

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

1 • 2022

Nasjonalt senter for Kvinnehelseforskning om Helse blant innvandrerkvinner

MiPreg – For tryggere svangerskap og fødsler s. 14

Bruk av tidlig ultralyd hos gravide i Nord-Norge s. 32

Hvordan henger partners engasjement i svangerskap og fødsel sammen med mødredødelighet? – Et reisebrev fra Gambia s. 43



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Meld deg på vårt nyhetsbrev for gynekologer, og motta e-poster med faglig påfyll innen fertilitet



Møter du par eller single med barneønske?

I gjennom 25 år har Medicus hjulpet naturen litt på vei, og bidratt til skapelsen av flere tusen barn gjennom assistert befruktning og andre enklere metoder, slik som hjelp med egglosningsproblemer. Vår erfaring, kombinert med kvalitetsfokus dokumentert ved ISO-sertifisering og deltakelse i mer enn 50 kliniske forskningsstudier, gjør at vi har høy pasientfornøydhets og svært gode suksessrater. Våre moderne klinikker ligger sentralt lokalisert i Trondheim, Oslo og Stavanger, og vi har kort ventetid.

Vårt tilbud:

- Inseminasjonsbehandling (IUI)
- Prøverørsbehandling (IVF og ICSI)
- Operativt sæduttak (TESE/TESA)
- Sæddonasjon
- Eggdonasjon
- Partnerdonasjon
- Blastocystdyrking
- Sædundersøkelser og DNA-skade undersøkelse
- Nedfrysing av ubefruktede egg (social freezing)
- Timelapse embryoovervåking
- RI-Witness elektronisk sporingssystem



Vi er koblet til Norsk Helsenett og kan sende og motta elektroniske meldinger via vårt journalsystem.

MEDICUS

- Spesialister i gynekologi og assistert befruktning

Trondheim
Beddingen 8,
7042 Trondheim

Oslo
Stortingsgata 30,
0161 Oslo

Stavanger
Haakon VIIs gate 7,
4005 Stavanger

Lyst til å bli samarbeidende lege?
Ta kontakt med administrerende
direktør Magnus Finset Sørdal

magnus.sordal@medicus.no,
mobil: +47 918 88 118



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
LIS1, Åhus
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Irina Eide
PSL, Bodø
irina.eide@gmail.com

Mina Eskeland

LIS2/3 KK, Bodø
m.eskeland@hotmail.com

Bjørn Holdø

Overlege, Nordlandssykehuset, Bodø
bjorn.holdo@yahoo.no

Nettredaktør

Inga Thorsen Vengen
MD, PhD, LIS Oslo universitetspsykiatri
inga.vengen@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

April Media AS
www.april.no
media@april.no

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

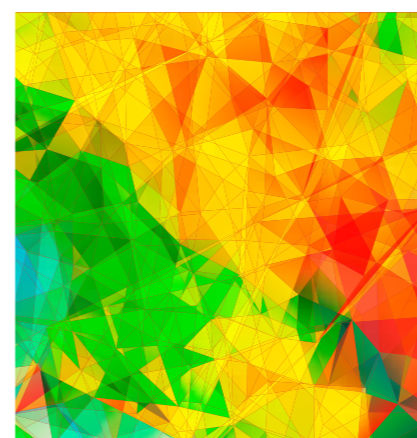
Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2022

Nr. 2 10/5

Nr. 3 9/9

Nr. 4 4/11

Opplag: 1400



INNHOOLD

REDAKTØR 3

LEDER 5

NGF-STYRET

Nytt frå styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

FUGO

Kjære alle LiS og FUGOister! 10

SPECIALITETSKOMITÉEN 10

INTERVJU

Forsker for at alle skal få god helseomsorg i Norge 12

FAGLIG PÅFYLL: HELSE BLANT INNVANDREKVINNER

MiPreg: For tryggere svangerskap og fødsler 14

MiPreg: Hvordan opplever innvandrerkvinner fødselsomsorgen i Norge?
Intervjuer med 400 kvinner etter fødsel 18

MiPreg: Den kvalitative studien

Opplevelse av svangerskapsomsorg blant nyankomne kvinner til Oslo 22

Mors fødested, innvandringsbakgrunn og

risiko for alvorlige fødselsrifter under fødsel 24

Innvandrere fra flere regioner i verden får mindre epidural

under fødsel enn norskfødte kvinner, når de føder i Norge 26

Kvinnelig omskjæring, tidspunkt for deinfibulering og risiko for keisersnitt 30

FAGLIG PÅFYLL

Bruk av tidlig ultralyd hos gravide i Nord-Norge 32

GYNEKOLOGER IMELLOM

Skader Bergens Tidende fødselshjelpen i Bergen? 37

NORGE RUNDT

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning 40

GYNEKOLOGEN UTENLANDS

Hvordan henger partners engasjement i svangerskap og fødsel
sammen med mødredødelighet? – Et reisebrev fra Gambia 43

UTVALGTE ABSTRACTS FRA AOGS 49

GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

Meninger og holdninger avspeiler ikke nødvendigvis den offisielle holdning til styret i NGF, eller Dnlf. Signerte artikler står for forfatterens egen regning. Kopiering av artikler kan tillates etter kontakt med ansvarlig redaktør og oppgivelse av kilde.



Et lite vagitorie med dobbel effekt

Hovedsakelig
ANDROGENE
effekter

- Tetthet av nervefiber og kollagen
- Elastisitet og kontraktilitet i skjedeveggen
- Vaginal innervasjon

KOMPLETTERENDE
effekter av østrogen
og androgener

- Påvirker epitelet, lamina propria og muscularis
- Vaginal gjenomblødning

Hovedsakelig
ØSTROGENE
effekter

- Vaginal pH



1) Anpassad från Traish AM. et al., 2018, Labrie F. et al., 2017 och Goldstein I. et al., 2013. 2) Intrarosa® SPC, dec 2019.

Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr: G03XX01

VAGITORIE, 6,5 mg: Hver vagitorie inneholder: 6,5 mg prasteron, hardfett.

Indikasjoner: Vulvovaginal atrofi hos postmenopausale kvinner med moderate til kraftige symptomer.

Dosering: 1 vagitorie 1 gang daglig, ved leggetid. **Glemte dose:** Tas kun hvis det er ≥8 timer til neste dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. **Barn og ungdom:** Bruk ikke relevant i noen aldersgrupper ved vulvovaginal atrofi grunnet menopause. Eldre: Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Føres inn i vagina med finger eller vedlagt applikator, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Udiagnostisert genitalblødning. Kjent, tidligere/mistenkt brystkreft. Kjent/mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Ubehandlet endometriehyperplasi. Akutt leversykdom/ tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Tidligere/pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjent trombofili/sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel, antitrombinmangel). Aktivt/nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Porfyri.

Forsiktighetsregler: Bør bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nytte/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned. Før behandling bør det optas en komplett sykehistorie. Legeundersøkelse (inkl. undersøkelse av underliv og bryster) bør sammenholdes med sykehistorien, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler. Individuelt tilpasset rutinemessig kontroll anbefales under behandlingen. Kvinner bør gis råd om brystforandringer som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. Pap-utstryk og blodtrykkmåling, bør foretas i henhold til gjeldende screening-praksis. Vaginal infeksjon skal behandles før behandlingsstart. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Samtidig bruk av systemisk HRT (østrogen, østrogen-progestogenkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale østrogen har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke indisert til premenopausale kvinner i fertil alder, inkl. graviditet. Amming: Ikke indisert ved amming. Fertilitet: Ikke indisert til fertile kvinner.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Kjønnsganer/bryst: Unormalt Pap-utstryk (hovedsakelig ASCUS eller LGSIL). Undersøkelser: Vektendringer. Øvrige: Vaginal utflod. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Kjønnsganer/bryst: Cervix-/uteruspolypper, kuler i brystet (benigne).

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylling.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Prasteron, dvs. dehydroepiandrosteron (DHEA), er biokjemisk og biologisk identisk med endogent humant DHEA, et forløpersteroid som er inaktivt og omdannes intracellulært i vaginalceller til østrogen og androgener. Effekt på vulvovaginal atrofi via aktivering av vaginale østrogen- og androgenreseptorer. Østrogenmediert økning i antall overflate- og intermedieære celler og redusert antall parabasale celler i vaginalslimhinnen. Vaginal pH faller mot normalområdet, noe som bidrar til vekst av normal bakterieflora.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 30°C. Skal ikke fryses.

Pakninger og priser: 28 stk. (blister med appl) nok 219,90, varenr 098502.

Basert på SPC sist endret 12/2019

AVIA PHARMA

Svärdvägen 3B, S-182 33 Danderyd, Sweden
www.aviapharma.se

En vennlig påminnelse



Denne utgaven av *Gynekologen* er fylt med fagstoff fra Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, med hovedvekt på deres arbeid for bedre helse blant innvandrerkvinner. Ordet *kvinnehelse* fyller alle radio-, TV- og internettkanaler for tiden, og den store mangelen på kvinnehelseforskning kritiseres nærmest daglig. Derfor er det virkelig en glede å kunne bruke bladet til å løfte frem senteret akkurat denne våren.

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning jobber bredere enn de fleste for å forske på mange ulike aspekter av kvinners helse, og for mange ulike grupper kvinner – ja, de forsker til og med på sykdommer som også angår menn! I disse dager er det viktig å huske at kvinnehelse er mer enn barseloppør, endometriose og #jegføderikkealene. Det er mange kvinner som hadde fortjent et bedre helsetilbud.

I dette bladet er det fokus på innvandrede kvinner, men innad i gruppen er det stor variasjon. Tekstene fra Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning belyser at både komplikasjonsrisikoer, utfordringer og tilfredshet med det norske helsetilbudet varierer blant kvinnene, selv om f. eks. kommunikasjonsutfordringer og utfordrende kulturforskjeller berører mange.

Også i vårt geografisk spredte Norge er det viktig å anerkjenne interne forskjeller. På samme måte som innvandrede kvinner har ulike behov, har kvinner i Norge ulike behov ut fra hvor de bor. I denne utgaven publiseres en artikkel som viser at gravide i Nord-Norge oppsøker privat tidlig ultralyd i langt mindre grad enn gravide i Oslo. Funnet er en påminnelse om at man ikke kan anta at studier fra f. eks. hovedstaden er representative for hele landet, og at pasientenes behov kan variere på ulike steder i landet.

Tekstene i årets første *Gynekologen* ga meg en vennlig påminnelse om hvor varierende risikoprofiler, behov og ønsker pasientene våre har for egen helse, uansett hva slags kategori jeg måtte falle for fristelsen å generalisere henne til. Jeg tar med meg påminnelsen inn i 2022 og håper utgaven gjør noe av det samme for deg!

Tale Meinich

Redaktør

Redaksjonsmedlem?

Styret i Norsk gynekologisk forening og redaksjonen i *Gynekologen* søker nytt redaksjonsmedlem.

Redaksjonen består av redaktør og 3-4 medredaktører. Medredaktørens hovedoppgave er å bistå med ideer, planlegging og engasjering av eksterne skribenter til bladet, samt levere tekstlig innhold dersom de ønsker det. Redaksjonsmøter avholdes etter ønske og behov, og medlemmene står svært fritt til å påvirke og bidra til bladet.

Er du interessert eller nysgjerrig?

Kontakt redaktøren på tmeinich@gmail.com!



- ♥ Fri for hormoner
- ♥ Effektivitet på over 99%
- ♥ Effektiv i opptil 5 år

Opplæring- sammen eller digitalt
For å kunne sette inn Ballerine kreves det at vi har forberedt og instruert deg grundig, da metoden skiller seg fra den klassiske T-spiralen. Varigheten er ca. 1 time. Vi tilbyr to alternativer:

- Vi kommer til deg og instruerer deg på din egen klinikk.
- Vi utfører instruksjonen digitalt.

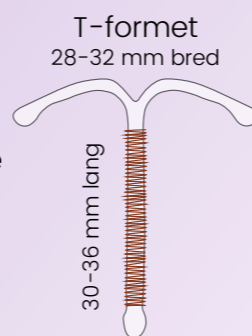
Bestill et møte:
sales@solann.se

Ballerine perlespiral er en ny kobberspiral. Ballerine er over 99% effektiv mot uønsket graviditet og kan sitte i opptil fem år. Når Ballerine er plassert i livmoren, utskiller den en liten mengde kobber til livmoren, noe som gir en effektiv beskyttelse mot graviditet.

Perlene vises på en ramme som alltid vender tilbake til sin forhåndsbestemte sfæriske form. Teknologien har blitt brukt med suksess i medisinske implantater i mange år, men å bruke den som et skjelett for en spiral er helt nytt.

Forskjellen mellom Ballerine og tradisjonelle T-formede er at Ballerine er formet som en tredimensjonal og fleksibel liten kule som kan tilpasse seg formen på livmoren. Dette gjør at bivirkninger som smerter, blødninger og perforasjoner minsker sammenlignet med T-formede kobberspiraler.

IUB™ Ballerine
15 mm diameter



Kjære vener og kollegaer!

Då er vi allereie godt i gang med 2022, og som vanleg er det rikeleg å ta seg til for store og små gynekologar på store og små sjukehus. Særleg dei minste avdelingane kjenner på utfordringane. Nyleg publiserte ei gruppe obstetrikarar frå nord til sør ein urovekkande artikkel i Aftenposten, der dei sette søkelyset på bemanninga, eller mangelen på slik, ved våre fødeavdelingar. Med solide tal i botnen gjorde ein greie for situasjonen, og at det ikkje er tilstrekkeleg at ein vedtar å halde sjukehusa opne, dersom ingen vil arbeide ved dei.

Helsetilbodet innanfor vårt fagfelt blir stadig meir sentralisert, på same måte som dei fleste andre spesialitetar. Det er gode grunnar for at sjeldne og alvorlege tilstandar bør haldast på få hender, og behandlast av spesialistar som ser tilstanden meir enn to gonger per år. På den andre sida er vi eit land med betydelege geografiske utfordringar, og fødsjar er såpass akutte hendingar at helsehjelpa nødvendigvis må finnast relativt nær der kvinnene bur. Transportfødsjar er ikkje eit kvalitetsteikn.

Eg vil nytte høvet til å gje honnør til kollegaene på mindre sjukehus og fødeavdelingar, som må handtere det som hender stort sett på eiga hand, kanskje med ein kirurg og ein anestesilog til hjelp, om ein er heldig. Det er ikkje alltid like lett å sette seg inn i kjensla av å stå aleine på eit lite sjukehus i nord medan



det blør og luftambulansen er værfast, når ein sjølv sit på eit universitetssjukehus med intervensjonsradiolog og karkirurg ein telefonsamtale unna.

Det er sjølv sagt ikkje nok å vedta at sjukehusa skal haldast opne, det er heller ikkje nødvendigvis nok å kaste pengar på problema, sjølv om ting ofte går lettare dersom ein har tilstrekkelege ressursar. Vi kan sjølv sagt ikkje beordre gynekologar ut i distrikta (vi er ikkje Nord-Korea heller!). Det er imidlertid viktig at vi sjølve er med i samtalen, ikkje minst at vi prøvar å peike på mulege løysingar. Norsk gynekologisk foreining gjorde nyleg ei spørjeundersøking hos medlemmene om abort. Denne gav viktig informasjon til å bygge foreninga sitt standpunkt i saka, og vart løfta fram i riksmedia. Vi tenker å gjere ei ny spørjeundersøking i løpet av 2022, der vi mellom anna spør medlemmene om kva som kan motivere for å arbeide utanfor dei store byane. Vå håpar flest muleg vil svare på denne, slik at vi har eit solid grunnlag for å svare når Norsk gynekologisk foreining blir spurde om mulege løysingar på bemanninga ved våre små fødeavdelingar.

Med ynskje om eit godt 2022 til både store og små medlemmer!

Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF



Nytt frå styret

Norsk Gynekologisk Forening nyt godt av ein stor og engasjert medlemsmasse, som spelar inn viktige saker og problemstillingar til styret. Den siste tida har vi arbeidd med fleire innspel frå medlemmene.

Ei tragisk sak frå Oslo har sett fokus på spørsmål kring informert samtykke i akutte situasjonar. Dette er eit tema som har generell interesse i ein stadig meir bevisst fødepopulasjon. Styret har sett ned ei gruppe som skal sjå grundigare på dette. Vi har invitert med representantar frå begge jordmorforeningane, og vi håpar på ein god prosess og eit konkret resultat vi kan legge fram på generalforsamlinga til hausten.

Leiarforum har utfordra oss på å vurdere dei økonomiske konsekvensane av endringar i rettleiarane. Styret ynskjer å vere tydelege på at rettleiarane skal vere fagleg begrunna, men ser behovet for ein diskusjon kring økonomiske aspekt og tenker å ta dette vidare i dialog med kvalitetsutvalet.

Ei gruppe engasjerte fødselslegar har gjort eit grundig kartleggingsarbeid og skrive ein engasjert artikkel i Aftenposten om utfordringane ved å rekruttere og halde på kompetanse innan faget generelt, og ved mindre sjukehus spesielt. Styret tar dette

vidare, i fyrste omgang med ei undersøking av kva de, våre kjære medlemmer, tenker kan vere steg på vegen mot betre rekruttering og trivsel i faget.

Vi arbeider også med eit innspel til Legeforeningen sine aktiviteter under Arendalsuka 2022, som vi håpar vil sette fokus på begge dei to ovanfor nemnde problemstillingane. Det gjenstår å sjå om vi får plass på programmet, men vi håpar på det beste.

Styret ynskjer i samband med årsmøtet 2022 å heidre kollegaer som fortener det; om det er nokon som har gjort ein særleg innsats under pandemien, fått ei utmerking frå universitetet eller publisert i Lancet – send oss forslaget ditt med ei kort begrunning, så skal vi heidre under årsmøtet. Og nei, det er ikkje lov å foreslå seg sjølv. Styret tar også i mot innspel til kandidatar til heidersprisen, så langt har dessverre alle foreslåtte kandidatar fått den før. Her finn de lenke til oversikt: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/om-oss/ngf-bederspris-mottakere-siden-1986/>

For styret i NGF
Ragnar Kvie Sande
Leiar

Styret i Norsk gynekologisk forening



Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

Ragnar Kvie Sande vart fødd i Trondheim i 1973, oppvaksen på nordvestlandet og utdanna i Bergen. Han vart spesialist i gynekologi og obstetikk i 2009, og tok PhD i ultralyd i 2013. Han arbeider i dag som seksjons-overlege på fostermedisin ved Stavanger Universitets-sjukehus og 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen. Han er gift med ein forskande gynekolog, saman med henne har han fire barn, hund, katt og ein dieselbil av eldre modell. På fritida les han bøker og spelar gitar.



Kirsten Hald
Nestleiar NGF

Avdelingsleder gynekologisk avdeling, OUS. Overlege, PhD. Spezialinteresser fag: endoskopi, myomer, misdannelser. Fritid: Seiling, ski, basketball-mamma.



Solveig Bjellmo

Vitenskapelig sekretær
Overlege v/avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommar, Ålesund. Doktorgrad om seteforløsning og konsekvenser av sectio fra 2020 og trives nok best på føden hvor hun også er seksjonsoverlege. Utenom jobb, mann og to herlige barn, liker hun seg best på toppen av et fjell - helst med ski på beina og pudder i fjellsiden ned!



Kristine Amundsen
Kasserer NGF

Kristine er overlege ved Kvinnekliviken UNN Tromsø og arbeider hovudsakelig med inkontinens og bekkenbunslidelser. Bidrar faglig i det lokale bekken-senteret og i nystartet tverrfaglig vulvapoliklinikk. Sitter også i NGF's NUGG gruppe og har en bistilling i kompetansetjenesten NKIB. Hun studerte i Tyskland og har tatt spesialistutdannelsen i Tromsø. På fritiden driver Kristine med strikk, søm, sang & surdeig, har samboer og to gutter og sykler til jobb året rundt.



Yngvild Hannestad

PSL/avtalespesialist.
Doktorgrad om urinlekkasje, men generalist i praksis. Medlem i Spesialitetskomiteen, vara PSL Hordaland, leder PSL forskningsutvalg. Ellers: aktiv innenfor basketball og i styret i Filosofiskpoliklinikk i Bergen.



Morten Kvello

FUGO-representant NGF
Morten er opprinnelig trønder fra Namsos, men har forvillet seg til det glade Sørlandet og jobber nå som lege i spesialisering ved Sykehuset Sørlandet Kristiansand. Har doktorgrad i barnekirurgi, men er nå fast bestemt på å bli gynekolog. Utover jobb er Morten glad i å løpe i skogen, bade, gå på teater, og er over gjennomsnittet opptatt av god kaffe.

Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



NYHET
Minipille med drospirenon!

Slinda® er en ny type gestagenpille med drospirenon (4 mg)¹

Prevensjon, med pearl-indeks 0,73^{1*}

Doseres 24+4 for en planlagt bortfallsblødning^{1**}

Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i opptil 24 timer^{1***}

Dokumentert tolerabilitet og aksept - også hos unge^{1****}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Aktiv, venøs tromboembolisk forstyrrelse. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Kjente eller mistenkte kjønnsormsensitive, ondartede sykdommer. Udiagnostisert vaginalblødning.

Forsiktighetsregler: Serumkaliumnivået kontrolleres i første behandlingssyklus ved nedsatt nyrefunksjon og serumkaliumnivå i øvre del av referanseområdet før behandlingen, samt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Ved hypertensjon kan risikoen for slag være noe økt. Behandlingen avbrytes umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Mulig økt risiko for brystkreft. Ektopisk graviditet bør tas i betraktning ved amenoré eller buksmerter. Levertumorer skal vurderes ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Seponeres ved gulsott eller forhøyede leververdier. Diabetespasienter bør observeres de første behandlingsmånedene. Ved samtidig langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler anbefales en annen og ikke-hormonell prevensjonsmetode. Skal ikke brukes under graviditet.

Bivirkninger: Hyppigste er akne, metroragi, hodepine og brystmerter. Andre vanlige bivirkninger er libidoforstyrrelser, humørsvingninger, kvalme, magesmerter, vaginal blødning, dysmenoré, uregelmessig menstruasjon og vektøkning. Hypertensjon og depresjon er rapportert.

Slinda® (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 18.03.2020. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Exeltis Healthcare S.L. **Representant:** Exeltis Sverige AB, Strandvägen 7A, 114 56 Stockholm, Sverige.

Referanse:

1. Slinda preparatomtale 18.03.2020.

* Kvinner 18–45 år, brukerfeil + metodesvikt (øvre grense for 95 % konfidensintervall 1,43)

** Blødning som starter i løpet av de 4 hormonfrie dagene og som varer i opptil 8 etterfølgende dager

*** I en fase II-studie med 130 kvinner ble egglosningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22.

**** Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser.

Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet før menarke er ikke indisert.



Kjære alle LIS og FUGOister!



Øystein Bergøy
FUGO-leder

Det er spanande tider i vente for FUGO og medlemmane våre. I år skal me vera vertskap for ENTOG-utvekslinga. Det betyr at lis-kolleagaer frå heile Europa vil bli utplasserte nokre dagar på fleire sjukehus i Sør-Norge. Etter dette reiser dei til Oslo for eit felles fagleg møte. Planen var at me skulle ha utvekslinga i samband med EBCOG-kongressen i Bergen i 2020. Denne blei som kjent avlyst pga eit patogen som nå endeleg ser ut til å bli passé. Eg trur korkje på vaktkarma eller jinjing, så eg har lov til å skriva slikt. Me gler oss stort til dette. I tråd med god ENTOG-skikk håper me fleire av dokker som jobber ved dei ulike avdelingane som får utvekslingsgjester kan opna heimane dokkar slik at dei europeiske kollegaene våre får ein stad å bu. Viss du ikkje kan ha nokon buande hjå deg kan du kanskje bidra med å arrangera noko sosialt for dei?

FUGO får stadig fleire oppgaver. Me tek på oss desse for å gjera kvardagen for lis betre. Ei ny slik oppgave er utdanningsprisen. Tidlegare har spesialitetskomiteen hatt ansvaret for denne, men dei har nå spurt FUGO om me ønsker å overta tildelinga av denne. Me håper denne prisen kan fortsetja å gi anerkjening til alle

som legg ned godt arbeid for å betra utdanninga til lis. Prisen vil fortsatt delast ut årleg på årsmøtet til NGF.

Elles arbeider me med ein spanande kampanje som me er sikre på at vil vera til stor glede for alle lis. Me gler oss veldig til å lansera den.

Det er med iver, audmjuke og glede eg tek over som leiar i FUGO. Eg vil takka avtroppande leiar, Hilde Sellevoll, for den fantastiske jobben ho har gjort for organisasjonen vår. Ikkje veit eg korleis ho har fått det til med så høg kvalitet mellom jobbyter, svangerskap og fødsel. Som så ofte i denne jobben vår kan eg som mann berre ta av meg hatten og bøya meg imponert. Eg håper me kan fortsetja Hilde sitt arbeid for å gjera FUGO relevant og synleg for medlemmane våre.

Hilde er ikkje den einaste som trer av etter lang og tru teneste. Tusen takk til dei andre utgåande styremedlemma Mark, Mathias og Anders for storarta arbeid og kjekke styremøter. Me har eit aldri så lite generasjonsskifte i styret der over halvparten blei innvalde på sist årsmøte, og kun underteikna har site i meir enn ein toårsperiode. Den geografiske balansen er betre enn på lenge, og me har endeleg fått ein representant frå over polarsirkelen. Etter første styremøte er eg allereie viss på at alt ligg til rette for at me skal fortsetja det gode arbeidet som våre forgjengarar har starta.

Øystein Bergøy

Siste nytt fra spesialitetskomiteen



Christine Hancke
Leder av Spesialitetskomiteen

Siden sist har vi fått et nytt medlem i komiteen. Solveig Bjellemo måtte dessverre trekke seg på grunn av annet verv. Vi har da vært så heldige at Alexander Vietheer fra Haukeland kunne stille. Velkommen!

Komiteen har den senere tid fått en del henvendelser som omhandler gjennomføring av kirurgisk tjeneste. Er det obligatorisk med 6-12 måneder på kirurgisk avdeling, og må vaktarbeid inngå? Styret i NGF og spesialitetskomiteen er enig i at det bør legges til rette for gjennomføring av kirurgisk tjeneste og at denne bør ha en varighet på minimum 6 mnd. Det å jobbe på kirurgisk avdeling har verdi utenom oppnåelse av selve læringsmålene!

Vi har likevel forståelse for at lokale forhold vanskeliggjør dette. Hovedpoenget er at det er læringsmålene som må innfris, og hvordan dette i praksis gjøres sier ikke læringsmålene i seg selv noe om. Vi er bekymret for at ny ordning åpner for «snarveier» til spesialiteten, og fravær av kirurgisk tjeneste i vårt fag er de fleste enig i at er uheldig. Svaret på spørsmål om hvorvidt tjenestetid på 6-12 måneder er obligatorisk er likevel nei.

Utdanningsprisen som deles ut på årsmøtet er en høythengende pris. Vi har tidligere bestemt mottaker av prisen på bakgrunn av informasjon vi har fått fra Serus-rapportene, samt avdelingsbesøk. Når vi nå ikke lenger kan bruke Serus-rapportene synes vi det er vanskelig å bestemme prisen på et godt grunnlag. Vi har derfor vært i dialog med FUGO, som tar på seg ansvaret videre. Vi synes dette er en fin løsning. Vi fortsetter arbeidet med å finne et system der LIS kan gi tilbakemeldinger om utdanningsforholdene lokalt.

Nå er vi også i gang med å planlegge besøk. Tre avdelinger skal få besøk før sommeren. Det gleder vi oss veldig til!



normedi
NORDIC

NovaSure®
Endometrial Ablation

MyoSure®
Tissue Removal Device

Gynecare®
TVT®

POLIKLINISK OG DAGKIRURGISK GYNEKOLOGISK KIRURGI

*Forbered deg for framtiden ved
å implementere polikliniske prosedyrer*

Normedi tilbyr kompetanse og teknologi som er tilpasset polikliniske og dagkirurgiske behandlinger.

- › Hysteroskopi med MyoSure
- › Endometriablasjon med NovaSure
- › Slyngplastikk med Gynecare TVT

normedi
NORDIC

Baglergaten 16, 3111 Tønsberg
E-post: support@normedi.com

normedi.com
normedieducation.com



Siri Vangen. Foto Maria Nydal

Forsker for at alle skal få god helseomsorg i Norge

Siri Vangen er leder for Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

- Vi forsker på innvandrerkvinner og migrasjonshelse for at alle skal få nytte godt av helseomsorgen i Norge. Vi forsker for å bedre kommunikasjonen, redusere svangerskapskomplikasjoner, og bedre svangerskaps- og fødselsomsorg for alle, sier professor og leder Siri Vangen ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning.

Skrevet av Maria Nydal, kommunikasjonsrådgiver, Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Migrasjonshelse har vært et prioritert forskningsfelt ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning fra forskningssenteret ble opprettet i 2006.

- Man så et stort behov for å forske på dette feltet. Noen grupper innvandrerkvinner har høyere risiko for svangerskapskomplikasjoner, høy perinatal dødelighet, mye keisersnitt og komplikasjoner ved fødsel. Men det er også grupper som har lavere risiko for komplikasjoner. Vi forsker for å finne årsaker til dette, for å kunne forebygge, tilrettelegge behandling, og gi bedre svangerskaps- og fødselsomsorg, sier Vangen.

Lettere å finne fram i norsk helsevesen

Befolkningen i Norge blir mer mangfoldig. Nylig innvandrede kvinner til Oslo utgjør en større andel av dem som føder barn i dag enn for bare noen år siden. Siden 2008 har andel fødsler av mødre som selv ikke er født i Norge økt fra 19,9 prosent til 30,2 prosent, ifølge en rapport fra Helsedirektoratet.

Gravide med innvandrerbakgrunn opplever i større grad dødfødsel og alvorlige komplikasjoner i svangerskapet sammenlignet med resten av befolkningen.

- Det er stadig flere borgere i Norge med opprinnelse fra andre land, særlig fødende. Gjennom forskningsprosjektet Mipreg ønsker vi å finne ut av behovene, for deretter å finne tiltak som kan gi bedre svangerskapsomsorg, og redusere svangerskapskomplikasjoner, sier Vangen.

- Vi forsker også for å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og innvandrerkvinner, og gjøre det lettere å finne fram i norsk helsevesen, fortsetter hun.

Stor seier med midler fra Forskningsrådet

Mipreg er et av senterets største forskningsprosjekter på feltet. Prosjektet er et samarbeid mellom Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus, Akershus universitets-

sykehus, Universitetet i Oslo og Oslo kommune. Studien er finansiert med over tolv millioner kroner fra Norges forskningsråd.

- Det er en stor seier å få midler fra Forskningsrådet. Det krever mye arbeid fra prosjektleder, Ingvil Krarup Sørbye, å koordinere og gjennomføre Mipreg-prosjektet, og det har blitt så bra. Det er allerede kommet mange artikler og forskningsresultater fra Mipreg, og det kommer mye mer framover. Det er et veldig bra forskningsprosjekt, som vil føre til en større bevissthet om temaet blant helsearbeidere, slik at man kan legge til rette for bedre omsorg og oppfølging. Vi håper Mipreg vil bidra til å redusere svangerskapskomplikasjoner hos innvandrerkvinner og gi dem enda bedre svangerskaps- og fødselsomsorg, avslutter Vangen.

Siri Vangen

- 67 år, lege ved UiO.
- Turnus i Hamnerfest.
- Spesialisering i gynekologi og obstetrikk på sykehusene i Oslo.
- Jobbet på Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning siden 2006, leder fra 2010.
- Jobbet med forskning i ti år på Divisjon for epidemiologi på FHI, disputerte på migrasjon og svangerskapsutfall.
- Post doc: Sosioøkonomiske forskjeller i provosert abort.
- Andre studier: Alvorlig blødning under fødsel, risiko for uterusruptur, maternelle dødsfall, behandling av kvinner med omskjæring, hormonterapi i overgangsalderen og kreft.
- Deltatt i flere globale helseprosjekter som blant annet maternelle og perinatale dødsfall i Gambia, ernæring hos spedbarn i Tanzania, samt deltatt i prosjekt som jobbet med etablering av fødselsregister på KCMC, Moshi, Tanzania.



Foto Oslo universitetssykehus

MiPreg – For tryggere svangerskap og fødsler

Intervju med prosjektleder Ingvil Krarup Sørbye

Skrevet av Maria Nydal, kommunikasjonsrådgiver, Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Innvandrerkvinner har økt risiko for komplikasjoner i svangerskapet og for den nyfødte sammenlignet med resten av befolkningen. Nå tester forskere ut om en ny mobilapp og en ekstra ultralyd kan gi kvinnene tryggere svangerskap og fødsler.

- Vi vet at nylig innvandrede kvinner har økt risiko for komplikasjoner i svangerskapet og for den nyfødte, som i verste fall kan føre til at barnet i magen dør eller at mor blir alvorlig syk. Fanges symptomene og komplikasjonene opp tidlig nok, kan kvinnene tidsnok få riktig behandling og oppfølging, sier overlege og forsker Ingvil Krarup Sørbye ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og fødeavdelingen ved Oslo universitetssykehus.

Sørbye leder det store norske forskningsprosjektet MiPreg, som har som mål å bedre svangerskaps- og fødselsomsorgen for innvandrerkvinner i Norge. MiPreg består av flere studier, og er et samarbeid mellom Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Universitetet i Oslo og Oslo kommune. Studien er finansiert med over tolv millioner kroner fra Norges forskningsråd.

- På tide å handle

Nylig innvandrede kvinner til Oslo utgjør en større andel av dem som føder barn i dag enn for bare noen år siden. Siden 2008 har andel fødsler av mødre som selv ikke er født i Norge økt fra 19,9 prosent til 30,2 prosent, ifølge en rapport fra Helsedirektoratet.

Gravide med innvandrerbakgrunn opplever i større grad dødfødsel, men også andre alvorlige komplikasjoner i svangerskapet sammenlignet med resten av befolkningen. Basert på intervjuer med 400 gravide innvandrerkvinner har forskerne utarbeidet tre tiltak, som nå testes ut.

- Intervjuene med kvinnene ga oss viktig informasjon om hvor skoen trykker. Nå er det på tide å handle, sier Sørbye.

MiPreg-studien:

- Prosjektleder er Ingvil Krarup Sørbye
- Aktiv studie med start 1. mai 2018.
- Studien er delt inn i fire arbeidspakker (Work Packages - WP).

VITENSKAPELIG TITTEL: MIPREG-studien: Bedret svangerskapsutfall blant nyankomne migrantkvinner i Norge

POPULÆRVITENSKAPELIG SAMMENDRAG:

Tidligere internasjonale og norske studier har vist at innvandrerkvinner fra visse regioner og land har økt sjanse for komplikasjoner i svangerskapet eller for den nyfødte sammenlignet med resten av befolkningen. Mange årsaksfaktorer kan spille inn, slik som mangel på god kommunikasjon mellom brukere og helsesektoren, manglende helsekunnskap og egenomsorg og manglende tilrettelegging av tjenester for en heterogen befolkning. Få studier har studert denne sammenhengen fra brukernes, eller de gravide, sitt perspektiv. Med forskningsstudien MIPREG ønsker vi å fylle nettopp dette kunnskapsgapet ved å bruke nylig innvandrede gravides egne erfaringer og opplevelser fra møte med svangerskaps- og fødselsomsorgen i Oslo. Studien består av tre faser, hvor vi i siste fase vil designe en intervensjon der 200 migrantkvinner er målgruppen for ekstra tiltak i svangerskapet som ekstra tid ved helsekontroller, tilpassede tolketjenester og bruk av interaktiv flerspråklig informasjonapplikasjon ("app").

PROSJEKTSIDE I CRISTIN:

<https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=602175>



Ingvil K. Sørbye. Foto Maria Nydal

De tre tiltakene er en ny mobilapp, tilbud om en ekstra ultralyd i tredje trimester og en digital kurspakke for helsepersonell.

Lett tilgjengelig og enkel å forstå

Forskerne i studien håper den nye informasjonsappen kan bidra til at faresignaler i svangerskapet oppdages tidlig og behandles raskt.

- Vi vil nå disse kvinnene direkte, med viktig informasjon om faresignaler i svangerskapet på deres eget språk. I appen får kvinnene vite hvilke symptomer de skal være oppmerksomme på, når de skal reagere og hva de i så fall skal gjøre, forteller Sørbye.

Mobilappen finnes på syv språk; norsk, engelsk, arabisk, somali, urdu, tigrinja og tyrkisk, og har både tekst, lyd og bilde. Informasjonen skal være lett tilgjengelig og enkel å forstå, og er utarbeidet i samarbeid med et dansk søsterprosjekt. Totalt skal 150 nylig innvandrede gravide kvinner ved tre helsestasjoner i Oslo teste appen. Per nå har rundt 70 kvinner tatt den i bruk. Dersom

vi ser at prototypen brukes av denne gruppen, kan man tenke seg en videreutvikling for å dekke enda flere temaer, for eksempel kvinnelig omskjæring, svangerskapsdiabetes og informasjon om hvordan gravide navigerer i det norske helsesystemet.

Setter stor pris på ekstra ultralyd

Flere kvinner har også allerede hatt en ekstra ultralyd.

- Vi har foreløpig ingen resultater, men vi har begynt å intervju disse kvinnene. Det vi hører er at de setter svært stor pris på den ekstra ultralyden i tredje trimester. De får komme dit de skal føde, noe som gir en ekstra trygghet. På ultralyden har vi også oppdaget flere tilfeller der fosteret ikke har vokst som det skal, som man ikke har funnet ut av ved screening med symfyse-fundus mål i primærhelsetjenesten. Her har funnene altså fått direkte konsekvens for behandling, i disse tilfellene med igangsetting av fødsel grunnet intrauterin veksthemming, forteller Sørbye.

Tidligere studier har vist at en ekstra ultralyd for lavrisiko gravide har liten effekt, fordi det er sjelden man finner avvik. Men ifølge Sørbye kan det være nyttig med en ekstra ultralyd for høyrisikogrupper.

Denne gruppen gravide ligner på en høyrisikogruppe, så en ekstra ultralyd for dem kan være nyttig. Ultralyden er også siste sjans for å kommunisere og oppdage for eksempel behov for tolk, samt å gi viktig informasjon og forventningsavklaring før fødselen starter, sier hun.

Unik forskning

Forskerne i Mipreg-prosjektet har allerede publisert flere artikler, og det vil komme mer. Tilbakemeldingene fra forskningsmiljøer er også gode.

- Det at vi forsker på pasientrapporterte utfall som tilfredshet hos kvinnene og hvor fornøyde de er, gjennom direkte intervjuer med over 400 kvinner, er ganske unikt. Det går på forventninger, tidligere erfaringer og behov. Det er en heterogen gruppe med ulike behov og ønsker. Av samme grunn er det også stor interesse for å publisere artikler og forskningsresultater fra studien. Vi får dermed formidlet mye kunnskap og resultater, og det er viktig og gøy, sier Sørbye.

Hun og forskerkollegaene håper å arrangere et møte høsten 2022, der de vil presentere flere resultater fra forskningsprosjektet Mipreg.

«Det at vi forsker på pasientrapporterte utfall som tilfredshet hos kvinnene og hvor fornøyde de er, gjennom direkte intervjuer med over 400 kvinner, er ganske unikt.»

ANGUSTA®
(misoprostol)

ANGUSTA®
- en hjelpende hånd

ANGUSTA® 25 µg misoprostol
tablett er indisert til
induksjon av fødsel¹



Referanse: 1. ANGUSTA® SmPC, 15.09.21.

OBLIGATORISK INFORMASJON

ANGUSTA® Hver tablett inneh.: 25 µg Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Prostaglandin**. ATC-nr.: G02A D06 **Tabletter 25 µg: Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. Sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av ANGUSTA®. Bruk anbefales fra uke 37 i svangerskapet ved tilfeller hvor cervix er umoden (Bishop score <7). **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare for induksjon (f.eks. unormal nonstresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrvev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/ barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Korioamnionitt kan det gjøre det nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnen >48 timer for administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk for uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). Inneholder 0,874 mg natrium per tablett, og er så godt som "natriumfritt". **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes for uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. Fertilitet: fertilitet og embryoutvikling hos rotter har vist at misoprostol kan påvirke implantasjon og resorpsjon, men er ikke relevant for indisert bruk av ANGUSTA® i slutten av svangerskapet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diare, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal føtal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale kramper. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalsosning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av ANGUSTA®. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. Se også www.felleskatalogen.no. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Norgine B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083HP Amsterdam, Nederland. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 15.09.2021. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1134,40. (Juli 2021). ANGUSTA® er rabattert i henhold til LIS-avtalen 2201 b. NO-OBS-ANG-2200003



ANGUSTA, NORGINE and the sail logo are registered trademarks of Norgine group of companies.

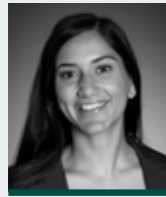
Norgine AS | norge@norgine.com | www.norgine.com

Because patients inspire us

Hvordan opplever innvandrerkvinner fødselsomsorgen i Norge?

Intervjuer med 400 kvinner etter fødsel.

MiPreg-prosjektet ønsket å kartlegge erfaringene med svangerskaps- og fødselsomsorgen blant innvandrerkvinner som nettopp hadde født. Vi inkluderte kvinner som hadde bodd i Norge i fem år eller mindre, og som selv var født i et lav- eller mellominntektsland. Vi fant at kvinnene stort sett var fornøyde. Flere kvinner var fornøyde med helseomsorgen under fødsel enn i svangerskapet. En del kvinner forstod ikke informasjonen som ble forsøkt formidlet til dem av helsepersonell. Færre enn en av fem kvinner som oppga behov for profesjonell tolk fikk dette tilbudt under fødsel.



Sukhjeet Bains

Stipendiat, Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, OUS og lege i spesialisering, gyn/obs, SSA

Kunnskapshull

Forskjeller i helseutfall blant innvandrerkvinner og majoritetsbefolkninger kan ha mange årsaker. Underliggende sykdommer og dermed ulike risikoprofiler kan være én årsak. Sub-optimal helsehjelp og lite tilpasset helsevesen kan også være medvirkende. I tillegg har funn fra andre europeiske land vist at undergrupper av innvandrerkvinner har både sen oppstart av svangerskapsomsorg og mindre bruk av helsetjenester under svangerskapet og i fødsel (1). Pasienters opplevelse av helseomsorgen er et mål på kvaliteten og med på å påvirke hvor mye og hvordan helsetjenester benyttes. Derfor er det viktig å kartlegge kvinnenes egne erfaringer av omsorgen.

Formålet med studien

Vi vet lite om helsen til nylig migrerte innvandrerkvinner i Norge. Mye av den tidligere forskningen i Norge på innvandrerkvinner er gjort uavhengig av deres botid i landet. Nylig migrerte kvinner utgjør en særlig sårbar undergruppe, med mindre kjennskap til helsevesen og mindre språkkunnskap. Våre inklusjonskriterier var derfor kvinner født i lav- eller mellominntektsland med botid \leq fem år i Norge. Kvinnene ble intervjuet ansikt-til-ansikt på deres foretrukne språk ved utskrivelse fra barsel på OUS (Rikshospitalet og Ullevål) og AHUS. Vi brukte et spørreskjema som omfatter sosioøkonomiske forhold, migrasjon, medisinske komplikasjoner, bruk av tolk, helseinformasjonsforståelse og tilgang til prevensjon og psykisk helsehjelp. Formålet med studien var å utforske faktorer knyttet til nylig migrerte innvandrerkvinner tilfredshet av svangerskaps- og fødselsomsorg.

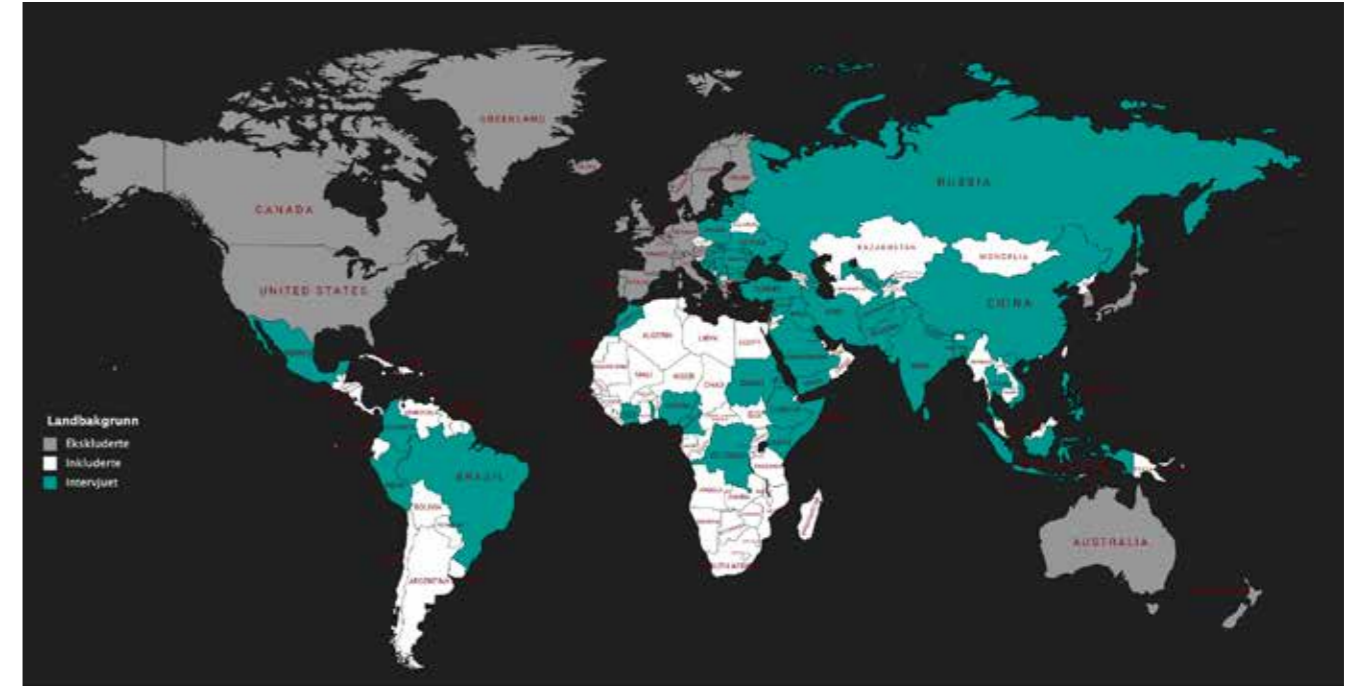
Utvalget

Vi intervjuet totalt 401 kvinner – 241 kvinner fra OUS og 160 kvinner fra AHUS. Responsraten var på 87.5%. Ved å intervjuer kvinnene selv sørget vi for at svarene på spørreskjemaene var komplette. Kvinnene var født i over 60 ulike land. Polen, etterfulgt av Pakistan, India, Filipinene og Eritrea var hyppigst rapporterte fødeland. Omtrent like mange valgte å ha svangerskapsoppfølgingen hos fastlegen (82%) som hos jordmor (83%).

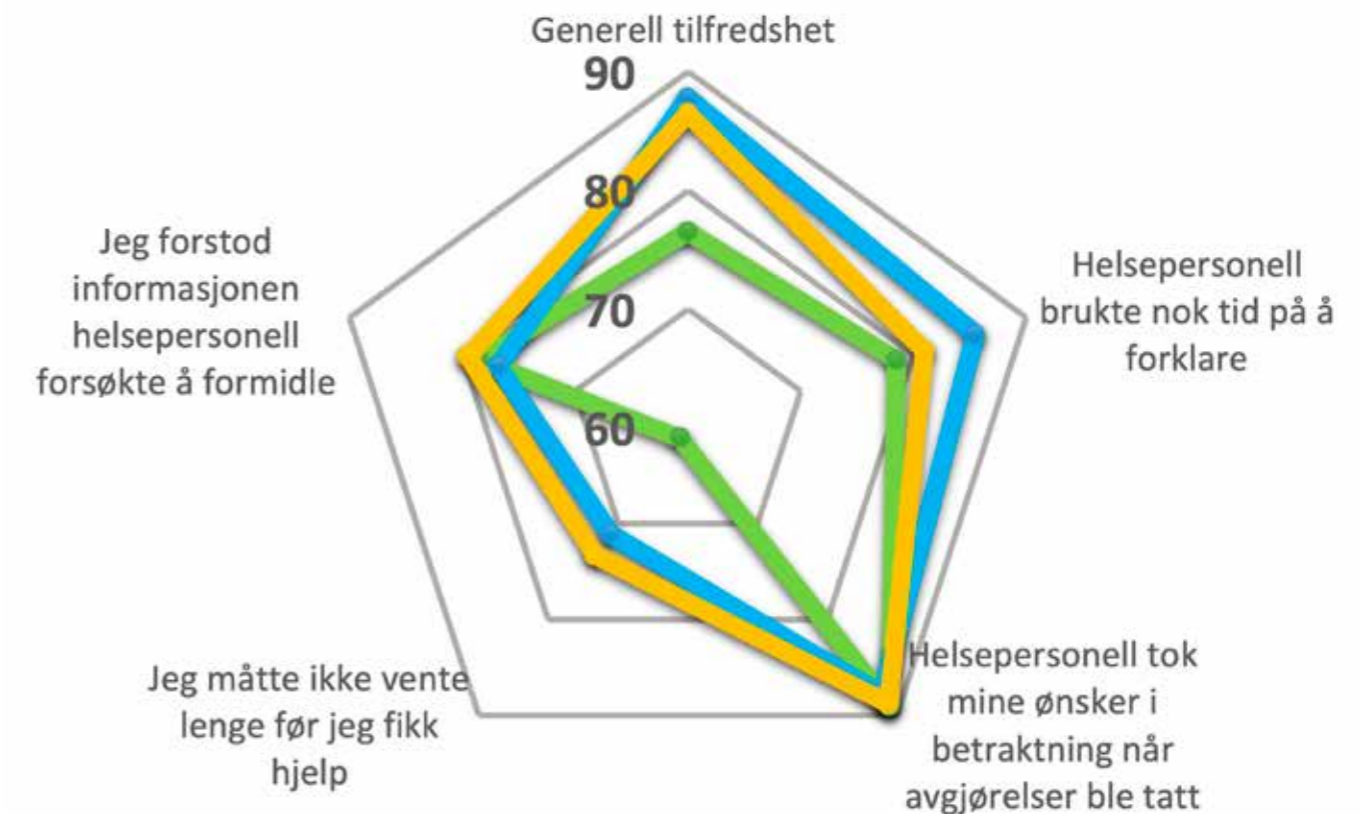
Tilfredshet med helseomsorg

Kvinnene var stort sett fornøyde med helseomsorgen. Kvinner med norsk partner, høy utdannelse og god norskforståelse hadde økt risiko for å være misfornøyde med helseomsorgen. Dette tror vi kan ha sammenheng med forventninger til helsetjenester. Flest kvinner oppga generell misnøye med helseomsorgen i svangerskapet (23%) sammenlignet med under fødsel (12%) og etter fødsel (13%). Dette er ulikt en nasjonal kartleggingsstudie fra 2013 som viste at kvinnene var mest misfornøyde med omsorgen på barselavdelingen, sammenlignet med i svangerskapet og under fødsel (2).

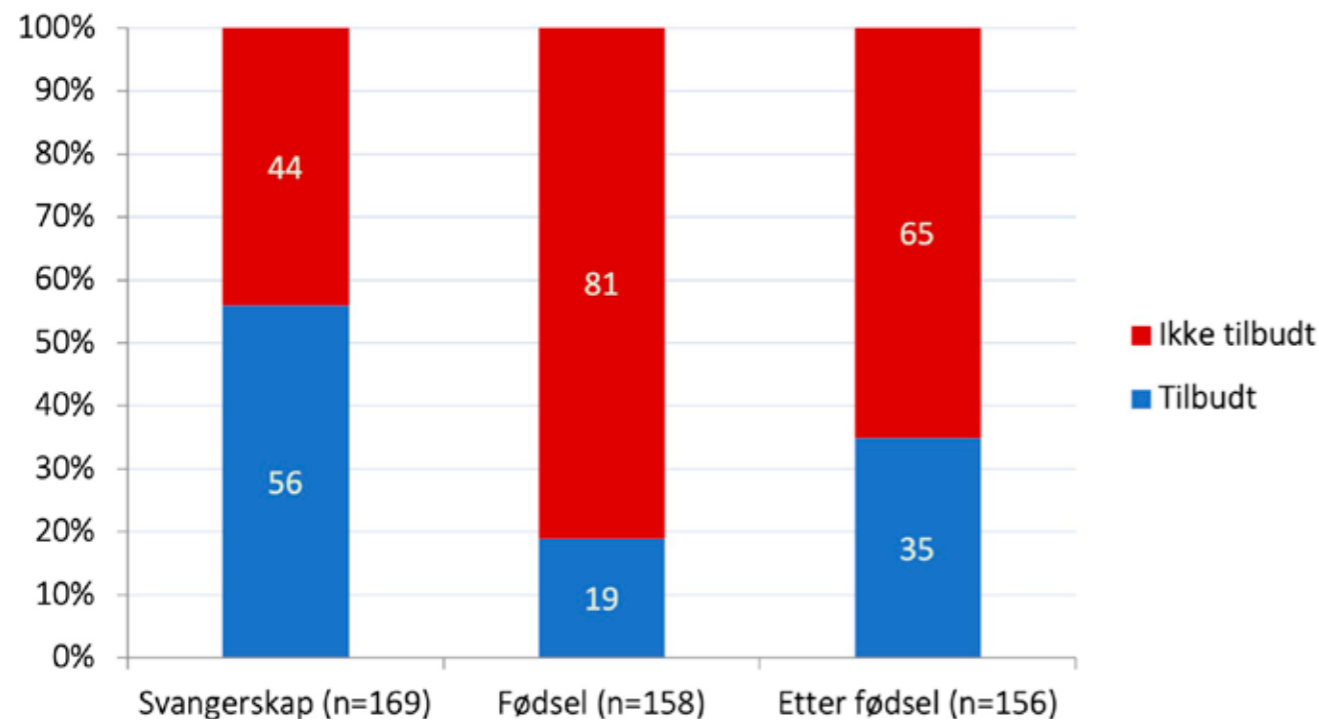
Figur 2 viser andelen kvinner som var fornøyde med fem aspekter av helseomsorgen for de ulike tidene – i svangerskapet, under fødsel og etter fødsel. Om vi sammenligner tidene i svangerskapet, under fødsel og etter fødsel, ser vi at flest kvinner var fornøyde med helseomsorgen under fødsel (blå linje). Tilsvarende ser vi at svangerskapsomsorg var tiden færrest kvinner var fornøyde med helseomsorgen (grønn linje). Spesielt på spørsmålet om pasienten måtte vente lenge før de fikk helsehjelp oppga 61% av kvinnene at de ikke måtte vente for lenge i svangerskapet, sammenlignet med 77% under fødsel. Nesten 90% av kvinnene oppga at de opplevde at helsepersonell tok deres ønsker i betraktning når avgjørelser ble tatt, uavhengig av tidspunkt. Litt under 80% oppga at de ikke forstod informasjonen helsepersonell forsøkte å formidle til dem i svangerskapet, under fødsel og etter fødsel. Omtrent 8 av 10 kvinner var fornøyde med antall døgn liggetid på barselavdeling etter fødsel. Dette samsvarer med funnene fra den nasjonale rapporten PasOpp fra 2017 (3).



Figur 1: Kart som viser hvilke fødeland som var ekskludert (grå) i studien, mulige land å inkludere (hvit og turkis) og hvilke fødeland som faktisk ble intervjuet (rødt).



Figur 2: Viser prosentandel av kvinner som var tilfredse med fem ulike faktorer med helseomsorgen for de ulike tidene – svangerskap (grønn linje), under fødsel (blå linje) og etter fødsel (gul linje).



Figur 3: Viser andelen kvinner som oppga behov for tolk og som fikk tilbudt og ikke tilbudt profesjonell tolk i svangerskapet, under fødsel og etter fødsel.

Språk og bruk av tolk

Av kvinnene som oppga at de ikke forstod informasjonen helsepersonell forsøkte å formidle til dem, enten i svangerskapet eller under fødsel, sa 85% at de tror de ville forstått informasjonen på et annet språk. Kvinnene oppga ulikt behov for tolk i svangerskap, under fødsel og etter fødsel. Behovet var høyest i svangerskapet (42%), sammenlignet med under og etter fødsel (39%). Figur 3 viser andelen kvinner som fikk tilbudt og ikke tilbudt profesjonell tolk blant de kvinnene som oppga et behov. Vi ser at blant de som selv opplevde å ha et behov for tolk ble flest tilbudt en profesjonell tolk i svangerskapet (56%). Tilsvarende ble færrest kvinner tilbudt profesjonell tolk under fødselen (19%) (figur 3).

Hvordan bedre helseomsorgen?

Våre funn indikerer et økt behov for tilpassing av svangerskaps- og fødselsomsorg til undergrupper av innvandrerkvinner. Helsepersonell bør være oppmerksomme på at mange kvinner har manglende forståelse av informasjon, og iverksette tiltak, som for eksempel bruk av tolk, når det er nødvendig. Økt kompetanse, med for eksempel kursing av helsepersonell, bedrer helsepersonellens kunnskap og bevissthet om kulturelt mangfold, viser en oversiktsartikkel (4). På sikt kan økt kompetanse blant helsepersonell føre til bedre etterlevelse av behandling. Det bør også diskuteres om det er behov for endringer i organiseringen av svangerskapsomsorgen for noen grupper sårbare kvinner.

Vil du lese mer:

- Bains S, Sundby J, Lindskog BV, Vangen S, Diep LM, Owe KM, Sorbye IK. Satisfaction with maternity care among recent migrants: an interview questionnaire-based study. *BMJ Open*. 2021 Jul 16;11(7):e048077. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048077.
- Bains S, Sundby J, Lindskog BV, Vangen S, Sorbye IK. Newly Arrived Migrant Women's Experience of Maternity Health Information: A Face-to-Face Questionnaire Study in Norway. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 15;18(14):7523. doi: 10.3390/ijerph18147523.
- Bains S, Skrånning S, Sundby J, Vangen S, Sorbye IK, Lindskog BV. Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women - a mixed-method study in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Oct 7;21(1):686. doi: 10.1186/s12884-021-04131-7.

Kilder:

- 1: Alderliesten ME, Vrijkotte TG, van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG*. 2007 Oct;114(10):1232-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01438.x.
- 2: Sjetne IS, Kjøllesdal JG, Iversen HH, Holmboe O. Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater. PasOpp-rapport 2013. Kunnskapssentret.
- 3: Holmboe O, Sjetne IS. Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017. Nasjonale resultater. PasOpp-rapport nr 2018:46. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.
- 4: Govere L, Govere EM. How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016 Dec;13(6):402-410. doi: 10.1111/wvn.12176.



4DryField® PH

PROVIDES HEMOSTASIS – PREVENTS ADHESIONS

Worldwide unique: CE-certified and clinically proven for

Adhesion prevention & Hemostasis



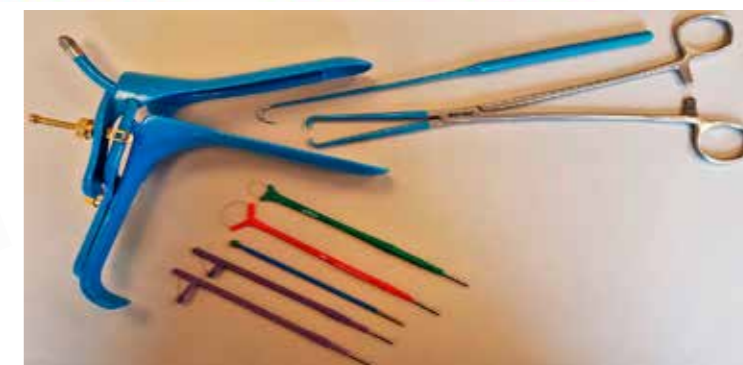
Neo Safe T CU 380 og CU 380 mini
Kobberspiral, meget prisgunstig!

medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no



MiPreg: Den kvalitative studien Opplevelse av svangerskapsomsorg blant nyankomne kvinner til Oslo



Benedikte Victoria Lindskog

Førsteamanuensis og medisinsk antropolog,
OsloMet.

Kvinnehelse og reproduktiv helse har tidligere, både i Norge og globalt, vært et forskningsområde som ikke har vært prioritert i fordeling av midler og goder både forskningsmessig og innad i helse-systemene. De siste ti årene har det i Norge vært satt mer søkelys på kvinners helse, noe som speiler seg i øremerkede og tildelte forskningsmidler og i politiske føringer og utvalg.

Til tross for en positiv utvikling knyttet til mødre helse i Norge, er det fremdeles utfordringer og barrierer – både blant pasientene og helsepersonell – som bidrar til suboptimal omsorg i enkelte tilfeller, og for enkelte grupper av kvinner.

Utgangspunktet for MiPreg-studien var tall som viste at kvinner som nylig hadde migrert til Norge hadde dårligere utfall knyttet til graviditet og fødsel enn etnisk norske kvinner og innvandrerkvinner som hadde bodd i Norge lenger enn fem år.

Et mål for MiPreg-studien var å undersøke hvilke barrierer og utfordringer som eksisterer i svangerskaps- og fødselsomsorgen for nylig innvandrede kvinner i Oslo. Vi ønsket å finne ut av hvor 'skoen trykkes' for denne gruppen kvinner, samt bedre forstå hvordan disse kvinnene tenkte om deres egen oppfølging under svangerskapet og eventuelle utfordringer de opplevde. Samtidig ønsket vi også å få innblikk i jordmødrenes perspektiver, opplevelser og erfaringer i deres arbeid med svangerskapsomsorg for denne gruppen kvinner.

Dybdeintervjuer

I 2020 utførte vi en kvalitativ studie på tre forskjellige helsestasjoner i Oslo. Gjennom samarbeid med jordmødre på henholdsvis Grønland, Grorud og Grünerløkka helsestasjoner rekrutterte og dybdeintervjuet vi 20 kvinner som hadde bodd i Norge i mindre enn fem år. Kvinnene kom fra mange forskjellige land og hadde ulik migrasjonsbakgrunn: Noen hadde migrert på grunn av arbeid, noen kom på grunn av familiegjening eller ekteskap, noen var udokumenterte personer eller «papirløse», mens andre hadde flyktet fra krig, konflikt eller politisk forfølgelse. De fleste

var førstegangsfødende, noen få hadde født før og tre hadde født i Norge tidligere.

Vi ønsket å få en bedre forståelse av deres opplevelser med egen graviditet og eventuelt tidligere graviditeter og fødsler. Videre var det et mål for oss å finne ut av deres helsekompetanse og kunnskap om egen kropp og graviditet. Når ble de fanget opp av svangerskapsomsorgen og hvilke helsetjenester brukte de? Hvor søkte de om informasjon eller hjelp hvis de kjente fysiske forandringer i kroppen og/eller endringer som bekymret dem? Var informasjonen forståelig, og hadde de mulighet til å få informasjonen presentert på eget språk?

Vi intervjuet også syv jordmødre fra ulike helsestasjoner og sykehus på Østlandet. Tre av de planlagte intervjuene måtte vi avlyse på grunn av koronaepidemien. Her var vi interessert i å forstå deres arbeidshverdag, hvilke tanker de hadde knyttet til egen svangerskapsomsorg for nyankomne gravide kvinner og hvordan arbeidsplassen la til rette for arbeid knyttet til denne gruppen kvinner med tanke på ressurser og tid. Hvordan opplevde de selv kommunikasjon og bruk av tolketjenester med denne pasientgruppen? Opplevde de noen utfordringer i flyt av informasjon til kvinnene? I hvilken grad hadde de kapasitet til å følge opp psykososiale utfordringer hos kvinnene? Hvilke faktorer var det som spilte inn med tanke på deres mål om å yte optimal helseomsorg for nyankomne kvinner?

Funn

Vi fant at de fleste var svært fornøyd med svangerskapsoppfølgingen på helsestasjonene, det vil si den omsorg, hjelp og informasjon som ble gitt av jordmor. På tross av at nødvendig informasjon ble gitt av jordmor, var det mange som oppga at de brukte nettsider/chattegrupper fra hjemlandet for å finne ut av endringer, eller av noe som bekymret dem i graviditeten. Noen nevnte at dette ofte ledet til misforståelse og økt bekymring.

Mange av kvinnene påpekte også at de slet med å forstå all informasjon som ble gitt og at de fant det vanskelig å forstå ordninger, skjemaer og rettigheter knyttet til NAV. Dette var en utfordring de fleste kvinnene vi intervjuet delte og som de selv mente bidro til mye bekymring, særlig med tanke på de økonomiske aspektene. Flesteparten av kvinnene poengterte at de hadde lite kunnskap om, og fant det vanskelig å navigere i, det norske helse-systemet. Noen hadde ved tilfældighet fått vite om svangerskapsoppfølgingen gjennom legevakten der de hadde vært for andre sykdommer.

«På tross av at nødvendig informasjon ble gitt av jordmor, var det mange som oppga at de brukte nettsider/chattegrupper fra hjemlandet for å finne ut av endringer, eller av noe som bekymret dem i graviditeten. Noen nevnte at dette ofte ledet til misforståelse og økt bekymring.»



De fleste av kvinnene vi intervjuet nevnte at de hadde få venner og lite sosialt nettverk, noe som bidro til en følelse av ensomhet i hverdagen deres. Dette kan ikke generaliseres til å gjelde nyankomne kvinne som sådan, men vi opplevde det som påfallende at så mange følte at de ikke hadde et støttende nettverk rundt seg.

Flere av kvinnene som hadde flyktet og vært gjennom en utfordrende og svært vanskelig migrasjonsprosess opplevde at svangerskapet deres ble preget av savn og usikkerhet knyttet til slektninger i hjemlandet. De av kvinnene som hadde kommet gjennom gjenforening/ekteskap snakket om at de følte seg ensomme, selv om de hadde ny svigerfamilie, og savnet sin egen familie nå som de selv var gravide.

Vi fant at manglende språkkompetanse ble oppfattet av både kvinnene og jordmødrene som en av de største utfordringene. For jordmødrene vi intervjuet ledet dette ofte til utvidet konsultasjonstid i en ellers presset hverdag, og ofte ble det brukt mye tid på å finne passende tolk, og i det hele tatt, få tak i tolk.

Veien videre

Den kvalitative studien i MiPreg-studien viser mange berøringsflater med den neste arbeidspakken vi utførte i studien, som innebar en spørreundersøkelse. Sett sammen viser begge studier at vi fremdeles har en vei å gå for å tilpasse tjenestene for grupper som har flere sårbarhetsfaktorer.

Vi finner i vårt forskningsprosjekt at nyankomne kvinner har behov for bedre tilpasning av tjenester, spesielt i tilknytning til tolking og overføring av viktig informasjon til kvinnene. Dette krever økte ressurser, både hva gjelder tid og penger, slik at svangerskapsomsorg kan bli gitt på en god og helhetlig måte for denne gruppen kvinner. MiPreg-studien omfatter i hovedsak svangerskaps- og fødselsomsorg ved helsestasjoner og ved fødeavdelinger. Fastlegers rolle og forståelse er derfor ikke dekket av studien, men kan være verdt å vektlegge i eventuelle fremtidige studier.

Mors fødested, innvandringsbakgrunn og risiko for alvorlige fødselsrifter



Katrine Mari Owe

PhD, Forsker^{1,2}

¹ Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, Oslo.

² Avdeling for barns helse og utvikling, Folkehelseinstituttet, Oslo.

Hvert år opplever rundt 700 kvinner alvorlige fødselsrifter (perinealruptur grad 3 eller 4) i Norge. I 2021 utgjorde disse kvinnene 1,6 prosent av alle vaginale fødsler her i landet, viser nye foreløpige tall fra Medisinsk fødselsregister [1]. Denne andelen har aldri vært lavere i Norge.

Det er imidlertid store variasjoner i insidensen av alvorlige fødselsrifter, både mellom de ulike helseregionene i Norge, men også mellom ulike populasjoner som er undersøkt. Forskjeller i risikofaktorer som antall tidligere svangerskap, høy fødselsvekt hos barnet, operativ vaginal forløsning, epidural, langsom fremgang og ikke minst høyere alder hos mor, kan bare delvis forklare disse forskjellene i insidens [2-3]. Flere studier har imidlertid pekt på mors fødeland som en risikofaktor for alvorlige fødselsrifter, og særlig at kvinner født i Asia har en høyere risiko sammenlignet med kvinner i landet de kommer til [4].

Andelen fødsler av kvinner som er født utenfor Norge har økt jevnt de siste årene. I perioden 2008 til 2017, økte denne andelen fødsler fra 19-30 prosent av alle fødsler i Norge. Det er kjent at innvandrerkvinner utgjør en sårbar gruppe innen fødselsomsorgen. Det skyldes at enkelte grupper av innvandrerkvinner er vist å ha høyere risiko for alvorlige svangerskaps- og fødselsutfall som dødfødsler, preterm fødsel, akutte keisersnitt og det å føde et barn med lav fødselsvekt [5-7].

I en ny norsk register-basert studie publisert i *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, undersøkte vi sammenhengen mellom mors fødested og risikoen for alvorlige fødselsrifter blant 188 658 førstegangsfødende kvinner med vaginal hodefødsel, i perioden 2008 til 2017 [8]. Vi ønsket også å undersøke om risikoen for alvorlige fødselsrifter blant innvandrerkvinner endret seg med kvinnens botid i Norge (over eller under 5 år). I tillegg ønsket vi å undersøke hvorvidt det å ha en norskfødt eller utenlandsfødt partner påvirket risikoen for alvorlige fødselsrifter.

I perioden 2008 til 2017 fikk 3,4 prosent av kvinnene i vår studie alvorlige fødselsrifter. Det var store variasjoner i hyppigheten av alvorlige fødselsrifter etter mors fødested, fra 2,8 prosent blant kvinner fra Høyinntektsland til 6,2 prosent blant kvinner fra Sør-Asia.

Vi fant vi at kvinner fra Sør-Asia, Sørøst-Asia og Afrika sør for Sahara hadde dobbelt så høy risiko for alvorlige fødselsrifter sammenlignet med norske kvinner. Samtidig hadde kvinner fra Europa og Sentral-Asia og høyinntektsland 13-14 prosent lavere risiko sammenlignet med norske kvinner. I alle analysene tok vi hensyn til mors alder, utdanningsnivå, sivilstatus, år for fødsel, pre-gravid kroppsmasseindeks (KMI), mors høyde, røyking, makrosomi og helseregion. Når vi kun så på innvandrerkvinnene i studien vår, og ekskluderte kvinner med samme etnisitet uten innvandringsbakgrunn, fant vi noe høyere risikoestimer.

Disse resultatene er i tråd med tidligere studier som også har funnet en dobbelt risiko for alvorlige fødselsrifter hos førstegangsfødende kvinner fra Sør-Asia, Sør-Øst Asia og Afrika sør for Sahara [3, 9-10]. Den lavere risikoen vi observerte hos kvinner fra høyinntektsland skyldes trolig at de fleste innvandringskvinnene i denne gruppen kommer fra land innen EU og skiller seg mye fra innvandrerkvinnene fra de andre regionene.

I vår studie hadde innvandrerkvinner med kort botid i Norge (kortere enn 5 år), høyere risiko for alvorlige fødselsrifter sammenlignet med innvandrerkvinner fra samme region som hadde bodd i Norge i mer enn fem år. Den høyeste risikoen for alvorlige fødselsrifter ble observert hos nyankomne innvandrerkvinner fra Sør-Asia, som hadde fire ganger så høy risiko for alvorlige fødselsrifter sammenlignet med nyankomne kvinner fra høyinntektsland. Vi fant også at utenlandsfødt kvinner med en utenlandsfødt partner hadde høy risiko for alvorlige fødselsrifter. Særlig gjaldt det for sørasiatiske kvinner.

Dette er nye funn som ikke er blitt vist tidligere. Botid i Norge henger trolig sammen med kvinnens språkkunnskap, og dermed også språkbarrierer i situasjoner hvor kvinnen og fødselshjelper ikke snakker samme språk. Språkbarrierer påvirker samspillet og har vist seg å være en selvstendig risikofaktor for alvorlige fødselsrifter [11]. Selv om vi ikke har informasjon om kvinnenes språkkunnskap, kan våre resultater tyde på nyankomne innvandrerkvinner i Norge har en særlig høy risiko for alvorlige fødselsrifter.



At det å ha en utenlandsfødt parter også er relatert til en høy risiko, tror vi henger sammen med partnerens rolle som tilrettelegger, potensiell tolk og en som har kjennskap til helsevesenet i Norge. Når far også er utenlandsfødt faller dette trolig bort. Vi tror derfor at den forskjellen i risiko som vi har funnet, skyldes andre faktorer enn biologiske. Her trenger vi imidlertid flere studier for å kunne undersøke fars bidrag mer i detalj, og hvordan det påvirker alvorlige fødselsrifter.

En viktig styrke med denne studien er at vi benyttet data fra to nasjonale registre, Medisinsk fødselsregister og Folke-registeret. Med detaljerte opplysninger om mer enn 188 000 førstegangsfødende kvinner, deres svangerskap og fødsel, hadde vi mulighet til å ta hensyn til et bredt spekter av mulige konfunderende faktorer, i tillegg til å undersøke sammenhengen i undergrupper.

Funnene fra denne studien kan ha betydning for hvordan vi planlegger helsehjelp til en sårbar gruppe gravide kvinner. Resultatene våre vil kunne gjøre det lettere for helsepersonell å identifisere kvinner med høy risiko for alvorlig fødselsrifter, og dermed kunne gi tilpasset fødselshjelp.

Referanser:

1. Medisinsk fødselsregister Statistikkbank, foreløpige tall per 21.01.2022 <http://statistikk-bank.fhi.no/mfr/> Hentet 6. februar 2022.
2. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, et al.; Euro-Peristat Scientific Committee. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016 Jul;95(7):746-54. PMID: 26958827.
3. Baghestan E, Irgens LM, Børndahl PE, Rasmussen S. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol.* 2010 Jul;116(1):25-34. PMID: 20567164.
4. Brown J, Kaparubandara S, Gibbs E, King J. The Great Divine: Country of birth as a risk factor for obstetric anal sphincter injuries. *Aust N Z J Obstet. Gynaecol.* 2018; 58: 79-85
5. Urquia ML, Glazier RH, Blondel B, et. al.; ROAM collaboration. International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination. *J Epidemiol Community Health.* 2010 Mar;64(3):243-51.
6. Merry L, Small R, Blondel B, Gagnon AJ. International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 Jan 30;13:27. PMID: 23360183; PMID: PMC3621213.
7. Khanlou N, Haque N, Skinner A, Mantini A, Kurtz Landy C. Scoping Review on Maternal Health among Immigrant and Refugee Women in Canada: Prenatal, Intrapartum, and Postnatal Care. *J Pregnancy.* 2017;2017:8783294. PMID: PMC5292182.
8. Sørbye IK, Bains S, Vangen S, Sundby J, Lindskog B, Owe KM. Obstetric anal sphincter injury by maternal origin and length of residence: a nationwide cohort study. *BJOG.* 2022 Feb;129(3):423-431. PMID: 34710268.
9. Belihu FB, Small R, Davey MA. Episiotomy and severe perineal trauma among Eastern African immigrant women giving birth in public maternity care: A population based study in Victoria, Australia. *Women Birth.* 2017 Aug;30(4):282-290. PMID: 27889259.
10. Davies-Tuck M, Biro MA, Mockler J, Stewart L, Wallace EM, East C. Maternal Asian ethnicity and the risk of anal sphincter injury. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015 Mar;94(3):308-15. PMID: 25494593.
11. Schrot-Sanyan S, Kolanska K, Haimeur Y, Varlas V, Parisot-Liance L, Daraï E, Bornes M. Language barrier as a risk factor for obstetric anal sphincter injury - A case-control study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021 Oct;50(8):102138. PMID: 33831603.

Innvandrere fra flere regioner i verden får mindre epidural under fødsel enn norskfødte kvinner, når de føder i Norge

Å føde barn uten å få den smertelindringen man i realiteten trenger kan føre til en unødvendig tøff fødsel for noen kvinner. Når noen grupper kvinner får mindre epidural enn andre, bør vi ta det på alvor. Mange klarer seg helt fint uten smertelindring, mens andre kvinner opplever unødvendig tøffe fødsler.



Åsa Waldum

Jordmor og stipendiat, OUS



Ingvil Krarup Sørbye

Overlege og postdoktorforsker,
Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, OUS

Vår studie ved Oslo universitetssykehus og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning viser at det er slike forskjeller i Norge. Innvandrere fra noen land skiller seg ut. De som ble født i Afrika sør for Sahara brukte minst epidural under fødsel, etterfulgt av kvinner født i Øst-Asia, Nord-Afrika og Midtøsten. Disse ulikhetene kan få konsekvenser for noen av kvinnene.

Fødsler er veldig forskjellige. Noen kvinner vil sitte igjen med en traumatisk opplevelse uten smertelindring. Tidligere forskning viser at det kan påvirke alt fra amming til tilknytningen til barnet negativt. Neste gang vil de kanskje velge keisersnitt. Epidural kan bidra til at fødselsopplevelsen blir bedre for noen.

Samtidig finnes det ikke noen fasit. Det er store individuelle forskjeller, og hver kvinne bør bli møtt ut ifra hennes individuelle behov og ønsker. Mens noen fødende synes det er en stor lettelse å få smertelindring med epidural, vil andre helst klare seg uten.

Forskjellene vi fant i denne studien kan tyde på at det også er andre ting enn individuelle behov som avgjør hvem som får smertelindring.

Oftere epidural blant kvinner fra Sør-Amerika

Det er samtidig verdt å merke seg at ikke alle med innvandrerbakgrunn fikk mindre epidural. Kvinner som er født i Sør-Amerika eller Karibia fikk oftere epidural enn norskfødte kvinner.

Kvinnene som innvandret fra disse områdene hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å få epidural.

Resultatene er basert på informasjon fra Medisinsk fødselsregister om nesten 850 000 fødsler i Norge mellom 2000 og 2015. Informasjon om hvilket land kvinnene selv ble født i, ble hentet fra Statistisk sentralbyrå. For å få store nok grupper til å regne på forskjeller, grupperte vi kvinner fra flere land sammen. Derfor kan vi ikke uttale oss om forskjeller mellom enkeltland, men forskningen sier kanskje noe om holdninger i hjemlandet til kvinnene likevel.

Vanlig eller ikke i hjemlandet

Hvem som får mest og minst epidural kan handle om erfaringer fra hjemlandet. Epiduralbruken samsvarer ganske godt med hvor vanlig det er å bruke denne typen smertelindring i hjemlandet. Vi kan imidlertid ikke konkludere om årsaker ut ifra denne studien. En mulig forklaring på forskjellene kan være dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og fødende, både språklig og kulturelt. Det kan også være forskjellige måter å uttrykke smerte på. Man kan ikke se bort fra at det kan være vanskeligere å tolke smerte når kvinnen kommer fra en annen kultur.

Bør bruke tolk oftere

Jordmødre i svangerskapsomsorgen er generelt gode til å informere om smertelindring i fødsel. Likevel kan noen kvinner falle utenfor systemet eller ikke få med seg informasjonen.

Vi må sikre oss at alle – også kvinner med språkutfordringer eller manglende helsekompetanse – får individuelt tilpasset informasjon. Bruk av tolk kan sikre dette. Helsepersonell bør også være bevisste på at epidural kan ha et dårlig rykte i landet kvinnene kommer fra.

Feiloppfatninger

Noen kvinner er redde for at epidural kan føre til kroniske ryggsmarter og lammelser. Tidligere studier har vist at slike oppfatninger hindrer kvinner fra å velge denne smertelindringen. Epidural anses trygt å bruke i Norge. Samtidig kan legemiddelet, som med alle andre medisiner, gi visse bivirkninger. Målet er at kvinner skal få informasjon de forstår, både om fordeler og bivirkninger med epidural, slik at de kan ta et informert valg.



Flerkulturell støtte før, under og etter fødselen

I senere år har det å bruke en flerkulturell doula blitt tatt i bruk. Flerkulturelle doulaer snakker samme språk som den gravide og har lignende bakgrunn. De er ikke tolker eller helsearbeidere, men har selv født barn i Norge og kjenner det norske helsevesenet. De blir kjent under svangerskapet, hun er med under fødsel og de treffes i barseltiden. Marit Stene Severinsen er jordmor ved Oslo universitetssykehus og leder prosjektet *Sårbar, gravid og ny i Norge – Trygg under fødsel med flerkulturell doula*. Tilbudet er rettet til nyankomne kvinner i en sårbar livssituasjon og drives nå av Norske kvinners sanitetsforening.

Mer informasjon før fødselen

Alle kvinner bør få individuelt tilrettelagt informasjon om epidural i svangerskapet. For noen vil dette bety at tolk bør brukes. Denne informasjonen bør komme allerede under graviditeten, før fødselen er i gang

Majoriteten av nylig immigrerte kvinner rapporterer at de ikke forstår informasjon som blir gitt til dem av helsepersonell. Det er behov for økt bevissthet om stadig mer språklige utfordringer hos befolkningen i Norge, og fordelene med å bruke tolk for å bedre dialogen mellom kvinner i helsepersonell.



Ref: (1-3)

1. Waldum AH, Jacobsen AF, Lukasse M, Staff AC, Falk RS, Vangen S, et al. The provision of epidural analgesia during labor according to maternal birthplace: a Norwegian register study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):321.
2. Haugaard A, Tvedte SL, Severinsen MS, Henriksen L. Norwegian multicultural doulas' experiences of supporting newly-arrived migrant women during pregnancy and childbirth: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2020;26:100540.
3. Bains S, Sundby J, Lindskog BV, Vangen S, Sorbye IK. Newly Arrived Migrant Women's Experience of Maternity Health Information: A Face-to-Face Questionnaire Study in Norway. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):15.

Saxenda® (liraglutid)

– GLP-1-analog til behandling av overvekt og fedme¹

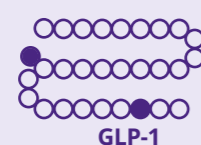
Som supplement til

-  diett/sunt kosthold
-  økt fysisk aktivitet

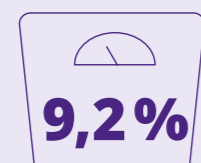


Har du pasienter som ønsker å gå ned i vekt?

68 % av personer med overvekt ønsker at legen initierer en samtale om overvekt²



97 % likt humant GLP-1³



9,2 % vektreduksjon observert for pasienter som stod på Saxenda® i 1 år^{3,4#}



1 av 3 pasienter går ned >10 % av kroppsvekt⁴

~6/10 av pasientene går ned mer en 5 % av kroppsvekt (Vekttap på 5-10 % av kroppsvekt regnes klinisk relevant).⁵

* SCALE Fedme og prediabetes er den største studien på Saxenda®.⁴ Studien varte i 56 uker og hadde 3731 deltakere. Primært endepunkt i studien var endring i kroppsvekt. -8,0 % med Saxenda® vs -2,6 % med placebo etter 56 ukers behandling, en behandlingsforskjell på -5,4 % til fordel for Saxenda® (95 % konfidensintervall: -5,8, -5,0, p<0,001). Blandt pasienter som fikk Saxenda® og fullførte alle planlagte besøk i studien var observert vektreduksjon 9,2 %.⁴

Saxenda® indikasjoner¹

Voksne:

Saxenda® er indisert som supplement til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos voksne pasienter med initial BMI (Body Mass Index) på:

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (fedme) eller
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ til $< 30 \text{ kg/m}^2$ (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi eller obstruktiv søvnapné.

Behandling med 3,0 mg Saxenda® daglig skal seponeres etter 12 uker, dersom pasienten ikke oppnår vektreduksjon på minst 5 % av opprinnelig kroppsvekt.

Ungdom ≥ 12 år:

Saxenda® er indisert som supplement til et sunt kosthold og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥ 12 år med **fedme (BMI tilsvarende $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ som internasjonal grenseverdi hos voksne, se tabell i SPC eller på www.felleskatalogen.no) og kroppsvekt $> 60 \text{ kg}$.**

Behandling med 3,0 mg Saxenda® daglig, eller maks tolererte dose, skal seponeres og reevalueres etter 12 uker, dersom pasienten ikke oppnår reduksjon i BMI eller BMI z-score ≥ 4 %.

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller www.felleskatalogen.no

Saxenda® refusjon og pris⁶

Saxenda® refunderes per i dag etter søknad til HELFO om individuell refusjon⁷ for voksne med følgende BMI, eller ungdom ≥ 12 år med BMI tilsvarende:

- $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ (fedme grad 3) eller
- $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ (fedme grad 2) og
 - en vektrelatert tilleggsykdom eller
 - en tilleggslidelse/-sykdom som øker risikoen for alvorlig fedmerelatert sykdom

For oversikt over aktuelle diagnosekoder se vilkårene for liraglutid i fulltekst på Helsedirektoratets nettsider.

For voksne stilles det krav til at Mysimba skal være forsøkt først eller dokumentert uegnet.



Saxenda® (liraglutid) pris⁸

Kr 2971,00 per pakning a 5x3 ml. En pakning er tilstrekkelig til 30 dagers bruk ved anbefalt vedlikeholdsdose (3,0 mg/dag)

Saxenda® utvalgt sikkerhetsinformasjon⁹

- Hyppigst rapporterte bivirkninger er gastrointestinale (svært vanlige $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse og oppkast. De fleste episodene var milde til moderate, og forbigående (avtok innen noen få dager eller uker). Unngå væskemangel
- Gallesten og kolecystitt: Høyere frekvens observert, kan delvis forklares av vektreduksjon
- Økt hjertefrekvens observert
- Kombinasjon med SU-preparater kan øke risiko for hypoglykemi. Vurder dosereduksjon av SU ved oppstart. Kombinasjon med insulin ikke evaluert
- Skal ikke brukes under graviditet eller amming
- Saxenda® skal seponeres dersom tilstrekkelig effekt uteblir

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Ikke nødvendig med dosejustering	Eldre ≥ 75 år Barn/ungdom under 12 år
Nyrefunksjon	Lett eller moderat nedsatt (kreatininclearance $\geq 30 \text{ ml/min}$)	Alvorlig nedsatt (kreatininclearance $< 30 \text{ ml/min}$) inkludert terminal nyresykdom
Hjertesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Leverfunksjon	Mild eller moderat nedsatt Bør brukes med forsiktighet	Alvorlig nedsatt

Saxenda® dosering

– én injeksjon daglig uavhengig av måltid^{8,10}

Saxenda® skal injiseres subkutant i abdomen, i låret eller i overarmen én gang daglig.



Referanser: 1. Saxenda® SPC avsnitt 4.1 (Sist oppdatert 16.12.2021). 2. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. Diabetes Obes Metab. 2019 Aug;21(8):1914-1924. 3. Saxenda® SPC avsnitt 5.1 (Sist oppdatert 16.12.2021). 4. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al; for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. N Engl J Med. 2015;373(11):11-22 and supplementary appendix. doi:10.1056/NEJMoa1411892. 5. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten, Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, IS-1735, Helsedirektoratet 2011. 6. Helsedirektoratet om Liraglutid 2 (Vedlegg til § 5-14 legemiddellisten) <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/liraglutid-2> (Lest 14.01.2022). 7. HELFO sine sider om individuell refusjon <https://www.helfo.no/om-helfo/digitale-tjenester-fra-helfo/ny-losning-for-individuell-soknad-om-stonad-pa-bla-resept-fra-2020> (Lest 14.01.2022). 8. Felleskatalogen - Saxenda® <https://www.felleskatalogen.no/medisin/saxenda-novo-nordisk-658699> (Lest 14.01.2022). 9. Saxenda® SPC avsnitt 4.2, 4.4, 4.8, 5.1 og 5.2 (Sist oppdatert 16.12.2021). 10. Saxenda® SPC avsnitt 4.2 (Sist oppdatert 16.12.2021).

Du kan lese mer om Saxenda® på vår nettside: www.saxenda.no



Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com · www.novonordisk.no

Saxenda®
liraglutid injeksjon

Kvinnelig omskjæring, tidspunkt for deinfibulering og risiko for keisersnitt

Høy forekomst av keisersnitt er tidligere vist blant migrantkvinner i Norge som kommer fra Afrika sør for Sahara. Det har vært knyttet usikkerhet til om dette kan skyldes at mange kvinner i denne gruppen har gjennomgått omskjæring.



Ingvil Krarup Sørbye

Overlege og postdoktorforsker,
Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, OUS

I vår artikkel "Female genital mutilation/cutting, timing of deinfibulation, and risk of cesarean section" publisert i Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica undersøkte vi hvorvidt omskjæringstype (type 1,2,3 eller ingen omskjæring) var assosiert med risiko for keisersnitt (1). Blant kvinner med type 3 omskjæring undersøkte vi også hvorvidt tidspunkt for åpning eller deinfibulering (før svangerskap, eller under svangerskap) hadde betydning for keisersnittrisiko.

Artikkelen var basert på en journalgjennomgang blant 1504 førstegangs fødende somaliskfødte kvinner som hadde født i Helse Sør Øst mellom 1990 og 2014. Vi identifiserte kvinnene gjennom en kobling mellom Medisinsk Fødselsregister og Folkeregisteret, og de hadde født ved en av elleve fødeinstitusjoner i regionen.

Hovedutfallet var risiko for keisersnitt, og sekundært utfall inkluderte type keisersnitt, indikasjon for keisersnitt og neonatale utfall.

Vi fant vi at høy risiko for keisersnitt ikke var relatert til grad av omskjæring. Kvinner med type 3 omskjæring hadde lavere risiko

for keisersnitt sammenlignet med kvinner som ikke var omskåret (OR 0.54, 95% CI 0.33-0.89 P = .02). Blant de 1504 kvinnene var keisersnittsraten i perioden 28.0 prosent og andelen akutte keisersnitt var 92.3 prosent. Føtal distress var den vanligste indikasjonen for keisersnitt og forekom blant 50 prosent av tilfellene, og varierte ikke med type omskjæring.

Vi undersøkte også hvorvidt kvinner som hadde gjennomgått åpning av omskjæringen før fødselen (deinfibulering) hadde lavere risiko for keisersnitt, men fant at åpning før eller under svangerskapet sammenlignet med ingen åpning før fødsel ikke beskyttet mot keisersnitt. Kvinner med type 3 omskjæring som ikke var åpnet før fødsel hadde lavere keisersnittrisiko enn kvinner som hadde blitt åpnet før eller under svangerskap (OR 0.64, 95% CI 0.46-0.88 P = .01). Det var ikke forskjell i nyfødtutfall utfra omskjæringsstatus, eller tidspunkt for deinfibulering.

Studien viser at i en norsk setting er omskjæring i seg selv ikke knyttet til forløningsmåte. Disse resultatene er viktig for klinisk praksis, idet vi demonstrerer at denne pasientgruppen har vedvarende høy risiko for svangerskapskomplikasjoner i form av keisersnitt uavhengig av omskjæringsstatus, og bør følges opp tilsvarende. I tillegg kan kvinner veiledes, slik at deres eget ønske angående når de ønsker åpning kan etterfølges.

1. Taraldsen S, Vangen S, Øian P, Sørbye IK. Female genital mutilation/cutting, timing of deinfibulation, and risk of cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Apr;100(4):587-595. doi: 10.1111/aogs.14111. Epub 2021 Mar 14. PMID: 33719034.

«Vi demonstrerer at denne pasientgruppen har vedvarende høy risiko for svangerskapskomplikasjoner i form av keisersnitt uavhengig av omskjæringsstatus, og bør følges opp tilsvarende.»

NYHET!

Utrogestan®

(mikroniserat progesteron)



300 mg x 2
daglig i behandlingsperioden

Ny styrke og dosering ved IVF-behandling¹

Som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART)

» Laveste daglige kostnad²
(i gruppen progesteron, G03DA04)

Ref: 1. Utrogestan 300 mg SPC (06/2021) 2. www.legemiddelsok.no

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 300 mg.

Indikasjon: Til voksne kvinner som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART).

Dosering: 300mg om morgenen og 300 mg om kvelden ved leggetid. Behandlingen starter senest 3. dag etter uthenting av oocytter og fortsetter til minst 7. uke av graviditeten og ikke lenger enn til 12. uke eller til menstruasjonen starter. Skal kun administreres vaginalt.

Pakninger og priser (AUP): Vaginalkapsler 15 stk.: kr 185,00. Reseptgruppe C.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

Kontraindikasjoner: Gulsott, alvorlig nedsatt leverfunksjon, udiagnostisert vaginalblødning, karsinom i bryster eller genitalier, tromboflebitt, tromboembolilister, cerebral blødning, porfyri, "misted abort", allergi mot nøtter/soya.

Advarsler og forsiktighetsregler:

- Skal kun brukes de første tre månedene av graviditeten.
- Ikke egnet som prevensjonsmiddel.
- Ikke beregnet for behandling av truende prematur fødsel.
- Bruk i graviditetens 2. og 3. trimester kan føre til svangerskapskolestase eller hepatocellulær leverskade.

- Seponeres ved diagnostisering av "misted abortion".
- Progesteragener kan påvirke balansen i behandlingen av diabetes og har vært forbundet med en økning av diabetes type 2. Justering av diabetesmedisinen til pasienter som samtidig behandles med progesteragen kan være nødvendig.

Bivirkninger: Kløe, vaginal blødning og utflod kan forekomme.

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan 300mg, SPC 02.06.2021.

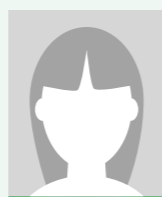
Bruk av tidlig ultralyd hos gravide i Nord-Norge



Ida Solheim
Medisinstudent,
UiT Norges Arktisk
Universitet



Kari How
Ultralydjordmor,
Kvinneklubben,
UNN Tromsø



Katja Karlsen
Ultralydjordmor,
Kvinneklubben,
UNN Harstad



Vasilis Sitrass
Overlege og leder
av Fostermedisinsk
avdeling, OUS



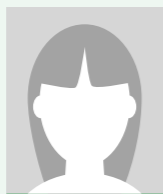
**Charlotte
Mannswerk**
Ultralydjordmor, Alta



Ragnhild Glad
Overlege, Medisinsk
genetisk avdeling,
UNN Tromsø



Bodil Hvingel
Overlege,
Kvinneklubben,
UNN Tromsø



Bodil Eilertsen
Ultralydjordmor,
Kvinneklubben,
UNN Narvik



Heidi Tiller
Overlege, Kvinne-
klubben, UNN
Tromsø og Professor
ved UiT Norges
Arktiske Universitet

Sammendrag

Bakgrunn

I løpet av 2022 vil alle gravide i Norge få tilbud om tidlig ultralyd som del av offentlig svangerskapsomsorg. En undersøkelse utført i Oslo 2019 fant at 86% hadde fått utført privat tidlig ultralyd. Vi vet imidlertid lite om hvordan kvinner i resten av landet forholder seg til privat tidlig ultralyd. Hovedhensikten med prosjektet var å kartlegge bruken av privat tidlig ultralyd blant gravide i Nord-Norge.

Materiale og metode

En anonym spørreundersøkelse ble gjennomført i Tromsø, Harstad, Narvik og Alta i perioden august 2020 til januar 2021. Alle norsktalende som kom til sin rutineultralyd i svangerskapsuke 17-19 ble spurt om å delta. Resultatene ble analysert i statistikkprogrammet SPSS.

Resultater

Av de 321 kvinnene som deltok hadde 49,5% vært til privat tidlig ultralyd. Gravide fra «by» og førstegangsfødende oppsøkte oftere privat ultralyd ($p < 0,05$). De som oppgav religion som viktig oppsøkte sjeldnere privat ultralyd ($p = 0,012$).

Fortolkning

Halvparten av de 321 inkluderte kvinnene fra Nord-Norge hadde vært til privat tidlig ultralyd. Dette er betydelig færre enn i en lignende undersøkelse som ble gjort i Oslo i 2019, der fem av seks gravide fikk gjort en slik undersøkelse.

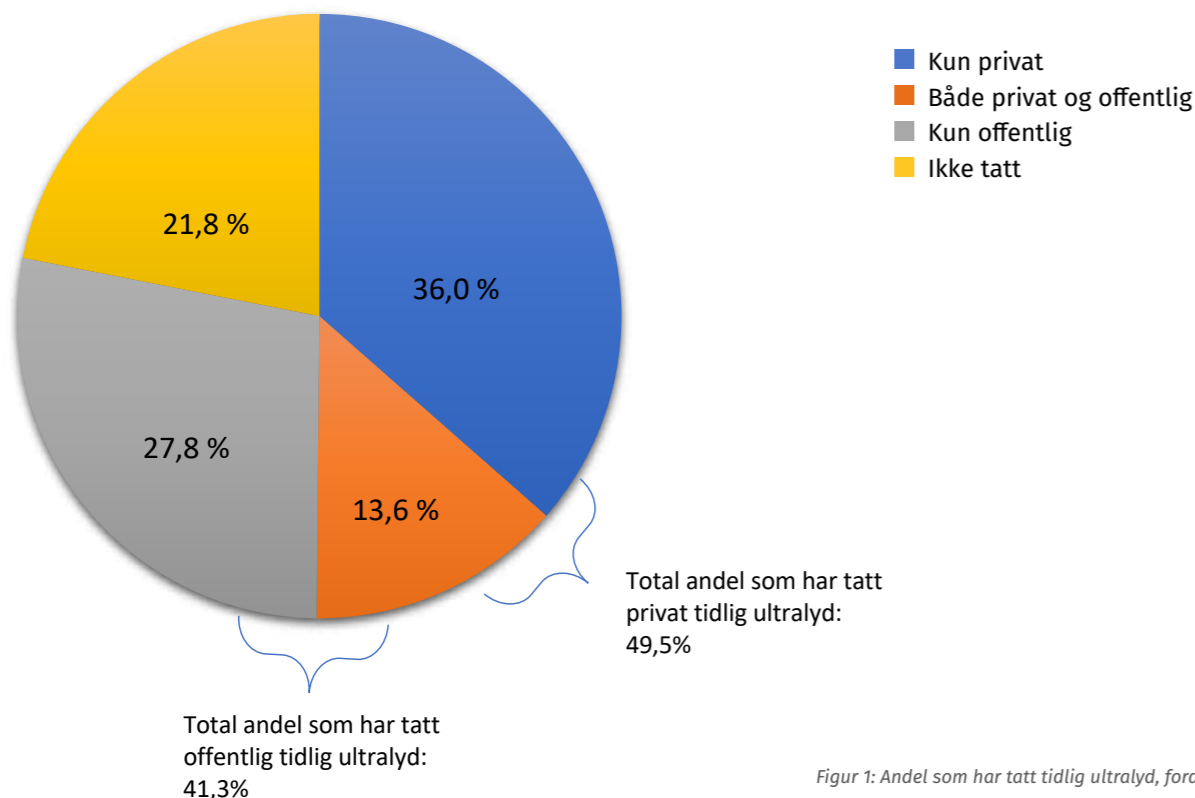
Innledning

I Norge får alle gravide tilbud om ultralyd i uke 17-19 som en del av den offentlige svangerskapsomsorgen. Ultralydundersøkelser for rutineultralydundersøkelsen kan gjøres når det er indikasjon for fosterdiagnostikk eller ved annen klinisk indikasjon. Ultralyd på klinisk indikasjon regnes ikke som fosterdiagnostikk og kan for eksempel være indisert ved blødning, magesmerter, unormal størrelse på livmoren eller uro for unormal utvikling(1). Gravide har flere muligheter til å få foretatt en tidlig ultralyd-undersøkelse utenom det offentlige tilbudet. Dette kan gjøres hos noen fastleger, private gynekologer, privatpraktiserende ultralyd-jordmødre eller private ultralyd-klinikker der undersøkelse utføres av andre enn gynekologer eller ultralyd-utdannede jordmødre (sonografer). Private virksomheter som tilbyr tidlig ultralyd har imidlertid ikke anledning til å drive fosterdiagnostikk.

Variabler	Total	Ja	Nei	p-verdi ¹
Bakgrunnsdata (n=324)				
Bosted (n=324)				
By (Tromsø)	168 (51,9)	108 (68,8)	59 (36,6)	0,00
Distrikt (Harstad, Alta, Narvik)	156 (48,1)	49 (31,2)	102 (63,4)	
Sivilstatus (n=322)				
Gift/samboer	310 (96,3)	152 (96,8)	152 (94,4)	0,571
Singel/enslig	12 (3,7)	5 (3,2)	7 (4,4)	
Utdanning (n=324)				
Grunnskole og videregående skole	130 (40,1)	56 (35,7)	70 (43,5)	0,155
Universitet/høyskole	194 (59,9)	101 (64,3)	91 (56,5)	
Hustandens årsinntekt (n=324)				
Lav	18 (5,6)	8 (5,1)	10 (6,2)	0,125
Middels	238 (73,5)	108 (68,8)	124 (77,0)	
Høy	68 (21,0)	41 (26,1)	27 (16,8)	
Paritet (n=324)				
0	152 (46,9)	87 (55,4)	62 (38,5)	0,006
1	109 (33,6)	48 (30,6)	60 (37,3)	
2 eller flere	63 (19,4)	22 (14,0)	39 (24,2)	
Region viktig (n=314)				
Ja	58 (18,5)	20 (13,2)	38 (24,4)	0,012
Nei	256 (81,5)	132 (86,8)	118 (75,6)	
Fødested (n=324)				
Nordisk land	301 (92,9)	147 (93,6)	149 (92,5)	0,703
Ikke-nordisk land	23 (7,1)	10 (6,4)	12 (7,5)	
Alder (n=324)				
Gjennomsnittsalder (SD)	29,48 (4,7)	29,39 (4,6)	29,65 (4,9)	0,637
Utført fosterdiagnostikk i tidligere svangerskap (n=95)				
Ja	23 (7,1)	7 (4,5)	16 (9,9)	0,275
Nei	72 (53,1)	85 (54,1)	85 (52,8)	
Tidligere spontanabort (n=314)				
Ja	94 (29,0)	47 (31,1)	47 (29,7)	0,275
Nei	220 (67,9)	104 (68,9)	111 (70,3)	
Mulighet for privat ultralyd				
Ja	247 (78,4)	138 (87,9)	105 (68,6)	0,00
Nei	68 (21,6)	19 (12,1)	48 (31,4)	
Offentlig fosterdiagnostikk til alle gravide (n=316)				
Ja	241 (75,1)	128 (82,1)	108 (67,5)	0,005
Nei	19 (5,9)	4 (2,6)	15 (9,5)	
Vet ikke	61 (19,0)	24 (15,4)	37 (23,1)	
Kommer du til å benytte deg av et tilbud om NIPT/tidlig ultralyd				
Ja	249 (79,6)	133 (87,5)	112 (71,8)	0,003
Nei	9 (2,9)	2 (1,3)	7 (4,5)	
Vet ikke	55 (17,6)	17 (11,2)	37 (23,7)	

¹ p-verdi til khikvadrattest for kategoriske variabler og t-test for kontinuerlige variabler.
p<0,05 (signifikant på 5-prosentnivå)

Tabell 1: Bakgrunnsdata for 324 inkluderte studiedeltakere som var til rutineultralydundersøkelse i Tromsø, Harstad, Narvik og Alta i perioden august 2020 til januar 2021, stratifisert etter spørsmålet: «har du vært til ultralyd utenom offentlig sykehus tidligere i dette svangerskapet?» Tallene angir n (%).



Figur 1: Andel som har tatt tidlig ultralyd, fordelt etter sted.

I mai 2020 vedtok stortinget flere endringer i bioteknologi-loven, som blant annet innebærer en utvidelse av den offentlige svangerskapsomsorgen. Alle gravide skal nå få tilbud om ultralyd i første trimester gjennom den offentlige helsetjenesten. NIPT vil bli tilgjengelig for alle gravide, men det er kun gravide med indikasjon for fosterdiagnostikk og gravide over 35 år som vil få tilbud om NIPT gjennom den offentlige helsetjenesten(2).

I Norge er det gjort lite forskning utenfor Oslo-området på gravides bruk av private helsetjenester i svangerskapet og holdninger til fosterdiagnostikk. Formålet med denne undersøkelsen var å kartlegge bruk av tidlig ultralyd blant gravide i deler av Nord-Norge. Vi ønsket å undersøke omfanget av og holdninger til slike undersøkelser, samt studere faktorer som kan virke inn på kvinner velger privat tidlig ultralyd eller ikke. Videre ville vi undersøke om det er forskjeller i bruk av privat tidlig ultralyd mellom kvinner bosatt i «distrikt» og «by». Vi ønsket også å sammenligne bruk av tidlig ultralyd med en lignende spørreundersøkelse utført i Oslo i 2019 (3).

Materiale og metode

Prosjektet ble gjennomført som en anonym spørreundersøkelse i perioden medio august 2020 til medio januar 2021. Alle gravide som fikk utført rutineultralyd i Tromsø, Harstad, Narvik og Alta ble spurt om å delta. De fikk tilsendt skriftlig informasjon om undersøkelsen sammen med timeinnkallingen. Selve undersøkelsen var egenrapportering i form av et spørreskjema i papirformat. Deltakerne fylte ut skjemaet i forbindelse med at de kom til sin rutineultralydundersøkelse. Gravide som ikke behersket norsk ble ikke invitert til å delta. Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet ved UNN.

Statistiske metoder

Resultatene ble analysert ved bruk av deskriptive metoder i statistikkprogrammet SPSS versjon 26. Vi brukte 2-utvalgs t-test for sammenligning av kontinuerlige variabler og chi-

kvadrat test for kategoriske variabler. I sub-analyser stratifisert vi på «by» (Tromsø) og «distrikt» (Harstad, Alta og Narvik). Statistisk signifikans ble definert på 5-prosentnivå ($p < 0.05$).

Resultater

Studiepopulasjonen bestod av 324 kvinner. 46.9% var førsteangefødende. 51.9% hadde Tromsø som undersøkelsessted («by»), og 48.1% ble undersøkt i Harstad, Narvik eller Alta («distrikt»). Se tabell 1 for mer utfyllende informasjon om pasientkarakteristika.

Av de inkluderte kvinnene hadde 77,3% vært til en eller annen form for ultralyd før rutineultralydundersøkelsen. 49,5% av disse hadde gjennomført en slik undersøkelse ved privat virksomhet, og 41,1% hadde gjennomført undersøkelsen ved offentlig virksomhet. 13,6% hadde gjennomført tidlig ultralydundersøkelse både ved privat og offentlig virksomhet. Av de som hadde vært undersøkt ved privat virksomhet hadde 57,3% vært hos jordmor og 26,8% hos gynekolog.

Tilgjengelighet var avgjørende faktor for mange mht. valg av privat tilbud (39,5%). Noen oppgav at kompetanse hos personalet var avgjørende for valget (26,8%). Andre svarte at de ikke hadde flere muligheter å velge mellom (26,1%). Pris var det som ble oppgitt å være minst avgjørende for valget (4,5%).

Det var signifikant flere av de som fikk gjort rutineultralyden i «by» som hadde gjennomført tidlig ultralyd ved privat virksomhet sammenlignet med de som gjorde rutineultralyden i «distrikt» (tabell 1, $p=0,00$). Det var signifikant flere førstegangsfødende som valgte å oppsøke tilbud om tidlig ultralyd ved privat virksomhet sammenlignet med flergangsfødende (tabell 1, $p=0,006$). Videre var det signifikant færre kvinner som krysset av for at de var religiøse i gruppen som oppsøkte tilbudet privat (tabell 1, $p=0,012$).

Blant gruppen av deltakere som ikke hadde oppsøkt privat tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapet (50,5% av kvinnene), svarte de fleste at de hadde tilgang til et privat tilbud i området der de bor og at de vil benytte seg av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT når dette blir et offentlig tilbud (tabell 1).

Totalt oppgav 75.1% at de syntes fosterdiagnostikk burde tilbys alle norske gravide gjennom offentlig helsevesen. De som oppgav religion som viktig svarte oftere «nei» på spørsmålet om fosterdiagnostikk bør være et tilbud til alle gravide ($p=0.00$).

Diskusjon

Vi har vist at at 49,5% av de inkluderte kvinnene i Nord-Norge hadde vært til privat tidlig ultralyd. Gravide fra «by» og førsteangefødende oppsøkte oftere privat ultralyd ($p < 0,05$), og de som oppgav religion som viktig oppsøkte sjeldnere privat ultralyd.

En lignende spørreundersøkelse ble utført i Oslo i august-november 2019 (3). Av deres 1170 deltagere oppga 86% at de hadde tatt privat tidlig ultralyd i svangerskapet, som er signifikant flere enn 49,5% i vår studiepopulasjon. Denne forskjellen illustrerer viktigheten av å inkludere flere deler av befolkningen når man ønsker å kartlegge brukerpreferanser og -vaner, fordi funn fra de største byene ikke trenger å være representative for en større del av befolkningen. Dette er et relevant poeng også i andre kartleggingssammenhenger.

Vi fant at det er mer vanlig å oppsøke tilbud om tidlig privat ultralyd dersom man bor i by enn om man bor i distrikt. I den omtalte undersøkelsen fra Oslo fant man også lokale forskjeller i bruk av privat ultralyd mellom de tre sykehusene Rikshospitalet, Ullevål og Ahus (3). Det er mange faktorer som kan bidra til å forklare forskjeller i bruk av privat tidlig ultralyd sammenholdt med bosted. Tilgjengelighet økte sannsynligheten for å oppsøke privat tidlig ultralyd. Tilgjengelighet alene forklarer imidlertid ikke hele forskjellen mellom brukervaner i distrikt og by, ettersom de fleste som ikke hadde tatt tidlig ultralyd hadde tilbud i sitt nærområde. Våre funn tyder ikke på at det er ulike holdninger til fosterdiagnostikk mellom by og distrikt som forklarer at færre i distriktene velger å oppsøke privat tilbud om tidlig ultralyd, da både kvinner i Nord-Norge og Oslo i stor grad var positive til fosterdiagnostikk som et offentlig tilbud til alle gravide.

Religiøsitet påvirker valget om å oppsøke privat tilbud om tidlig ultralyd. De som krysset av for at de anser seg som religiøs, valgte i mindre grad å gjennomføre slik fosterundersøkelse. Religiøse kvinner ønsket også i mindre grad at fosterdiagnostikk skal være et offentlig tilbud. Blant gravide i by, var det færre som oppga å være religiøse sammenlignet med i distrikt (13,5% vs 23,8%, $p=0,018$, data ikke vist). Ulik fordeling av religiøse gravide i distrikt sammenlignet med by kan dermed forklare noe av årsaken til at færre tar privat tidlig ultralyd i distriktet, selv om et større undersøkelsesvolum er nødvendig for å bekrefte en slik mulig sammenheng. I Oslo-undersøkelsen (3) fant man også en tilsvarende sammenheng mellom bruk av privat tidlig ultralyd og religion. Det er vanskelig å finne andre studier der privat tidlig ultralyd er studert, siden de fleste andre vestlige land tilbyr ultralydundersøkelse i første trimester som en del av den offentlige svangerskapsomsorgen. Det finnes likevel studier som har sammenlignet holdninger til fosterdiagnostikk blant gravide, og som bekrefter at gravides holdninger til fosterdiagnostikk er assosiert med religiøsitet (4).

Demografien i vår populasjon skilte seg ikke vesentlig fra norske gravide generelt, bortsett fra noe lavere gjennomsnittsalder og andel med innvandringsbakgrunn. Ifølge data fra SSB (statistisk sentralbyrå) var mors gjennomsnittlige fødealder 31,4 år i 2020, og i vår undersøkelse var gjennomsnittsalderen 29 år. Andel kvinner bosatt i Norge med innvandringsbakgrunn var 15,8% i 2020, mot 7,1 % i vår undersøkelse. Forskjellen forklares sannsynligvis mye av at vi ikke inkluderte ikke-norskstalende gravide i spørreundersøkelsen. Vi vurderer derfor at våre data er representative.

Styrker med studien er at den er gjennomført ved fire ulike lokasjoner. Spørreundersøkelsen brukte til dels identiske spørsmål som undersøkelsen utført i Oslo, noe som tillater sammenligning av funnene.

En svakhet med studien er at vi ikke vet hvor mange som ikke ønsket å delta i undersøkelsen, slik at en seleksjonsskjevhet (bias) ikke kan utelukkes. Tilbakemeldinger fra ultralyd-jordmødrene som sto for rekrutteringen av deltakerne var imidlertid at de gravide i veldig stor grad var positive til å delta. Inndelingen i «by» og «distrikt» er gjort etter hvilket sted kvinnene fikk gjort rutineultralyd. Det vil kunne være et fåtall av disse som bor i distrikt, men som av andre grunner fikk gjort sin ultralyd i Tromsø («by»). Det er liten grunn til å tro at denne feilkilden har påvirket resultatene vesentlig. Antall deltakere var kun omkring 300. Det er alltid tenkbart at vi kunne fått andre resultater dersom vi inkluderte vesentlig flere i undersøkelsen. Det kan diskuteres hvorvidt Alta, Harstad og Narvik er gode representanter for «distrikt», da alle tre stedene har bystatus, men vi har uansett påvist at de er interessante forskjeller mellom Tromsø og de tre mindre byene.

Det er mange forskjeller mellom by og distrikt som ikke lar seg enkelt vurdere i et spørreskjema. Kulturelle forskjeller kan for eksempel spille en viktig rolle. På mindre steder er det gjerne lengre vei til sykehus, noe som kan innebære en større usikkerhet når det gjelder tilgjengelighet til helsehjelp. Kanskje dette også påvirker hvilken risiko og usikkerhet man er villig til å godta og dermed hvor mye informasjon man ønsker omkring egen graviditet. Det kan også handle om forskjeller i kulturell bakgrunn. En norsk doktoravhandling om samisk forståelse av kommunikasjon om sykdom viser at samer i mindre grad snakker om helse og sykdom (5). Kanskje kan dette være med på å påvirke holdninger til fosterdiagnostikk og om man velger å benytte seg av privat tidlig ultralyd. Vi har ikke spurt om kulturell bakgrunn i vår spørreundersøkelse, men det kan være et aspekt som bør inkluderes i fremtidige studier.

Konklusjon

Signifikant færre gravide i Nord-Norge benytter seg av private tilbud om tidlig ultralyd, sammenlignet med gravide i hovedstaden.

Referanseliste

1. Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet [Rundskriv]. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; [updated 2004.
2. Prop. 34 L (2019-2020). Endringer i bioteknologiloven mv. [Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)]. Helse- og omsorgsdepartementet; [updated 13.12.2020. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-34-l-20192020/id2682309/>.
3. Sitras V, Ulriksen M, Benth JS, Haugen G. Pregnant women's attitudes to prenatal screening in Norway. Tidsskr Nor Laegeforen. 2020;140(14).
4. Choi H, Van Riper M, Thoyre S. Decision Making Following a Prenatal Diagnosis of Down Syndrome: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health. 2012;57(2):156-64.
5. Bongo BA. Samer snakker ikke om helse og sykdom. Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur [Doktoravhandling]. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2012.

CRYO IQ PRO frysepenn

Med utskiftbare spisser



GYN APPLIKATORSPISS

For rask og enkel fjerning av kondylomer

CRYO IQ DERM +

Med fast spiss



CRYO IQ gasspatroner

Klasse IIa sertifisert, Oxi Block belegg på innsiden
- forhindrer oksidering og forurensing av den medisinske gassen



Interessert i å vite mer om CryoIQ frysepenn?

Ta kontakt med oss i MED & HELSE AS, for et knalltilbud eller innbytte av din gamle frysepenn

Orchid Spec
the new speculum

PREMIUM engangsspekler

bridea
medical

Kirurgiske engangsspekler



SX - med røykavsug
med ultratynn røykkanal
finnes i 3 størrelser



OPEN - åpen på en side
med eller uten røykavsug

Orchid Spec



standard
hvit eller
krystallklar

Small, Medium, Wide, Long

MELICARE - dedikert mor/barn produktserie med honning



Honning-beriket
vaske gel



Oléocalcaire
honning liniment



Keisersnitt silikonkompreser



Bivoks brystskjold



Reparerende balsam

Helende honning-gel
med hyaluronsyre



Beskyttende
balsam



Dette leserinnlegget ble først publisert i Bergens Tidende, og publiseres i Gynekologen etter initiativ fra forfatterne.

Skader Bergens Tidende fødselshjelpen i Bergen?

Av Alexander Vietheer, Chen Sun, David Forsse, Elham Baghestan, Eline Sira, Ferenc Macsali, Hanne Elise Hundvin Åsheim, Ingrid Stedje, Kari Woldseth, Lene Henningsen Sælemyr og Per Anders Gulowsen.

Innledningsvis vil vi presisere at dette innlegget ikke er rettet mot noen konkret nyhetssak, men er en generell betraktning av den journalistiske kulturen i Bergens Tidende. Vi ønsker å slå fast at vi har dyp medfølelse med og anerkjenner sorgen til mennesker som lider tap.

Gjennom mange år har Bergens Tidende skrevet om Kvinne-klinikken og fødselshjelpen i Bergen med negativ vinkling. Vi opplever noen fremstillinger av alvorlige hendelser som tendensiøse og unyanserte. Dette kan virke uheldig ved å ødelegge tilliten pasienter har til Kvinne-klinikken i Bergen.

Vi opplever det som problematisk at Bergens Tidende presenterer hendelsesforløp og kommer med egne konklusjoner vedrørende håndtering og skyldfordeling. Dette skjer noen ganger før tilsynsmyndigheter har konkludert i sine rapporter. Generelt for de fleste tilsynssaker gjelder at helsepersonells muligheter til å uttale seg er svært begrenset. Selv om vi fritas fra taushetsplikten juridisk sett, er det mange tungtveiende grunner til ikke å kommentere pågående utredninger og spekulere i det offentlige rom når det gjelder alvorlige hendelser. Eksempler på dette kan være hensyn-tagen til pasienter og pårørende, ikke avsluttede tilsynssaker, samt etiske aspekter. Dette kan dermed medføre en skjev og ubalansert fremstilling av hendelsene. Dette er ikke unikt for saker om Kvinne-klinikken, og vi må anta at det heller ikke er en ukjent problemstilling for Bergens Tidende.

I 2012 skrev professor Guri Rørtveit innlegget "Bergen Tidendes nulltoleranse for dødfødsler". Artikkelen omtaler blant annet hvordan BT sin journalistikk bidrar til en urealistisk forventning om at fødsler skal skje uten risiko. Rørtveit beskriver hvilke uheldige konsekvenser dette kan medføre for de fødende og deres opplevelse av trygghet, men også for oss som jobber i fødselshjelpen.

Svangerskap og fødsel er en eksistensiell og ofte dramatisk hendelse for mange. I den tredje verden er det forbundet med stor risiko, og er den hyppigste årsaken til dødelighet og sykdom hos kvinner og nyfødte barn. I Norge og Bergen har vi et trygt fødetilbud av god kvalitet; påstander som støttes av forskning og statistikk.

I fødselshjelpen jobber mennesker. Vi er leger og jordmødre som elsker yrket vårt, brenner for kvinnehelse og har sterkt faglig engasjement, men også yrkesstolthet. Etter beste evne

og kunnskap, hjelper vi kvinner til å føde friske barn. I de aller fleste tilfeller forløper graviditet og fødsel normalt, men vi klarer dessverre ikke å forutse og forhindre alle dårlige utfall. Våre avgjørelser er hverken basert på et ønske om lav keisersnittfrekvens, økonomiske interesser eller motivasjon for å drive fødselshjelp på en spesiell måte. Vårt arbeid har utelukkende ett formål — at mor og barn skal ha en tryggest mulig graviditet og fødsel, med best mulig utfall.

Vi befinner oss ofte i komplekse situasjoner der vurderinger og beslutninger må tas raskt. Tragiske utfall skjer dessverre av og til, det til tross for at vi har fulgt prosedyrer. Slike hendelser preger oss som mennesker, og som klinikk.

Fødselshjelpen er i en særstilling fordi det skal tas vare på to liv samtidig. I fødselshjelpen haster det ofte mer enn i andre medisinske fagfelt, og ved denne intervensjon kan det stå om to helsen til to liv. Det er dessuten vanskelig å forutsi hvor mange kvinner som kommer til å trenge hjelp på samme tid; det være seg dag- eller nattestid. Kvinnene er prisgitt den bemanningen sykehuset har til enhver tid, og utover denne er det ikke lett å skaffe annen hjelp.

Kan vi som fødselshjelpere gjøre feilvurderinger? Finnes det, til tross for all teknisk hjelp og erfaring, uklare situasjoner der vi må ta valg uten å være sikre på at det er rett? Svaret på begge spørsmål er ja.

Vi har tilsynsmyndigheter som fyller en viktig funksjon ved gjennomgang av alvorlige hendelser. I vårt arbeid med kvalitetsforbedring og endring er deres tilbakemeldinger svært verdifulle. Men heller ikke tilsynsmyndighetene kan forhindre alle alvorlige hendelser. Svangerskap, fødsel og barseltid vil alltid bære med seg noe risiko. Tragiske hendelser skjer selv om fødselshjelpen i Norge er den aller beste i verden. De skandinaviske landene troner alle statistikker for best utfall hos både mor og barn. Dette er nyanser som Bergens Tidende sjelden eller aldri forsøker å få frem, og som hadde bidratt til å balansere fremstillingen av hendelsene.

Bergens Tidende kunne også valgt å skrive om de gode historiene, der leger og jordmødre redder mor og barn, og der vi til tross for høy risiko for alvorlige hendelser, unngår disse. Med jevne mellomrom får vi brev fra takknemlige foreldre som vil takke oss for den fødselshjelpen de har fått. Noen ganger har de vært i kontakt med avisen, men vi undrer oss over hvorfor Bergens Tidende ikke har viet dem oppslag?



Det er et velkjent og økende problem at det er mangel på jordmødre og fødselsleger i hele landet, samt at fødselshjelpere slutter i faget. Det er flere grunner til dette, men de viktigste tror vi er stor vaktbelastning med høyt arbeidstempo, ansvarsmengde og en enorm fallhøyde dersom noe går galt i en fødsel. Samfunnets og medias nulltoleranse for at noe kan gå galt, bidrar negativt både ved at vi skremmes ut av faget, men også til manglende rekruttering. For hvem ønsker å stå i frontlinjen og utsette seg for vanskelige valg som har stor betydning for menneskers liv? Dersom erfarne fagfolk kvir seg for å gjøre jobben, hvem skal da gjøre den?

Vi mener at Bergens Tidende foregriper konklusjoner av pågående utredninger, forenkler kompliserte sammenhenger og analyserer fødselsforløp og gitt fødselshjelp uten å ha forutsetninger for

dette. Historiene er skrevet for å vekke sterke følelser og har unyanserte kildehenvisninger. Bergens Tidende utnytter en skjev informasjonsbalanse til å eie sannheten om hvordan en hendelse har forløpt. Alle disse virkemidlene brukes til å skape sensasjonsjournalistikk. Dette er uheldig og skaper unødig engstelse hos gravide kvinner og deres partnere, og gjør oss som fødselshjelpere mindre i stand til å skape trygghet.

Bergens Tidende må gå i seg selv og spørre seg hvilken hensikt de har med denne typen journalistikk. Vår oppfatning er at avisen bidrar til å ødelegge for fødselshjelpen i Bergen.

Og til de fødende kvinner i Bergen: Takk for tilliten dere viser oss. Vi skal ta godt vare på dere og gjøre vårt ytterste for at dere skal få den beste fødselshjelp.



Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi



RUMI II SYSTEM CooperSurgical®

RUMI II uterusmanipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelig manipulatoren på markedet.

- Flergangs håndtak
- Engangs fornix kopp i 4 størrelser
- Engangs obdurator i 6 forskjellige lengder og diameter



ELEKTRODER TIL KONISERING



- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser
- Fisher Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode

Med
SYS

CooperSurgical®

ISOLERTE SPEKLER OG INSTRUMENTER

- Beskyttet av isolasjon med høyeste kvalitet
- Autoklaverbar
- Lang levetid
- Med og uten røykavsug
- For diatermi og laser kirurgi

Med
SYS



GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid

dimeda
SURGICAL INSTRUMENTS



AMNIOSKOP MED INTEGRERT LYS

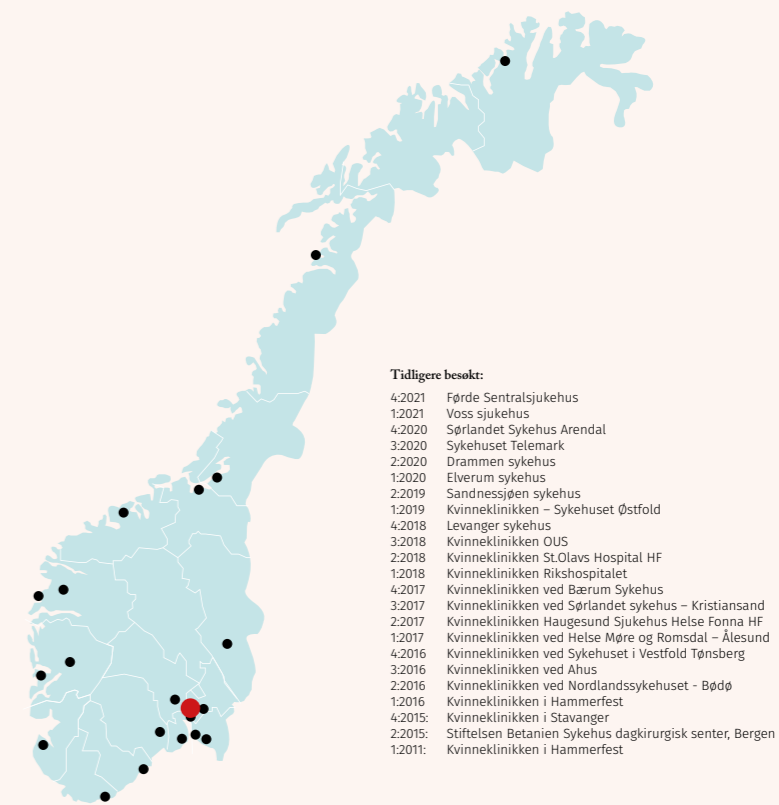
- ELA er et lysende amnioskop som gir en skyggfri lyskilde uten behov for ekstern lyskilde og lyskabel
- Steril og klar til umiddelbar bruk rett ut av pakken
- 2 størrelser 18 mm og 28 mm



BridgeMaster
medical

E-post post@janbye.no • Internett www.janbye.no

Telefon 64 95 93 77 • Adresse Brevikbråteveien 9, 1555 Son



Norge rundt

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning er et nasjonalt forskningsmiljø som skal utvikle og øke kunnskapen om kvinners helse. Forskningscenteret holder til ved Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus. Lokalene ligger nærme fødeavdelingen og Kvinneklinikken, noe som er en fordel med tanke på klinisk forskning. Senterets formål er å bidra til å utvikle og heve kvaliteten på kunnskap om kvinnehelse og -sykdom, samt å overføre kunnskap tilbake til hele behandlingkjeden.



Siri Vangen

Professor 2, klinisk medisin, UiO
Leder ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning



Maria Nydal

Kommunikasjonsrådgiver ved
Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Vi skal gjennomføre forskningsprosjekter og sikre at helsepersonell får overført kunnskap fra slik forskning i sitt arbeid, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Nettverksbygging på tvers av fagfelt og regioner er også en viktig del av forskningscenterets oppgaver. Selv om senteret er lokalisert ved Rikshospitalet i Oslo, har vi forskningsprosjekter og stipendiater i alle helseregioner. Vi formidler også kunnskap gjennom undervisning i grunnutdanning, og videre- og etterutdanning.

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning har totalt 25 ansatte. Vi er seks forskere, en statistiker, en medie- og kommunikasjonsrådgiver, en forskningsadministrativ koordinator og 15 stipendiater, postdoktor- og ph.d.-kandidater. Senteret ledes av gynekolog og professor Siri Vangen, som har hatt stillingen siden 2010.

31 doktorgrader fullført

Senteret ble etablert i 2006, og til og med 2019 het vi «Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse». Men i og med at forskning på kvinnehelse er vårt kjerneområde, endret vi navn 1.1.2020 til «Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning».

Siden starten er det fullført 31 doktorgrader tilknyttet senteret. Senteret har internasjonale og nasjonale forsknings- og utviklings-samarbeid, som omfatter flere temaer knyttet til kvinners helse (reproduktiv helse og fruktbarhet, fødsels hjelp, innvandrerhelse, kreft, livsstilssykdommer, helseatferd og hjertesykdom hos kvinner).

Vi deler også kunnskap og kompetanse med politikere, og vi er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om sentrale områder som bør omtales i den kommende NOU om kvinners helse, blant annet osteoporose og brudd, mental helse hos spedbarnsmødre, migrasjon og helse, vulvasykdommer og fysisk aktivitet som medisin m.m. Vi har også møter og presentasjoner for ulike politiske partier om kvinnehelse og kvinnehelseforskning.

Forskningsprosjekter over hele landet

Det har vært en veldig stor utvikling ved senteret siden det ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2006. Vi har i dag forskningsprosjekter over hele landet, en referansegruppe som gir oss råd og vi er virkelig blitt et nasjonalt forskningscenter. Vi arrangerer flere kurs, seminarer og webinarer for helsepersonell over hele landet, for å spre kunnskap og ny forskning. Vi har også fått flere fast ansatte, noe som virkelig har løftet senteret. Vi har mer forskning og mer formidling av forskningen vår. Det er et kompetent miljø ved senteret, som løfter hverandre.

Viktig forskning

Senteret forsker på flere viktige områder innenfor kvinnehelse; eldre, osteoporose og brudd, brystkreft, reproduksjon og svangerskaphelse, innvandrerkvinner og migrasjonshelse, og kvinner helse i et livsløpsperspektiv.

Vi forsker på eldre, fordi det er mange kvinner blant de eldste. De lever lenger enn menn og har ofte mange sykdommer. Vi forsker for å finne bedre behandling for de typiske kvinnesykdommer og gi kvinnene bedre livskvalitet.

Vi forsker på osteoporose og brudd for å forebygge at kvinner og menn rammes av det, og for å gi de som rammes bedre livskvalitet.

Vi forsker på de vanligste krefttilstandene, og har forsket på hormonterapi i overgangsalder og sammenhengen med kreft, IVF-behandling og kreft, og på sosioøkonomiske forskjeller i brystkreft.

Vi forsker på innvandrerkvinner og migrasjonshelse fordi man ser at noen grupper innvandrerkvinner har høyere risiko for et uheldig svangerskapsutfall. Vi forsker for at alle skal få nytte godt av helseomsorgen i Norge, og for å redusere svangerskaps- og fødselskomplikasjoner.

Vi forsker på reproduksjon og svangerskaphelse fordi reproduksjon er en viktig del av kvinners liv. Videre er fødepopulasjonen i endring, med flere eldre, flere gravide med kroniske sykdommer og flere overvektige. Her trenger vi mer kunnskap.

Vi vil forske mer på muskel- og skjelettsykdommer, angst og depresjon og hjertesykdommer hos kvinner. Dette er områder det er forsket lite på. Mye har nok biologiske årsaker, men det er også samfunnsårsaker. Spesielt hjertesykdom hos kvinner bør det forskes mer på, fordi det er en annen sykdom hos kvinner enn hos menn, og kvinner har andre symptomer. Dette har vært et prioritert forskningsfelt ved senteret lenge, og vil også være det framover.

Kvinnehelseforskning skal styrkes

Det står i regjeringens plattformen at kvinnehelseforskning skal styrkes, og helseminister Ingvild Kjerkol har også uttalt dette offentlig ved flere anledninger. Det synes vi er veldig lovende, og vi håper det gjennomføres.

Kvinnehelse har hatt lav status, så det er veldig viktig at det nå får mer oppmerksomhet, blir tatt mer alvorlig og forskes mer på. De siste par årene opplever vi at kvinnehelse og kvinnehelseforskning har fått *litt* høyere status. Dette er på tide, og gøy å se.

Vi gleder oss til å forske videre på, og formidle mer om, kvinnehelse!



Zejula (niraparib) er nå rangert som 1. valg i LIS-anbefalingen for ovarialkreftpasienter med tilbakefall, uavhengig av BRCA-status¹

Zejula fikk ja fra Beslutningsforum (30.08.2021) og innføres som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte ovarialkreftpasienter med tilbakefall (2.linje og senere)². Zejula er fra tidligere godkjent for offentlig finansiering ved behandling av platinasensitiv BRCA-villtype pasienter med tilbakefall (2.linje og senere)³ og fra 01.08.2021 ble Zejula også godkjent for offentlig finansiering av monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte pasienter (1.linje)⁴

Indikasjoner: Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekreft, kreft i eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) etter fullføring av førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, høygradig serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Dosering: Behandling bør igangsettes og overvåkes av lege med erfaring med kreftlegemidler. Anbefalt dosering ved førstelinjebehandling er en startdose på 2 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For pasienter ≥ 77 kg og med trombocyttdier ved baseline $\geq 150\ 000/\mu\text{l}$, er anbefalt startdose 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For andrelinjebehandling, er startdosen 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. Dosereduksjon er anbefalt ved tilbakevendende bivirkninger. Den vanligste vedlikeholdsdosen ved andrelinjebehandling er 200 mg. Hos pasienter med moderat nedsett leverfunksjon (ASAT og/eller total bilirubin $> 1,5 \times - 3 \times \text{ULN}$), er den anbefalte startdosen med Zejula 200 mg én gang daglig.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Kontraindikasjon: Amming. **Forsiktighetsregler:** **Hematologiske bivirkninger** (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocyttdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåking av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocyttdiene brukes med forsiktighet. Tilfeller av *myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML)* har blitt observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. **Hypertensjon**, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåking i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. **Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES)** er en sjelden, reversibel neurologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke symptomer. **Bivirkninger:** $\geq 10\%$ av studiepasientene fikk følgende bivirkninger: Kvalme, anemi, trombocytopeni, fatigue, konstipasjon, oppkast, hodepine, insomni, redusert trombocyttdier, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggmerter, redusert leukocyttdier og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene $> 1\%$ (behandlingsrelaterte frekvenser) var trombocytopeni og anemi.

Se preparatomtalen om bivirknings håndtering og full informasjon før forskrivning av Zejula. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 71703,20. 84 stk. (blister) kr 107536,70. Rabattert pris er gjeldende i Norge. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Referanser: 1. LIS anbefalinger for onkologiske og kolonstimulerende legemidler, effektive fra 01.07.2021. (<https://sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi#anbefalinger-avtaleproduktur>)
2. Beslutningsforum møte, 30.08.2021 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-rvurdering>)
3. Beslutningsforum møte, 25.05.20. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii>)
4. Beslutningsforum møte, 21.06.21. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv>)
PM-NO-NRP-JRNA-210001, september 2021

GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon 22 70 20 00
Org. nr. 930 606 308
gskpro.com/nb-no

Bilde 1: Utsiden av Bundung Maternal and Child Health Hospital i Gambia. Foto: privat



Hvordan henger partners engasjement i svangerskap og fødsel sammen med mødredødelighet? – Et reisebrev fra Gambia

En støttende partner er kanskje den viktigste smertelindringen under fødsel, sa en jordmor en gang til meg. At partners tilstedeværelse og engasjement også kunne bidra til å redusere svangerskaps- og fødselskomplikasjoner fikk jeg se da jeg hospiterte på et sykehus i Gambia. Bundung Maternal and Child Health Hospital er et offentlig sykehus i Gambia med litt over 5000 fødsler i året. Sykehuset jobber aktivt med å øke partners engasjement i hele svangerskapet og under fødsel for å bedre mødrehelset.



Sukhjeet Bains

Stipendiat, Nasjonalt senter for kvinnehelse-forskning, OUS og lege i spesialisering, gyn/obs, SSA

Mødredødeligheten i Gambia er høy

I 2017 lå mødredødeligheten i Gambia på 597 mødredødsfall per 100.000 levendefødte, som tilsvarer 12. plass på listen over land med høyeste mødredødelighet i verden (1). Høy mødredødelighet er ofte knyttet til dårlige helsetjenester i landet. Dårlige helsetjenester omfatter både manglende tilgang til god svangerskapsoppfølging og kvalifiserte fødselshjelpere, i tillegg

til manglende tilgang på lokaler, medikamenter og redskap ved eventuelle komplikasjoner (2). Mange land har klart å redusere mødredødeligheten ved å bedre svangerskapsomsorgen (3). En velfungerende svangerskapsomsorg er viktig fordi det kan fremme sunne vaner og identifisere potensielle underliggende tilstander som kan føre til uheldige svangerskaps- og fødselsutfall hos både mor og barn.

Svangerskapsomsorgen i Gambia

Helsetjenester knyttet til svangerskap og fødsel er bedret i Gambia de siste tiårene, men fremdeles er veien til optimal svangerskapsomsorg lang. En studie fra landet i 2008 viste at kun halvparten av de gravide kvinnene gikk til svangerskapsoppfølging 4 ganger eller mer (4). En del kvinner startet svangerskapsoppfølgingen for sent og hadde for få besøk. I tillegg var det suboptimal kvalitet på



Bilde 2: Presentasjon av audit om mødredødelighet på Bundung Maternal and Child Health Hospital, 03.12.21. Foto: BMCHH

omsorgen, med for lite tid med lege og dårlig kommunikasjon. Da verdens helseorganisasjon reviderte sine anbefalinger om antall konsultasjoner som inngår i svangerskapsomsorgen og økte det fra fire til åtte, ble det enda færre som oppnådde anbefalt antall konsultasjoner. Å oppnå slike anbefalinger avhenger av en rekke faktorer. Noen faktorer som bidrar til manglende eller forsinket oppstart av svangerskapsomsorgen er kostnader for transport, avstand til sykehus, husholdningsansvar, helsekostnader og lange ventetider. Majoriteten av disse faktorene er i mange land sterkt påvirket av mannen.

Fars rolle i svangerskap og fødsel

Samfunnet i Gambia er stort sett patriarkalsk, hvor menn gjerne har siste ordet i mange aspekter av livet, inkludert familiebeslutninger. Tradisjonelle rammeverk for mødre helse har først og fremst fokusert på å utdanne kvinner om graviditet og barnehelse, og ikke deres partnere. Engasjement av mannlig partner i svangerskapet er vist å være knyttet til positiv mødre helseatferd, slik som økt bruk av svangerskapsomsorg og bedre informasjonsforståelse, både mellom pasient og helsepersonell, men også mellom den gravide og partneren (5). Partners engasjement i svangerskapet har også vist seg å øke andel sykehusfødsler, fullamming og bruk av postpartum helsetjenester (6-7). Flere og flere land og institusjoner

ser nå verdien av å involvere mannen for å bedre svangerskaps- og fødselsutfall (8). På Bundung Maternal and Child Health Hospital ble viktigheten av en involvert partners i svangerskap og ved fødsel illustrert med en gjennomgang av audit på et mødredødsfall på sykehuset (Bilde 3). Gjennomgangen viste at sen oppstart av og få besøk for svangerskapsoppfølging, i tillegg til at kvinnen kom for sent til sykehuset ved fødsel, var de viktigste årsakene til dødsfallet.

Manneklinikken på Bundung Maternal and Child Health Hospital

Manneklinikken ved sykehuset startet i 2012 for å møte utfordringen med lav mannlig deltagelse i svangerskap og under fødsel. Målet var å forbedre mødre helsen gjennom mannlig engasjement. Når den gravide kvinnen møtte opp på første svangerskapskonsultasjon registrerte jordmor mannens personalia, og det ble sendt jevnlig SMS-påminnelser om oppmøte på manneklinikken. Mannen ble i tillegg oppfordret til å delta på svangerskapskonsultasjonene sammen med sin gravide partner, men manneklinikken var altså et ekstra tilbud kun for menn. På klinikken fikk menn informasjon om svangerskaps- og fødselsrelaterte emner som normal utvikling av et svangerskap, tegn til komplikasjoner, lite liv og tegn på at fødselen var i gang. Helsepersonell underviste mennene i viktigheten av tidlig oppstart av svangerskapsomsorg,



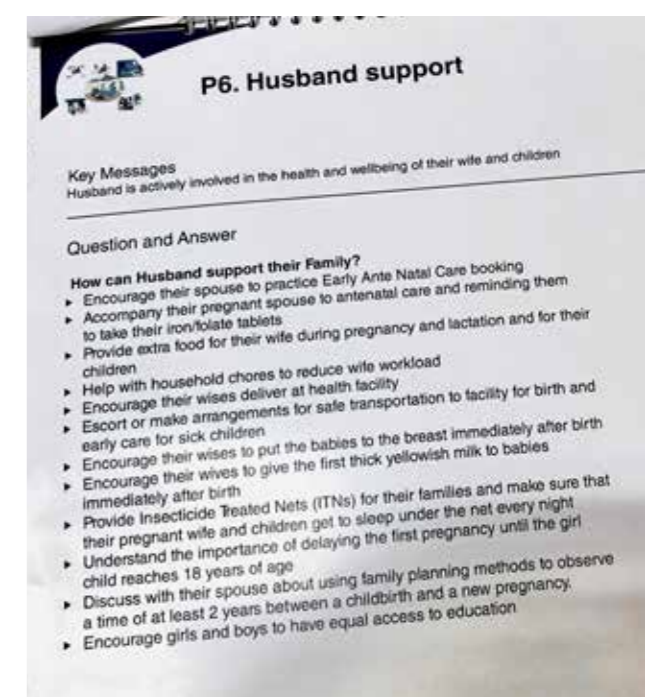
Bilde 3: Avdelingsjordmor Majula Kinteh presenterer en pasient fra mødredødsfallsaudit på Bundung Maternal and Child Health Hospital Foto: privat

rådgiving angående HIV og ernæring for gravide kvinner. Det ble deretter vist en informasjonsvideo på engelsk, mandinka og wolof, de største språkene i Gambia. Til slutt svarte helsepersonell på eventuelle spørsmål mennene hadde. I tillegg til å øke kunnskapen, skulle undervisningen oppmuntre mennene til å diskutere og lage en plan for svangerskapsoppfølging og fødsel, i samråd med partneren sin.

Det ble forsøkt med en rekke incentiver for å få høyere deltagelse blant menn. For eksempel fikk menn som deltok på klinikken prioritert plass ved fødsel, og kvinnene fikk raskere time til svangerskapsoppfølging. En utfordring ved å la mennene være til stede og bidra under selve fødselen var at fødesalen var åpen. Dette ble derfor nylig endret, med vegger mellom fødestuene for å ivareta privatliv slik at mennene enklere kunne være til stede.

Forskningsprosjekt for å evaluere effekten av manneklinikken

I følge Kebba Manneh, administrerende direktør ved sykehuset, er programmet så langt vellykket. Av 4830 fødsler på sykehuset i 2017, deltok 883 menn på manneklinikken, og 1204 menn fulgte kvinnen under fødsel. Tallene som ble presentert under møtet i desember viste en positiv økning av menn som var til stede under fødsel. Blant 3905 fødsler var partner til stede på 1765 av disse



Bilde 4: Bildet viser et utdrag av brosjyren partneren til den gravide fikk med seg på manneklinikken. Foto: privat

**DELIVERIES AND DELIVERY OUTCOMES
JANUARY - SEPTEMBER 2021.**

MONTHS	TOTAL DEL	VACUUM M	C/S	LB	MSB	FSB	<2.5	>2.5	UNPLED ATTENDANT	UNPLED ATTENDANT	PARTNER PRESENT OF BIRTH	BOOK OUT	TOTAL ADMISS	TOTAL REFERRAL	DEATH
JAN	482	433	18	31	480	0	2	50	431	424	58	192	257	62	6
FEB	478	422	22	36	470	4	4	62	416	446	32	192	263	54	9
MAR	457	367	29	41	453	3	1	43	414	437	20	199	240	60	11
APRIL	372	307	21	44	362	3	7	46	326	356	16	170	207	47	9
MAY	354	286	27	41	346	6	0	42	312	346	8	154	200	57	1
JUNE	390	328	19	43	385	2	3	29	361	379	11	161	232	45	19
JULY	331	280	21	30	327	3	1	31	300	314	17	136	201	75	16
AUG	428	355	40	33	413	8	7	79	349	427	1	226	210	63	18
SEPT	613	540	26	47	597	8	8	80	533	607	6	335	329	79	20
TOTAL	3905	3338	223	346	3635	37	33	462	3442	3736	169	1765	2139	542	109

Bilde 5: Oversikt over antall fødsler og fødselsutkomme for alle fødsler på Bundung Maternal and Child Health Hospital. Av totalt 3905 fødsler var partner til stede på 1765 fødsler. Foto: privat

(Bilde 5). Personalet oppga at de merket en bedring med tanke på tidligere ankomst på sykehuset ved tegn til komplikasjoner. Bedre fødselsplanlegging, eller «birth preparedness» på engelsk, ble særlig nevnt etter innføring av manneklinikk. Dette innebar at mannen hadde planlagt valg av transportmiddel til sykehus ved fødsel, spart opp penger, identifisert en potensiell bloddonor og kjøpt inn en del praktiske ting for babyen.

For å evaluere effekten pågår det et forskningsprosjekt på sykehuset. Menn som har deltatt på klinikken intervjues gjennom et spørreskjema, hvor de blant annet oppgir kjennskap til faretegn ved fødsel og i svangerskapet og holdninger knyttet til partners engasjement i fødsel (Bilde 6). Jeg ser frem til å lese resultatet av forskningsprosjektet når den tid kommer!

Takk til Kebba Manneh, administrerende direktør på Bundung Maternal Child Health Hospital, for presentasjon av prosjektet 'male clinic' og tilrettelegging for hospitering på sykehuset.

Section 4. Attitude towards spousal participation in institutional delivery

Now I am going to read out a list of common perceptions on spousal participation in institutional delivery. I would like to know whether you strongly agree, agree, neither agree nor disagree, disagree, or strongly disagree with these statements. There is no right or wrong response to any of these statements. We are only interested in hearing your opinion.

Q.#	Question
20.	When men do not allow their wives go to a health facility to give birth, it is mainly because it is too expensive
21.	It is not necessary for a husband or partner to accompany his wife when she is giving birth
22.	When men do not accompany their wives to a health facility to give birth, it is mainly because it is too difficult to get there
23.	When men do not accompany their wives to a health facility to give birth, it is mainly because the staff there do not treat them respectfully
24.	Giving birth is mostly a woman matter husbands or partners have little to contribute
25.	I plan to accompany my wife to health facility when she is in labor

Bilde 6: Utdrag fra spørreskjemaet som er en del av forskningsprosjektet "Effects Spousal Participation in Birth Preparedness and Institutional Delivery on Access to Delivery Care and Birth Outcome in The Gambia". Foto: privat

Kilder:

- FN-Sambandet. Svangerskapsrelatert dødelighet. <https://www.fn.no/Statistikk/maedrededdelighet> (27.12.2021).
- Sundby J. Tusenårsmål 5--reduksjon av mødredødelighet. Tidsskr Nor Laegeforen. 2009 Nov 19;129(22):2394-6.
- Berhan A, and berhan Y. Antenatal care as a means of increasing birth in the health facility and reducing maternal mortality: A systematic Review, "Ethiopian Journal of Health Sciences 24.0 supply (2014): 93- 104
- Anyu SE, Hydera A, Jatieh LES. Antenatal care in The Gambia: Missed opportunity for information, education and communication. BMC Pregnancy childbirth 2008; 8(1):9.
- Singh D, Lample M, Earnst J. The involvement of men in maternal health care: cross-sectional, pilot case studies from Maligita and Kibbi, Uganda. Reprod Health. 2014;11:1-8.
- Ditekemena J, Koole O, Engmann C, Matendo R, Tsehfu A, Ryder R, Colebunders R. Determinants of male involvement in maternal and child health services in sub-Saharan Africa: a review. BMC Reprod Health. 2012;9:1-8.
- Mangeni JN, Mwangi A, Mbuga S, Mukthar V. Male involvement in maternal health care as a determinant of utilisation of skilled birth attendants in Kenya. East Afric Med J. 2012;89:1-12.
- Craymah J, Oppong R, Tuoyire D. Male Involvement in Maternal Health care at Anomabo, Central Region, Ghana. Int J Rerprod Med. 2017; 2917: 1-8.

Behandling ved vaginal atrofi

Gelisse® (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi¹.

EFFEKT
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

SIKKERHET
Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose^{1,4}

VAGINALGEL
Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®
50 µg østriol/g vaginalgel

Gelisse
Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

VAGINALGEL 50 µg/g; 1 g inneholdt: Østriol 50 µg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Lokalbehandling av vaginal tørrhet hos postmenopausale kvinner med vaginalatrofi.

Dosering: En applikatordose gir en dose på 1 g vaginalgel. Behandlingsoppstart: 1 applikatordose daglig i 3 uker. Vedlikeholdsbehandling: 1 applikatordose 2 ganger i uken. Etter 12 uker bør lege vurdere om behandling skal fortsette.

Administrering: Føres dypt inn i vagina vha. applikator. Følg nøye bruksanvisningen i pakningsvedlegget.

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengig ondartet svulst (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom i anamnesen (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdstoffene. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Til behandling av postmenopausale symptomer bør lokal østrogenbehandling kun innledes ved symptomer som reduserer livskvaliteten. For alle pasienter bør det foretas en grundig nytte-/risikovurdering minst 1 gang i året, og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør kun fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Skal ikke kombineres med østrogenpreparater til systemisk behandling, da sikkerhet og risiko ved kombinasjonsbehandling ikke er studert. Intravaginal applikator kan gi små lokale skader, spesielt ved alvorlig vaginalatrofi. Medisinsk undersøkelse/oppfølging av behandling: Før innledning eller gjenopptagelse av østriolbehandling bør fullstendig anamnese og familieanamnese foretas. Fysisk undersøkelse, inkl. bekken- og brystundersøkelse, bør foretas. Regelmessige kontroller anbefales. Kvinnen bør gis råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Evt. vaginalinfeksjoner skal behandles før behandlingsstart. Ved gjennombrudds- eller småblødninger når som helst under behandlingen, skal årsaken undersøkes. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Ingen interaksjonsstudier er utført. Da preparatet administreres lokalt i en lav dose, forventes ingen klinisk relevante interaksjoner.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Ikke indisert under graviditet. Dersom graviditet inntreffer, skal behandlingen umiddelbart seponeres. Ingen kliniske data fra bruk under graviditet. Epidemiologiske data indikerer ingen teratogene eller føtotoksiske effekter. Amming: Ikke indisert ved amming.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Pruritus. Kjønnsganer/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100): Hud: Prurigo. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Bekkensmerter, genitalt utslett. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Irritasjon på påføringsstedet.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 31.08.2021. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se www.legemiddelsok.no. Refusjon/Byttegruppe: -/- Reseptgruppe C.

Referenser:

- SPC Gelisse®, 04.2017, www.legemiddelverket.no
- Cano et al. Menopause, 2012; 19 (10): 1130-9.
- Caruso S et al. Menopause 2016; 23 (1): 47-54.
- Delgado et al. Climacteric 2011; 14 (1): 66.

Inngå et samarbeid med Norges største fertilitetsklinikk.

“Vi koordinerer med gynekologer slik at fertilitetspatienten gjør monitorering hos sin lokale gynekolog. Det er en god løsning for alle parter. Kontakt oss for et samarbeid der vi anbefaler våre pasienter å bruke sin nærmeste gynekolog til monitorering og oppfølging.”

– Dr. Jon W. Hausken



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspatientens beste.

✓ Avdelinger i Oslo, Stavanger, Haugesund og Bergen.

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon direkte: jon@klinikkhausken.no



Gynekologen presenterer utvalgte abstracts fra AOGS, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica

Alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening har tilgang til AOGS som fra 2013 kun publiseres på nett. Gynekologen har fått lov til å trykke de abstracts AOGS redaksjonen selv plukker ut til sin Journal Club. På siden [http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/\(ISSN\)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html](http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/(ISSN)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html) finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

Pelvic capacity in pregnant women, identified using magnetic resonance imaging

Louise L. Kjeldsen, Anne Dorte Blankholm, Anne Grethe Jurik, Jannie D. Salvig, Rikke D. Maimburg

First published: 15 May 2021
<https://doi.org/10.1111/aogs.14168>

Introduction: Maternal pelvic capacity plays a major role during childbirth because the passage of the fetus through the bony birth canal enables vaginal birth. Maternal birthing position may influence pelvic capacity because upright positions optimize capacity, possibly due to free movement of the pelvic joints. Herein, pelvic capacity was assessed by comparing changes in pelvic dimensions across pregnancy and in three birthing positions.

Material and methods: This diagnostic imaging study of 50 pregnant women was conducted at Aarhus University Hospital, Denmark. Pelvic measurements were obtained with 1.5 T magnetic resonance pelvimetry during gestational weeks 20 and 32, in three birthing positions: kneeling squat, semi-lithotomy and supine. Pelvic capacity was compared between gestational weeks and positions.

Results: In all three positions there is an overall increase in pelvic capacity from gestational week 20–32 at both the pelvic inlet and outlet. Comparing pelvic capacity at gestational week 32 between the semi-lithotomy and supine positions revealed that the pelvic inlet was larger in the supine position, whereas the mean pelvic outlet was 0.2 cm ($p < 0.001$) larger in the semi-lithotomy position. Likewise, the pelvic inlet was larger in the supine than in the kneeling squat position. Shifting from supine to kneeling squat position increased the midplane and pelvic outlet dimensions by up to 1 cm ($p < 0.001$).

Conclusions: The finding herein of an increased pelvic capacity as the pregnancy progresses is novel. Further, the results indicate that the supine position is optimal for increasing pelvic inlet size, whereas the semi-lithotomy and kneeling squat positions are optimal for increasing mid- and outlet-pelvic capacities.

Gender incongruence in Denmark, a quantitative assessment

Malene Hilden, Dorte Glintborg, Marianne Skovsager Andersen, Natacha Kyster, Steen Christian Rasmussen, Anders Tolstrup, Øjvind Lidegaard

First published: 22 July 2021
<https://doi.org/10.1111/aogs.14227>

Introduction: The number of persons with gender incongruence referred to health care is increasing, but national data on the incidence of gender incongruence are lacking. The aim of this study was to quantify the development in number of individuals with gender incongruence over time and to estimate the national incidence in Denmark.

Material and methods: Historical descriptive cohort study. Individuals older than 18 years with legal sex-change in their person registration number were achieved from Statistics Denmark, and the National Health Register provided data on contact diagnoses related to gender-identity conditions. By combining these two data sources, we made estimates on incidence and incidence rates for individuals with gender incongruence in Denmark through a 41-year period 1980–2020.

Results: Through 1980–2020, the annual number of legal sex-changes increased in individuals assigned female at birth from 5 to approximately 170 and among individuals assigned male at birth from 10 to approximately 150. The cumulative number of legal sex-changes at the end of 2019 was 1275 assigned female at birth and 1422 assigned male at birth and 66% of the legal sex-changes were in individuals below 30 years. Correspondingly, the annual number of contacts with the healthcare system due for gender-identity-related conditions increased from 30 during 1990–1999 to around 500 in 2017 (both genders combined), with a 10-fold increase from 2010 to 2017.

Conclusions: The number of legal sex-changes and healthcare contacts due to gender-identity-related diagnoses increased substantially over the last 40 years with a more than 10-fold increase during the last decade. This calls for research on possible explanations for this increase, for research on the short-term and long-term health consequences of hormonal and surgical treatment regimens and for ensuring adequate healthcare facilities.

Paternal age over 50 years decreases assisted reproductive technology (ART) success: A single UK center retrospective analysis

Guy Morris, Dimitrios Mavrelou, Rabi Ochia, Xavier Viñals Gonzalez, Suzanne Cawood, Ephraim Yasmin, Wael Saab, Paul Serhal, Srividya Seshadri

First published: 17 August 2021
<https://doi.org/10.1111/aogs.14221>

Introduction: To study whether paternal age exerts an effect, independent of maternal age, on the outcomes of fresh in vitro fertilization/ intracytoplasmic sperm injection (IVF/ICSI) cycles. Semen quality deteriorates with increasing paternal age; however, there is conflicting evidence for any impact paternal age may have on the outcome of IVF/ICSI. Several retrospective and prospective cohort studies have shown that paternal age increases the miscarriage rate and reduces the live birth rate. Some studies have shown no effect of paternal age on live birth rate or miscarriage rate. Studies involving donor oocytes have tended to show no independent effect of paternal age on assisted reproductive technology (ART) outcomes. The age at which paternal age may exert a significant deleterious effect on outcome is not known and there is no limit to paternal age in IVF/ICSI treatment.

Material and methods: A single-center retrospective cohort study was carried out at the Centre for Reproductive and Genetic Health, London, UK. Included in the analysis were all couples with primary or secondary infertility undergoing IVF/ICSI cycles in which the male partner produced a fresh semen sample and the cycle proceeded to fresh embryo transfer. All cycles of IVF/ICSI that used donor oocytes—donor sperm, frozen sperm, cycles leading to embryo storage and cycles including preimplantation genetic testing (PGT-A/PGT-M)—were excluded from analysis. The primary outcome was live birth rate and secondary outcomes were clinical pregnancy rate and miscarriage rate. Multivariate logistic regression analysis with live birth as a dependent variable and maternal and paternal age class as independent variables was performed.

Results: During the study period there were 4833 cycles, involving 4271 men, eligible for analysis; 1974/4833 (40.8%, 95% confidence intervals [CI] 39.5–42.2%) cycles resulted in a live birth. A significantly lower proportion of men over 51 years met World Health Organization semen analysis criteria (56/133, [42.1%, 95% CI 34.1–50.6]) compared with men under 51 years of age (2530/4138 [61.1%, 95% CI 60.0–62.6]) (p = 0.001). Both maternal and paternal age were retained in the multivariate model and for all maternal age subgroups the probability of live birth decreased with paternal age over 50 years (odds ratio [OR] 0.674, 95% CI 0.482–0.943) (p = 0.021). Paternal age over 50 years was not an independent predictor of miscarriage (OR 0.678, 95% CI 0.369–1.250) (p = 0.214).

Conclusions: Paternal age over 50 significantly affects the chance of achieving a live birth following ART. Paternal age does not independently affect the risk of miscarriage following ART. There should be a public health message for men not to delay fatherhood.

Home management by remote self-monitoring in intermediate- and high-risk pregnancies: A retrospective study of 400 consecutive women

Anne Rahbek Zizzo, Lone Hvidman, Jannie Dalby Salvig, Lone Holst, Morten Kyng, Olav Bjørn Petersen

First published: 07 December 2021
<https://doi.org/10.1111/aogs.14294>

Introduction: Home management in general is considered to improve patient well-being, patient involvement and cost-effectiveness, for obstetric patients as well. But concerns regarding inclusion of intermediate- and high-risk pregnant women are an issue and a limitation for clinical implementation. This retrospective study evaluated the outcome and safety of extended remote self-monitoring of maternal and fetal health in intermediate- and high-risk pregnancies.

Material and methods: The study reports on 400 singleton pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes (PPROM), fetal growth restriction, preeclampsia, gestational diabetes mellitus, high-risk of preeclampsia, or a history of previous fetal or neonatal loss. Remote self-monitoring was performed by pregnant women and included C-reactive protein, non-stress test by cardiotocography, temperature, blood pressure, heart rate, and a questionnaire concerning maternal and fetal wellbeing. Data were transferred to the hospital using a mobile device platform and evaluated by healthcare professionals. In case of non-reassuring registrations, the pregnant women were invited for assessment at the hospital. Primary outcome was perinatal death. Secondary outcomes were other maternal and perinatal complications.

Results: No severe maternal complications were observed. Nine fetal or neonatal deaths occurred, all secondary to malformations, severe fetal growth restriction, extreme prematurity or lung hypoplasia in cases of PPRM before 24 weeks. Even in the latter group, fetal and neonatal survival was 78% (18/23) and rose to 97% (60/62) when PPRM occurred after a gestational age 23+6 weeks. None of the fetal or neonatal deaths were attributable to the home-management setting.

Conclusions: Home-monitoring including remote self-monitoring of fetal and maternal well-being in intermediate- and high-risk pregnancies seems to be a safe alternative to inpatient or frequent outpatient care, which sets the stage for a new way of thinking of hospital care. The implementation process included staff training workshops and development of patient enrollment practice with clarification of expectations and responsibilities, which can be crucial to the results.

VISERA ELITE II



16211

3D OG THUNDERBEAT

- Den perfekte kombinasjonen.

Med vårt nye 3D system og THUNDERBEAT – gir vi deg neste generasjon av bildebehandling og hemostatisk disseksjon.

2 generasjons 3D system med et eksepsjonelt 3D bilde, med roterbar 30° EndoEye i 3D.

- Plug & Play
- Autoklaverbart 3D videolaparaskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegrerte bipolar- og ultralydsinstrument.

- Pålitelig 7 mm vevforsegling
- Minimal termisk spredning
- Hurtigst i klassen for kutting

NY INDIKASJON

Lynparza (olaparib) tabletter i kombinasjon med bevacizumab til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi i kombinasjon med bevacizumab, og hvor kreften er forbundet med defekt homolog rekombinasjon (HRD)-positiv status, definert av enten en BRCA1/2-mutasjon og/eller genomisk ustabilitet.

Beslutning fra Beslutningsforum avventes for denne indikasjonen

Ovarialkreft: Lynparza (olaparib) tabletter er også indisert som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) BRCA1/2-mutert (kimbanen og/eller somatisk) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv høygradig kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi

VIKTIG INFORMASJON:

Behandling med Lynparza bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. Før oppstart av Lynparza ved førstelinjebehandling er det krav til påvisning av skadelig eller mistenkt skadelige mutasjoner inkudert BRCA1/2 ved validert test. Anbefalt dose av olaparib tabletter, enten som monoterapi eller i kombinasjon med bevacizumab: 300 mg (2 tabletter à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 600 mg). Tabletter med styrken 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Se preparatomtalen for olaparib for til for oppstart og behandlingsvarighet ved behandling av ovarialkreft. Se preparatomtale for bevacizumab for dosering og behandlingsvarighet av bevacizumab ved kombinasjonsbehandling. Lynparza tabletter skal ikke erstattes med Lynparza kapsler på en milligram-til-milligrambasis på grunn av forskjeller i dosering og biotilgjengelighet mellom formuleringene. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av BRCA-mutert avansert ovarialkreft:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandlerens mening kan dra nytte av videre behandling kan behandles i mer enn 2 år. **Behandlingsvarighet ved vedlikeholdsbehandling av platinasensitiv tilbakevendende ovarialkreft:** For pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritonealkreft er det anbefalt at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av HRD-positiv avansert ovarialkreft i kombinasjon med bevacizumab:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandlerens mening kan dra nytte av videre behandling kan behandles i mer enn 2 år. Se preparatomtalen til bevacizumab for den anbefalte totale behandlingsvarigheten på maks. 15 måneder, inkl. periodene der bevacizumab brukes i kombinasjon med kjemoterapi og som vedlikeholdsbehandling.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene. Amming under behandling og i 1 måned etter den siste dosen (pkt. 4.6 i SPC)

Forsiktighet utvises ved: Hematologisk toksisitet: Blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, er anbefalt de første 12 månedene av behandlingen og periodevis etter dette tidspunktet for å overvåke klinisk signifikante endringer av verdiene under behandling. Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi: Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert under behandling med Lynparza, anbefales det at Lynparza seponeres og at pasienten får egnet behandling. Pneumonitt: Hvis pasienten får nye, eller en forverring av respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller et unormalt radiologisk funn observeres i brystet, bør behandling med Lynparza avbrytes og utredning igangsettes raskt.

Vanlige interaksjoner: Samtidig administrering av Lynparza med kraftige eller moderate CYP3A-hemmere eller CYP3A-induktorer anbefales ikke. Se pkt. 4.2 og 4.5 i preparatomtalen for mer informasjon dersom en kraftig eller moderat CYP3A-hemmer eller CYP3A-induktor likevel må administreres samtidig med Lynparza.

Vanlige bivirkninger: De hyppigste observerte bivirkningene på tvers av kliniske studier hos pasienter som fikk Lynparza som monoterapi (≥ 10 %) var kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi, fatigue, hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet, hoste, dyspné, anemi, nøytropeni, trombocytopeni, og leukopeni.

Pakninger og priser: Kapsler: 4 × 112 stk.1 (plastflasker) kr 55781,00. **Tabletter: 100 mg:** 56 stk.1 (blister) kr 27754,60. **150 mg:** 56 stk.1 (blister) kr 27754,60. **Refusjon: 1 H-resept: L01X X46_14 Olaparib Refusjonsberettiget bruk:** Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe.

Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Se godkjent preparatomtale eller FK-tekst for mer informasjon om Lynparza.

1. Lynparza SPC 03.11.2020
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lynparza-epar-product-information_en.pdf

SARS-CoV-2 infection in pregnancy in Denmark—characteristics and outcomes after confirmed infection in pregnancy: A nationwide, prospective, population-based cohort study

Anna J. M. Aabakke, Lone Krebs, Tanja G. Petersen, Frank S. Kjeldsen, Giulia Corn, Karen Wøjdemann, Mette H. Ibsen, F. Jonsdottir, Elisabeth Rønneberg, Charlotte S. Andersen ... et al

First published: 31 August 2021
<https://doi.org/10.1111/aogs.14252>

Introduction: Assessing the risk factors for and consequences of infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) during pregnancy is essential to guide clinical care. Previous studies on SARS-CoV-2 infection in pregnancy have been among hospitalized patients, which may have exaggerated risk estimates of severe outcomes because all cases of SARS-CoV-2 infection in the pregnant population were not included. The objectives of this study were to identify risk factors for and outcomes after SARS-CoV-2 infection in pregnancy independent of severity of infection in a universally tested population, and to identify risk factors for and outcomes after severe infection requiring hospital admission.

Material and methods: This was a prospective population-based cohort study in Denmark using data from the Danish National Patient Register and Danish Microbiology Database and prospectively registered data from medical records. We included all pregnancies between March 1 and October 31, 2020 and compared women with a positive SARS-CoV-2 test during pregnancy to non-infected pregnant women. Cases of SARS-CoV-2 infection in pregnancy were both identified prospectively and through register linkage to ensure that all cases were identified and that cases were pregnant during infection. Main outcome measures were pregnancy, delivery, maternal, and neonatal outcomes. Severe infection was defined as hospital admission due to coronavirus disease 2019 (COVID-19) symptoms.

Results: Among 82 682 pregnancies, 418 women had SARS-CoV-2 infection during pregnancy, corresponding to an incidence of 5.1 per 1000 pregnancies, 23 (5.5%) of which required hospital admission due to COVID-19. Risk factors for infection were asthma (odds ratio [OR] 2.19, 95% CI 1.41–3.41) and being foreign born (OR 2.12, 95% CI 1.70–2.64). Risk factors for hospital admission due to COVID-19 included obesity (OR 2.74, 95% CI 1.00–7.51), smoking (OR 4.69, 95% CI 1.58–13.90), infection after gestational age (GA) 22 weeks (GA 22–27 weeks: OR 3.77, 95% CI 1.16–12.29; GA 28–36 weeks: OR 4.76, 95% CI 1.60–14.12), and having asthma (OR 4.53, 95% CI 1.39–14.79). We found no difference in any obstetrical or neonatal outcomes.

Conclusions: Only 1 in 20 women with SARS-CoV-2 infection during pregnancy required admission to hospital due to COVID-19. Risk factors for admission comprised obesity, smoking, asthma, and infection after GA 22 weeks. Severe adverse outcomes of SARS-CoV-2 infection in pregnancy were rare.

Coronavirus disease 2019 pandemic and pregnancy and neonatal outcomes in general population: A living systematic review and meta-analysis (updated Aug 14, 2021)

Jie Yang, Rohan D'Souza, Ashraf Kharrat, Deshayne B. Fell, John W. Snelgrove, Kellie E. Murphy, Prakesh S. Shah

First published: 03 November 2021
<https://doi.org/10.1111/aogs.14277>

Introduction: Conflicting reports of increases and decreases in rates of preterm birth (PTB) and stillbirth in the general population during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic have surfaced. The objective of our study was to conduct a living systematic review and meta-analyses of studies reporting pregnancy and neonatal outcomes by comparing the pandemic and pre-pandemic periods.

Material and methods: We searched PubMed and Embase databases, reference lists of articles published up until August 14, 2021 and included English language studies that compared outcomes between the COVID-19 pandemic time period and the pre-pandemic time periods. Risk of bias was assessed using the Newcastle–Ottawa scale. We conducted random-effects meta-analysis using the inverse variance method.

Results: Forty-five studies with low-to-moderate risk of bias, reporting on 1 843 665 pregnancies during the pandemic period and 23 564 552 pregnancies during the pre-pandemic period, were included. There was significant reduction in unadjusted estimates of PTB (35 studies, unadjusted odds ratio [uaOR] 0.95, 95% CI 0.92–0.98), but not in adjusted estimates (six studies, adjusted OR [aOR] 0.95, 95% CI 0.80–1.13). This reduction was noted in studies from single centers/health areas (25 studies, uaOR 0.90, 95% CI 0.86–0.96) but not in regional/national studies (10 studies, uaOR 0.99, 95% CI 0.95–1.02). There was reduction in spontaneous PTB (six studies, uaOR 0.89, 95% CI 0.81–0.96) and induced PTB (five studies, uaOR 0.89, 95% CI 0.81–0.97). There was no difference in the odds of stillbirth between the pandemic and pre-pandemic time periods (24 studies, uaOR 1.11, 95% CI 0.97–1.26 and four studies, aOR 1.06, 95% CI 0.81–1.38). There was an increase in mean birthweight during the pandemic period compared with the pre-pandemic period (six studies, mean difference 17 g, 95% CI 7–28 g). The odds of maternal mortality were increased (four studies, uaOR 1.15, 95% CI 1.05–1.26); however, only unadjusted estimates were available and the result was mostly influenced by one study from Mexico. There was significant publication bias for the outcome of PTB.

Conclusions: The COVID-19 pandemic may be associated with a reduction in PTB; however, referral bias cannot be excluded. There was no statistically significant difference in stillbirth between pandemic and pre-pandemic periods.

GYNO PLUS

SOLID ITALIENSK HÅNDVERK

Lemi
ITALIAN WELLNESS EQUIPMENT



Manuell benstøtte på forespørsel

Fokuser på

- 2 minneinnstillinger
- Automatisk tilbakestillingsfunksjon
- Kan legges helt flat + ekstra seteforlenger
- Mulighet for trådløs pedalkontroll
- Mulighet for fotstøtte
- 180° horisontalrotasjon
- Brodert logo inkludert ved bruk av bestillingskode: «GYN0322»
- Mulighet for finansiering

Farge pallett



Lemi autorisert distributør

Kontakt oss for mer informasjon

MEDITEK
Medisinsk utstyr

www.meditek.no

MEDITEK medisinsk utstyr AS
Stasjonveien 21, 4632 Kristiansand
Telefon 38 09 89 00
E-post: meditek@meditek.no

Reproductive changes among women in their 40s: A cross-sectional study

Ingela Lindh, Finn Egil Skjeldestad, Oskari Heikinheimo, Helena Hognert, Øjvind Lidegaard, Christina Bergh, Kristina Gemzell-Danielsson

First published: 05 January 2022
<https://doi.org/10.1111/aogs.14302>

Introduction: The aim was to describe and compare changes in the reproductive pattern of women in their 40s observed over a decade in Scandinavia.

Material and Methods: Cross-sectional study using the total population of women aged 40–49 years between 2008–2018 in Denmark, Norway and Sweden (on average $n = 1.5$ million). Aggregated data concerning birth and induced abortion rate were collected and analyzed from national health registers. National data on redeemed prescriptions of hormonal contraceptives in the three countries were collected from prescription registers. Births after spontaneous and assisted conceptions were identified by using cross-linked data on deliveries from the Medical Birth Registers and National Registers of Assisted Reproduction in the three countries.

Results: Use of hormonal contraception increased among women aged 40–44 years in Denmark from 24% to 31%, in Sweden from 27% to 30%, and in Norway from 22% to 24%. The levonorgestrel-releasing intrauterine device was the most frequently used method in all countries. Birth rates among women 40–44 years increased continuously from 9.5 to 12/1000 women in Denmark and from 11.7 to 14.3/1000 in Sweden, but remained stable in Norway at ~11/1000 women. There was a doubling of assisted conceptions in Denmark from 0.71 to 1.71/1000 women, Sweden from 0.43 to 0.81/1000 and Norway from 0.25 to 0.53/1000 women 40–49 years of age. Sweden had the highest induced abortion rate (7.7 to 8.1/1000 women) in women aged 40–49 years during the study period.

Conclusions: From 2008 to 2018, birth rates continuously increased among women aged 40–49 years in Denmark and Sweden and births resulting from assisted reproductive technology doubled in all three countries.

High maternal blood lipid levels during early pregnancy are associated with increased risk of congenital heart disease in offspring

Li Cao, Yan Du, Mo Zhang, Feng Wang, Jian-Yuan Zhao, Yun-Yun Ren, Yong-Hao Gui

First published: 03 August 2021
<https://doi.org/10.1111/aogs.14225>

Introduction: This study aimed to investigate whether maternal blood lipid levels during early pregnancy are associated with the occurrence of congenital heart disease (CHD) in their offspring.

Material and methods: In this single-center case-control study, mothers of offspring with CHD ($n = 230$) and without CHD ($n = 381$) were included. Maternal lipid levels were determined on fasting blood samples taken in the first trimester. Relevant demographic and clinical data were extracted from the medical records. Maternal lipid profile was compared between the two groups, and regression analysis was performed to evaluate the association between lipid profile and CHD risk in offspring.

Results: Compared with the control group, levels of triglyceride, apolipoprotein-A1, and apolipoprotein-B in early pregnancy were significantly higher in the CHD group. Multivariate analyses showed that triglyceride (odds ratio [OR] 2.46, 95% CI 1.62–3.73, $p < 0.01$), total/high-density lipoprotein cholesterol (OR 2.10, 95% CI 1.07–4.13, $p = 0.03$), and apolipoprotein-A1 (OR 2.73, 95% CI 1.16–6.40, $p = 0.02$) were positively associated with CHD risk in offspring.

Conclusions: Elevated maternal lipid profile was associated with increased risk of CHD in offspring.



Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica søker ny junior assisterende redaktør!

Arbeidsoppgavene består primært i å vurdere og forbedre artiklar til Acta, i nær samarbeid med sjefsredaktør og visesjefsredaktør. Junior assisterende redaktør tar del under redaktørmøte, stillinga varer i utgangspunktet i to år, løn er DKR 35 000,- per år.

Acta har utvikla seg til å bli eit av dei leiande tidsskrifta innan gynekologi og obstetikk, med ein impactfaktor på 3,6. Arbeid med dette tidsskriftet er eit unikt høve til å få erfaring frå medisinsk redaktørverksemd på eit profesjonelt høgt nivå, i eit fagleg stimulerande miljø.

Interesserte kan kontakte Oskari Heikinheimo på oskari.heikinheimo@helsinki.fi.

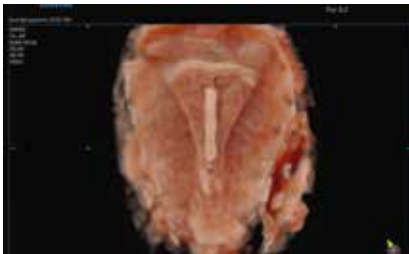
SAMSUNG

V8 Step Up Confidence

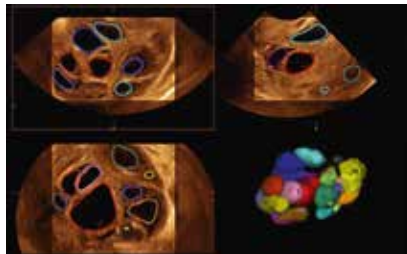
The new V8 ultrasound system combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases Samsung's careful craftsmanship and that comfort-in-use is high priority for your product experience.



RealisticVue



5D Follicle



Redefined Imaging Technologies

Powered by Crystal Architecture™ (CrystalBeam™, CrystalLive™)

Sophisticated 2D Image Processing & Detailed Color Expression

Shadow HDR™, HQ-Vision™, ClearVision™, S-flow™, MV-Flow™, LumiFlow™

Women's Health

BiometryAssist™, "D Follicle™, 5D Follicle™, Limb Vol™, 5D CNS+™, 5 NT™, Heart Color™, MP1?, Labor Assist™, E-Cervix™, IOTA-ADNEX, HDVI, RealisticVue™, CrystalVue™, CrystakValueFlow™

Re engineered Workflow and Enhanced Customization

TouchGesture, HelloMom™, TouchEdit, QuickPreset, Expanded view, EzCompare™, EzExams+

Comfort Design

14-inch Tilting Touchscreen, 23.8-inch LED Monitor, Contextual Button, QuickSave, BatteryAssist™, Cooling System, Adjustable Control Panel, Transducer Cable Hook, Endocavity Transducer Holder, Gel Warmer

Inter-Medical AS

Grini Næringspark 3 • 1361 Østerås
Tlf: 61146300 • Mobil: 40 61 79 40



INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON