppfordret vi våre følgere til å dele tanker, ordtak, bilder eller erfaringer relatert til gynekraft gjennom den siste uken i januar. Alle som delte var med i trekning av flere flotte kjennetter-armbånd.