

# Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

2 • 2022

## Gynekologen om: Alvorlige hendelser, utbrenthet og rekrutteringsproblemer blant norske gynekologer



Er gynekologikarriere lik sjansespill? – Perspektiver fra Villa Sana s. 16

Gynekolog på sykehus, en leges Uriaspost? s. 20

Kvinnelige pasienter versus mannlige gynekologer  
- Juridiske betraktninger ved jurist Aslak Syse s. 24

Å arbeide som sakkyndig i Norsk pasientskadeerstatning (NPE) s. 26



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

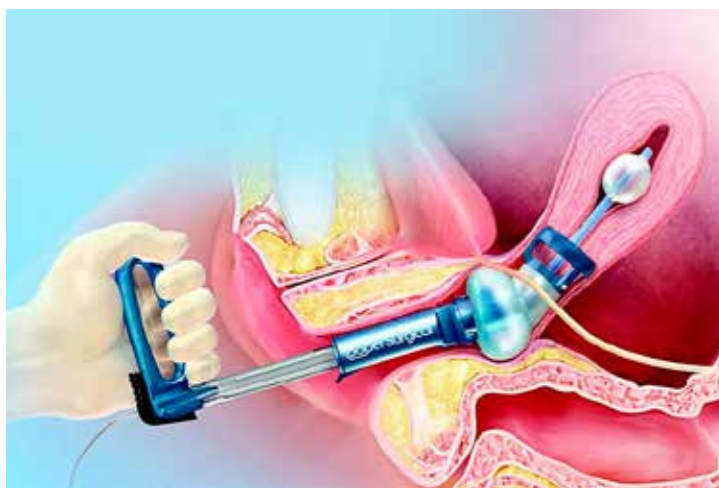


# Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetrikk - Gynekologi



## RUMI II SYSTEM



**RUMI II** uterusmanipulator til bruk ved laparoskopisk hysterectomi 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



### ISOLERTE SPEKLER OG INSTRUMENTER

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



### GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid



### AMNIOKOP MED INTEGRERT LYS

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



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 universitetsykehus  
inga.vengen@gmail.com

### Layout, annonsesalg og produksjon

Apriil Media AS  
www.apriil.no  
media@apriil.no

### GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

### Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2022

Nr. 3 9/9  
Nr. 4 4/11

Opplag: 1400



Forsidefoto: Tale Meinich

# INNHOOLD

REDAKTØR ..... 5

LEDER ..... 7

### NGF-STYRET

Nytt frå styret ..... 8

Styret i Norsk gynekologisk forening ..... 8

Viktige frister i året som kommer ..... 10

### ÅRSMØTET 2022

Velkommen til sørlandspærlan Kristiansand! ..... 13

Program ..... 14

### GYNEKOLOGER IMELLOM

Er gynekologikarriere lik sjansespill? – Perspektiver fra Villa Sana ..... 16

Leserinnlegg: Gynekolog på sykehus, en leges Uriaspost? ..... 20

Leserinnlegg: Retten til å stå på sin rett ..... 22

Kvinnelige pasienter versus mannlige gynekologer ..... 24

Å arbeide som sakkynndig i Norsk pasientskadeerstatning (NPE) ..... 26

### FAGLIG PÅFYLL

Ogilvies syndrom ..... 28

### FUGO

Kjære alle lis og FUGO-medlemmar ..... 30

FUGO-kurs i gynekologisk endokrinologi ..... 30

Utdanningsprisen 2022 – Har du kandidater? ..... 30

ENTOG Norge 2022 ..... 31

SPESIALITETSKOMITÉEN ..... 32

### REISER, KURS OG KAMPANJER

«Trygge hender» – Strukturert utdanning av LIS i fødselsmekanikk og praktisk obstetrikk ..... 34

Første obstetriske guidelinemøte ..... 36

### GYNEKOLOGEN ANBEFALER

Polare kvinner – polare heltinner! ..... 38

UTVALGTE ABSTRACTS FRA AOGS ..... 43

### 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.

E-post [post@janbye.no](mailto:post@janbye.no) • Internett [www.janbye.no](http://www.janbye.no)

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



## Et lite vagitorie med dobbel effekt

### Hovedsakelig ANDROGENE effekter

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

### KOMPLETTERENDE effekter av østrogener 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. **Glemt 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 trombofiliisykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel, antitrombinmangel). Aktiv/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 blodtryksmåling, 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 østrogener 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): Kjønnsgorganer/bryst: Unormalt Pap-utstryk (hovedsakelig ASCUS eller LGSIL). Undersøkelser: Vektendringer. Øvrige: Vaginal utflod. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Kjønnsgorganer/bryst: Cervix-/uteruspolypper, kuler i brystet (benigne).

**Overdosering/Forgiftning:** Behandling: Vaginalskylning.

**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 østrogener og androgener. Effekt på vulvovaginal atrofi via aktivering av vaginale østrogen- og androgenreseptorer. Østrogenmediert økning i antall overflate- og intermediære 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



## «Fornøyd med jobben»?

Statistisk sentralbyrå hevder at 90% av nordmenn er fornøyd med jobben sin. Ikke vet jeg hva som er definisjonen på «fornøyd med jobben». Jeg vet heller ikke om tallet er høyere, lavere eller tilsvarende blant norske gynekologer og LiS i Fødselshjelp og Kvinnesykdommer. NGFs nylige spørreundersøkelse kan forhåpentligvis gi en pekepinn på hvor fornøyde gynekologene egentlig er.

Kombinasjonen av jus, politikk, etikk og stor medisinsk risiko gjør gynekologenes jobbhverdag variert, men også ekstra utfordrende.

Jobb/hjem-balansen kan bli härfin, og rekrutteringen utfordrende. Denne utgaven er derfor viet til noen utvalgte dilemmaer innenfor nettopp disse temaene, og jeg håper lesingen vekker en tanke eller to. Engasjementet har vært stort,

og jeg er overvældet over velviljen til å bidra inn mot en utgave om nettopp hvordan gynekologer kan bli (enda?) mer «fornøyde med jobben».

I den forbindelsen vil jeg rette en ekstra takk til Irina Eide for trofast redaksjonsarbeid gjennom flere år. Hun har blant annet skrevet mangfoldige bakanmeldelser og reportasjer, og som en verdig avslutning deler hun raust av sin erfaring som sakyndig for Norsk pasientskadeerstatning. Teksten er en fin innføring for kollegaer som har mindre erfaring med systemene.

God sommer!

Tale Meinich  
Redaktør

ENDOSEE ADVANCE-SYSTEMET ER ET ALT-I-ETT-SYSTEM MED DIREKTE VISUALISERING FOR DIAGNOSTISKE OG TERAPEUTISKE PROSEDYRER.



Skjermen til systemet er gjenbrukbar og kan kobles til journalsystemet for å lagre bilder og videoer i pasientens journal. Endosee kan deretter brukes til å:

- **Diagnose:** unormal blødning, mistenkt svulst, infertilitet, tilbakevendende spontanabort
- **Identifiser:** polypper, myom og andre patologiske endringer
- **Utfør:** biopsi, lokalisering og fjerning av spiral, fjerning av små polypper (<2 cm)



Biopsitang

Saks

Grasper

Grasper small



### Umiddelbar visualisering

Diagnostiser direkte ved hjelp av endometrievizualisering for å hjelpe pasientene dine raskere.



### Effektiv arbeidsflyt

Med et lite bærbart hysteroskop kan du nå diagnostisere direkte i resepsjonen i stedet for å henvise til sykehuset.



### Lavprisinvestering

I motsetning til et tradisjonelt hysteroskop er det nå kun en liten investering som trengs for denne trådløse versjonen som erstattes som hysteroskopi.



4,3 mm



Solann AS  
E-post: [sales@solann.se](mailto:sales@solann.se)  
Telefon: +46 (0)8-583 560 60  
[www.solann.se](http://www.solann.se)



## Kjære vener og kollegaer!

Våren er her, kveldene er lyse og lange og grøftkantene vert fylt opp av hestehov og overstadig berusa attenåringar. Eg har sjølv ei dotter som i desse dagar rundar av tretten års skulegang. Tankane går uvilkårleg til utdanning og universiteta sine prioriteringar.

Då eg sjølv studerte medisin i Bergen på slutten av førre århundre, hadde vi tre månader gynekologi og obstetikk. Nokre år seinare fann eg meg sjølv i distriktsturnus i Kautokeino, overraska over kor mykje av kvardagen som bestod av det dei i Bergen hadde kalt småfag, og særleg mengda av gynekologiske og obstetriske problemstillingar stod på ingen måte i forhold til kor mykje tid faget var via på studiet. Dei åtte timane vi hadde brukt på å lære om Bilroth II-operasjonen hadde eg langt mindre klinisk nytte av.

No skal stadig fleire tema inn i medisinstudiet, meir eller mindre velbegrunna, og for at studiet ikkje skal blir femten år langt, må noko anna ut. Dessverre ser det ut til at faget vårt står lageleg til for hogg; utdanninga er mykje mindre omfattande i dag enn den var i mi tid. Vi må sjølve kjempe for å løfte fram faget vårt

overfor universiteta, særleg dei av oss med akademiske bistillingar. Det blir stadig vanskelegare å få plass til medisinstudentane inne på fødestovene, der dei konkurrerer med jordmorstudentar, paramedics og andre yrkesgrupper som treng å vite litt om den normale fødselen.

Eg vil nytte høvet til å gje honnør til kollegaene på universiteta, som står på for å gje medisinstudentane ei best muleg innføring i faget vårt (det viktigaste av alle fag). Kunnskap om gynekologi og obstetikk er sentralt ikkje berre for allmennlegar; alle spesialiteter treng denne kunnskapen. Ein god gynekologitermin er ein hjørnestein i rekrutteringa til faget, og kviler i sin tur på den entusiasmen og fagelege tyngde våre universitetstilsette leverer, år etter år. Eg vil ynskje dykk styrke i den vidare kampen for gynekologien sin plass i medisnutdanninga!

God sommar!

Ragnar Kvie Sande  
Leiar NGF

## Nytt frå styret

Denne våren har styret arbeidd vidare med innspelet vi har fått om bemanningssituasjonen innan gynekologi og obstetikk ved våre store og små sjukehus. NRK har gjort ei sak på dette, og vi har lagt ein del arbeid ned i å gje denne det fokuset vi tenker er viktigast. Vi kan med handa på hjertet seie at vi lykkast nokså dårleg med dette.

Våren 2022 har sett det fyrste guidelinemøtet innan obstetikk. Dette vil bli gjenstand for evaluering i kvalitetsutvalet, og vi er veldig spente på å sjå om denne arbeidsforma blir ein like stor suksess her i landet som den har vore i Danmark. Dersom slike møte viser seg å vere produktive, vil det vere interessant å vurdere å utvide til dei to andre rettleiarane.

Vi arbeider tett opp mot helsedirektoratet for å løfte fram fagmiljøet sine syn når det gjeld handtering av kvinner som går over termin. Vi ser at våre fagleg begrunna råd blir utfordra av

politiske hensyn, og vi legg stor vekt på å opptre som ein sakleg og konstruktiv part i desse diskusjonane.

Styret arbeider jamnt og trutt med dei komande møta; både årsmøta i 2022 og 2023, samt NFOG-møtet som skal vere i Trondheim i 2023. Vi legg opp til at desse møta skal bli aldeles glitrande bra og håpar på massivt oppmøte frå alle medlemmene.

Vi rullar i desse dagar ut questbacken vår. Det er viktig at alle svarar på denne, slik at vi får eit mest muleg valid grunnlag til å seie noko om korleis norske gynekologar tenker vi kan løyse dei problema vi står overfor. Om vi ikkje adresserer dette spørsmålet sjølv, risikerer vi at andre kjem med dårlegare løysingar.

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 bekkenbunnslidelser. 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 Filosofisk poliklinikk i Bergen.



### Morten Kvello

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

**VISERA  
ELITE II**

**OLYMPUS**



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 fullintegreerte bipolar- og ultralydsinstrument.**

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

**OLYMPUS NORGE AS**

Drengsrudbekken 12, 1383 Asker | www.olympus.no

# Viktige frister i året som kommer

## Frist for å melde inn saker til generalforsamlingen:

**15. august 2022**

Sendes til Ragnar Kvie Sande, [leiar.ngf@gmail.com](mailto:leiar.ngf@gmail.com)

## Frist for å sende inn abstrakt til årsmøtet:

**15. august 2021**

Bruk malen for abstrakt som er tilgjengelig på NGFs nettside.

Sendes til vitenskapelig sekretær Solveig Bjellmo, [solveighbjellmo@gmail.com](mailto:solveighbjellmo@gmail.com)

## Frist for å søke NGFs Solidaritetsfond for Kvinnehelse:

**15. august 2021**

Informasjon om fondet finnes på NGF sine nettsider.

Sendes til Ragnar Kvie Sande, [leiar.ngf@gmail.com](mailto:leiar.ngf@gmail.com)

## Frist for å spille inn forslag til kollegaer som fortjener særlig heder under årsmøtet:

**15. august 2021**

Forslag kan sendes til [leiar.ngf@gmail.com](mailto:leiar.ngf@gmail.com). Eksempler på egnede kandidater kan være gynekologer som har publisert i Lancet, mottatt kongens fortjenestemedalje eller gjort en særlig innsats for faget i året som gikk.

## Frist for å nominere kandidater til følgende priser er

**15. august 2021:**

- NGFs hederspris, utdeles på årsmøtet.

Sendes til [leiar.ngf@gmail.com](mailto:leiar.ngf@gmail.com)

- NGFs forskningspris, utdeles på årsmøtet.

Sendes til [leiar.ngf@gmail.com](mailto:leiar.ngf@gmail.com)

- Utdanningsprisen, utdeles av FUGO på årsmøtet.

Spørreskjema for nominasjoner vil bli sendt ut til alle LiS, følg med på informasjon direkte fra FUGO.

## Frist for å sende inn årsrapporter for 2020:

**9. September 2021**

Sendes til Tale Meinich, [tmeinich@gmail.com](mailto:tmeinich@gmail.com)

## Materialfrist for tredje utgave av Gynekologen:

**9. september 2021**

Sendes til Tale Meinich, [tmeinich@gmail.com](mailto:tmeinich@gmail.com)



Foto: Benjamin Skaug



**4DryField® PH**  
 PROVIDES HEMOSTASIS – PREVENTS ADHESIONS  
 Worldwide unique: CE-certified and clinically proven for  
**Adhesion prevention & Hemostasis**



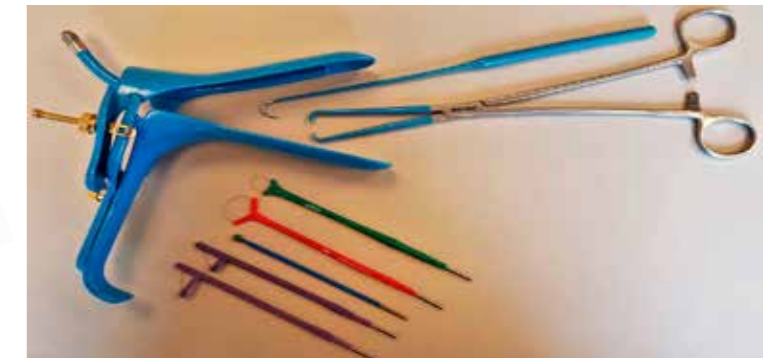
Neo Safe T CU 380 og CU 380 mini  
 Kobberspiral, meget prisgunstig!

**medero**  
 MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: [ordre@medero.no](mailto:ordre@medero.no)

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





normedi  
NORDIC

NovaSure®  
Endometrial Ablation



ENDOMETRIEABLATION MED NOVASURE® ADVANCED

## Effektiv behandling av menorrhagi

› NovaSure er en sikker og godt utprøvd behandling mot kraftige menstruasjonsblødninger. Prosedyren er velegnet som poliklinisk behandling og den er rask, effektiv og enkel. NovaSure kan vise til solid klinisk evidens og meget gode behandlingsresultat<sup>1</sup>.

1. Gimpelson, R.J., Ten-year literature review of global endometrial ablation with the NovaSure® device. Int. J. Womens Health. 2014;6:269-280. (PubMed)



Er du interessert i mer informasjon?  
Skann QR-koden med din mobiltelefon  
og les mer om teknologien, prosedyren  
og studiene.

normedi  
NORDIC

normedi.com  
normedieducation.com



## Kjære Kolleger!

Den lokale komitè ved Kvinneklubben, Sørlandet Sykehus Kristiansand, har i år gleden av å ønske velkommen til NGFs Årsmøte 2022 i Kristiansand.

Selve årsmøtet og middagen vil finne sted på nyrenoverte hotel Caledonien. Med en sentrumsbeliggenhet rett ved sjøen, er dette et perfekt utgangspunkt for også å få sett litt av det byen har å tilby av restauranter og kafeer, kvadraturen, Aquarama med spa, etc. Det er fine turmuligheter i gangavstand langs strandpromenaden og Otra, samt Baneheia med naturskjønne omgivelser.

Get together vil bli på historiske Haubitz Laave, en forfriskende spasertur på 15 min fra sentrum. Dette festlokalet tjente tidligere som oppbevaringssted for kanoner og skyts under krigen. Laaven ligger på toppen av Odderøya med nydelig utsikt over skjærgården.

Den lokale komitè planlegger også morgenyoga og joggetur med sjøluft i håret, som en god start på dagen for de som ønsker det.

Vi gleder oss til å se dere, velkommen til sørlandsperlen Kristiansand!

Hilsen den lokale komitè,  
*Janne Rossen, Mariann Eidet, Ingvild Vistad, Ida McFadzean, Fride Austad, Marte Ween-Velken, Inger Johanne Sirnes, Linda Sagedal og Ane Cecilie Munk*



## Program for årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 26.10-28.10 i Kristiansand

26/10

**Forkurs:**

09:00 – 16:00 **FUGO-kurs** (OBS! Krever egen påmelding)

**Formøte:**

15:30 – 17:00 **Lederforum**

17:30 – 19:00 **FUGO**

17:30 – 19:00 **Gyn onkologisk formøte**

17:15 – 19:15 **Obstetrisk formøte**

17:30 – 19:00 **Gyn endoskopisk formøte**

17:30 – 19:00 **Urogynekologisk formøte**

17:30 – 19:00 **Praktiserende spesialister**

17:30 – 19:00 **Fostermedisinsk formøte**

20:00 - 23:00 **Get-together**

27/10

09:00 – 09:30 **Åpning av årsmøtet**

Åpning ved NGF-leder

Velkommen til Kristiansand ved forskningssjef Frode Gallefoss og pianist/fastlege Runar Nørsett.

09:30 – 10:30 **Keynote lecture:**

Prof Marian Knight – Pregnancy and Covid 19 (Pregnant women in a pandemic).

10:30 – 11:00 Pause – besøke utstillere

11:00 – 12:00 **Frie foredrag 1**

12:00 – 13:00 Lunch

13:00 – 13:30 Pause – besøke utstillere

13:30 – 15:00 **Paneldebatt: 1. trimester screening for preeklampsi**

Pepe Salvesen: Fordeler med tidlig screening for preeklampsi

Anne Eskild: Ulemper med tidlig screening for preeklampsi

Marit Halonen Christiansen: Kostnader og prioritering

15:00 – 15:30 Pause – besøke utstillere

15:30 – 17:00 **Frie foredrag 2**

17:00 – 17:30 Pause – besøke utstillere

17:30 – 19:00 **Generalforsamling**

19:30 – 01:00 **Årsmøtemiddag**

28/10

09:00 – 10:00 **Frie foredrag 3**

10:00 – 10:30 Pause – besøke utstillere

10:30 – 12:00 **«Når noe går galt» – Hvem tar vare på doktor'n?**

Karin Rø: Villa Sana

Margit Steinholt: Gynekolog/obstetriker

Solveig Bjellmo: Hva tenker våre medlemmer?

12:00 – 13:00 Lunch

13:00 – 13:30 Pause – besøke utstillere

13:30 – 15:00 **Frie foredrag 4**

15:00 – 15:30 Pause – besøke utstillere

15:30 – 17:00 **Endometriose – behandlingsmuligheter?**

Elisabeth R. Larby – brukerperspektivet

Marianne Natvik – allmennlegeperspektivet

Guri B. Majak – spesialistperspektivet

17:00 – 17:15 **Prisutdeling og avslutning**



# Er gynekologikarriere lik sjansespill?

## – Perspektiver fra Villa Sana

I 2017 fastslo Wahlberg et al at 84% av svenske gynekologer har opplevd én eller flere alvorlige hendelser i sitt arbeid (1). Tom Bourne åpnet fjorårets Årsmøte i Tønsberg med sin keynote-lecture om *Burnout and defensive medical practice in Ob/gyn*. Han stadfestet at mange britiske gynekologer lider av utbrenthet og sikrende adferd i klinisk arbeid, med sine dystre data. (2) Begge deler er tankevekkende, i lys av dagens rekrutteringsproblemer på flere norske fødeavdelinger. Finnes det gode råd ved Ressurssenteret Villa Sanas tilbud for leger?

I 2018 konkluderte Wahlberg videre at 15% av de svenske gynekologene utviklet symptomer på PTSD etter den «verste» hendelsen i deres karriere, og 7% fikk «fullverdig» PTSD (3). Hendelsene induserte skyldfølelse og skam og utgjorde en trussel mot obstetrikernes profesjonelle rolle. Obstetrikere som opplevde negative reaksjoner fra foreldre (pasienten og hennes partner) hadde mer enn doblet risiko for PTSD-symptomer. Manglende støtte fra venner og/eller kolleger, skyldfølelse og negative opplevelser i forbindelse med debrief var også assosiert med økt risiko for symptomer (4).

Det finnes ikke tilsvarende studier på hvor mange norske gynekologer som rammes av verken alvorlige hendelser, utbrenthet i jobb, sikrende adferd eller PTSD-symptomer i etterkant. Villa Sana har imidlertid lang erfaring i møte med både gynekologer og andre leger som sliter.

Karin Isaksson Rø er rådgiver ved Villa Sana, spesialist i arbeidsmedisin, PhD, MHA og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet. Verken hun eller Villa Sana har gjort studier på norske gynekologer spesielt, men Rø har en doktorgrad i utbrenthet, møter ukentlig leger i krisesituasjoner i samtaler ved Villa Sana og holder foredrag for blant andre gynekologer og LIS om hva som er viktig når – og før – noe går galt.

### Hvem kommer til Villa Sana?

Rø forteller at legene som kommer til Villa Sana har mange ulike inngangsbilletter. Kombinasjonen av stor arbeidsbelastning og forpliktelser utenom jobb har ofte gjort vedkommende sliten, over lang tid. Mange har så vidt klart å opprettholde en balanse mellom arbeid og fritid, helt til et eller annet får begeret til å renne over. Noe kan oppstå i privatlivet, eller som en alvorlig hendelse i klinikken. Andre ganger er det en uheldig hendelse i fortiden som gjør at legen stadig «sikrer seg» mer og mer i arbeidet, for eksempel ved å skrive mer utførlige notater, sjekke prøver i større grad eller bekymre seg for nye uheldige hendelser. Dette bidrar til økt slitenhet hos vedkommende.

### Villa Sana

- Et samarbeid mellom Legeforeningen og Modum Bad.
- Startet i 1998.
- Senteret skal gi hjelp til selvhjelp for å forebygge utbrenthet og psykisk sykdom som angst og depresjon.
- Drives av tverrfaglig stab, ledet av psykiater.
- Det er et ønske at hverdagens og arbeidet preges av god tid, romslighet, raushet og ro.
- Tilbyr to ulike ordninger – ukeskurs og individuell rådgivning.
- Både kurs og rådgivning dekkes av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

Les mer på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)

## «84% av svenske gynekologer har opplevd én eller flere alvorlige hendelser i sitt arbeid.»

– Mange leger har egenskaper som å være grundig, ansvarlig og pliktoppfyllende, ha sterkt ønske om å bidra, ønske om at alle skal være fornøyde og evne til å utsette egne behov. Disse er fordelaktige i jobben, men kan også bli vår akilleshæl når de settes på strekk, sier Rø.

– Veien er altså kort fra grundighet til usunn perfektjonisme. Ansvarsfølelsen kan lett strekke seg utover ting vi ikke har kontroll over, ønsket om å bidra gjør det vanskelig å si nei og ønsket om at alle skal være fornøyde blir en opplevelse av at vi ikke gjør nok. Når strikken strekkes for langt kan det bli vanskelig å slippe av, ta fri og få tid nok til familie og venner. Evnen til selvaretakelse blir rett og slett for liten.

Karin Isaksson Rø kan ikke svare på om gynekologer er overrepresentert hos Villa Sana i forhold til antall spesialister i landet. Det vet man rett og slett ikke. Senteret har gjort undersøkelser på fordelingen av spesialiteter, men da med kirurgiske fag som en samlet gruppe. Blant kirurgiske fag er det imidlertid omtrent samme prosentandel på Villa Sana som i Norge generelt (5).

Det er nå en viss overhyppighet av kvinner som oppsøker Villa Sana i forhold til antall kvinnelige leger i Norge. Det er likevel usikkert om det betyr at kvinner er mer utsatt for å streve, da begge kjønn har like alvorlige utfordringer når de er på Villa Sana. Det kan kanskje heller være slik at kvinner har litt lettere for å søke hjelp enn menn.

– Vi ser nå at flere yngre leger søker seg til oss, sammenlignet med begynnelsen av 2000-tallet. De søker seg altså hit tidligere i karrieren enn før. Vi har lurt på om dette betyr at man søker mer forebyggende og kommer tidligere til, men når vi ser på nivåene av utbrenthet, jobbstress og lignende ser det dessverre ikke slik ut, forklarer Rø.

Rø har også en generell oppfattelse av at den yngre legergenerasjonen har en større redsel for å gjøre feil. Følelsen av å måtte dokumentere mer for å «sikre seg» tror hun at er mer utbredt nå enn for 20 år siden.

### «Care of the patient requires care of the provider»

Generell belastning i livet henger tett sammen med reaksjonen på en alvorlig hendelse i jobbsituasjon.

– Når man så vidt opprettholder jobb-hjem-balansen i utgangspunktet, lever på kanten og er sliten fra før, kan en alvorlig hendelse bli enda mer krevende, forklarer Rø.

«Care of the patient requires care of the provider» er navnet på en artikkel som ble publisert av Bodenheimer og Sinsky i 2014 (6), og slagordet har fått gjenklang i gangene på Villa Sana. Forfatterne foreslo en overgang fra *The triple Aim*, et internasjonalt mål om å

drive helsetjenester med bedre utbytte til lavere kostnad og god pasientopplevelse, til *a Quadruple Aim*. Nå skulle man inkludere at også helsepersonell trenger gode betingelser.

– Og dette er viktig å ta innover seg, rent organisatorisk! Kan man tenke annerledes rundt vakter? Kan man tenke noe nytt rundt fleksibilitet i når man begynner på dagen? Hvordan skal man legge til rette for bedre jobb/hjembalanse? Dette gjelder både mange sykehusspesialiteter og allmennpraksis. Her har vi en vei å gå, og jeg tenker at den nye generasjonen leger på mange måter kommer og krever endring. Og det er bra!

### Når uhellet først er ute

De siste årene er det utviklet flere strategier for krisehåndtering etter alvorlige hendelser i klinikken. I Sverige holder gynekolog Anamaria Whitmer Jacobsson kurs i psykososial håndtering av akutte obstetriske hendelser (7). Kommende høst holdes dette i samarbeid med SFOG (Svensk förening for obstetrik & gynekologi), med fokus på blant annet persontret krisestøtte. I USA er det utviklet et eget program, CANDOR (Communication and Optimal Resolution), med teknikker som skal hjelpe helsepersonell med å håndtere uventede hendelser som medfører pasientskade. (8) Villa Sanas kurs og foredrag bygger på mange av de samme prinsippene, og internasjonalt er det flere gode forskningsmiljøer på feltet.

Generelt oppfordres det til kollegial støtte i akutsituasjonen, organisatorisk beredskap på avdelingen og å etablere arenaer for å regelmessig snakke om uheldige hendelser før uhellet er ute. Dersom man får til sistnevnte vil man automatisk ha et sted å samles når noe går galt, uten å være avhengig av å opprette en krisegruppe.

– I de svært alvorlige hendelsene kan det også være fornuftig å ta den aktuelle personen ut av vakt og hente inn en reserve, sier Karin.

Da snakker hun om den *helt* akutte fasen. Legen som har vært utsatt for en alvorlig hendelse går ofte rett videre med pasientarbeid etterpå, men i etterkant er det ikke uvanlig at vedkommende har totalt blackout for resten av vekten.

– Så kan man gjerne sette seg ned, la personen prate, hente te eller noe varmt å drikke, legge over et pledd og vise omsorg. Og ikke minst huske å følge opp personen etterpå. Det er så lett at hverdagen bare går videre for alle andre, mens den involverte blir sittende igjen med følelser som: «Hva tenker de andre? Kan de regne med meg? Synes de det er skummelt at jeg har vakt? Man må ikke glemme å spørre hvordan det går, vise at personen fremdeles er en del av kollegiet. Ikke minst kan noen trenge et tips om å oppsøke noen for å snakke.

I Norge er både Støttekollegaordningen og Ressurscenteret Villa Sana viktige ordninger, som Legeforeningen har opprettet, for leger som opplever alvorlige hendelser eller andre kriser i jobben. Noen har også god nytte av hjelp fra fastlegen, bedriftshelsetjenesten eller juridisk avdeling i legeforeningen.

Selv om mange har god nytte av å komme til Villa Sana etter en alvorlig hendelse, kan Støttekollegaordningen stille på enda kortere varsel, gjerne innen få virkedager. Støttekollegene har alle en viss utdanning i samtale. I begge ordningene bevares full diskresjon, og det skrives ikke journal. Støttekollegaene kan gi akutt hjelp, f.eks. i fasen rett etter at man får en tilsynssak.

#### Referanser:

1. Wahlberg, Å., Andreen Sachs, M., Bergh Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Skoog Svanberg, A., & Högberg, U. (2017). Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 124(8), 1264–1271.
2. Bourne T, Shah H, Falconieri N, et al. Burnout, well-being and defensive medical practice among obstetricians and gynaecologists in the UK: cross-sectional survey study. BMJ Open 2019;9:e030968. doi:10.1136/bmjopen-2019-030968
3. Wahlberg, Å., Andreen Sachs, M., Bergh Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Skoog Svanberg, A., & Högberg, U. (2017). Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 124(8), 1264–1271.
4. Wahlberg, Å. 2018. Second Victims in Swedish Obstetrics. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1446. 94 pp. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. ISBN 978-91-513-0284-3.
5. Personlig meddelelse fra Karin Isaksson Rø
6. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med. 2014 Nov-Dec;12(6):573-6. doi: 10.1370/afm.1713. PMID: 25384822; PMCID: PMC4226781.
7. Claritatis. <https://claritatisab.com/new-page-1>. (25.05.2022)
8. Communication and Optimal Resolution (CANDOR) | Agency for Healthcare Research and Quality (ahrq.gov)

Hvordan svarer man? En støttekollega kan gi håp om at dette er mulig å besvare og bidra til å normalisere at man kan få en tilsynssak, uten at dette nødvendigvis er en katastrofe i seg selv. Begge ordninger kan benyttes selv om det ikke har vært noen spesifikk hendelse, og Villa Sana avviser i hovedregel ingen henvisninger. Men, det viktigste er til syvende og sist at vedkommende oppsøker, eller oppfordres til å oppsøke, hjelp.

– Det er veldig lett at man selv tenker det går bra, men at 2-3 samtaler med enten en støttekollega, Villa Sana eller noen andre kunne vært veldig nyttig, avslutter Rø.



Karin Isaksson Rø. Foto Kari Ronge

#### Råd for akutt håndtering av alvorlige hendelser i klinisk arbeid:

##### For kollegaer rundt:

- Akutt støtte er ikke nødvendigvis det samme som debriefing!
- Bekreft følelser og ulike reaksjonsmåter. Still åpne spørsmål, og vis varme og aksept.
- Skjerme vedkommende fra arbeidsoppgaver og evt. fra media.
- Berolige vedkommende med rolig stemning, varm drikke, fysisk kontakt.
- Forsterk følelsen av håp og tillit. Fortell gjerne om egne erfaringer.
- Følg opp etterpå ved å ta kontakt med den som er rammet.

##### For ledelsen:

- Ta den rammede ut av vaktene hvis mulig og behov, og finn en erstatte.
- Møt opp som støtte eller erstatte hvis det er behov.
- Ha og gi informasjon om krisestøtte på arbeidsplassen, juridisk hjelp, kollegiale støtteordninger, behandling, forsikringer, arbeidsskademelding.

##### For den rammede selv:

- Be om hjelp – med en gang! Kolleger, fastlegen, Støttekollegaordningen og Villa Sana er mulige ressurser.
- Sorter tankene sammen med noen, finn mestringsstrategier.
- Reparativ kommunikasjon med pasient/pårørende kan være nyttig

Rådene bygger delvis på arbeidet av Anamaria Whittmer Jacobsson (7) og Agency for Healthcare Research and Quality (CANDOR) (8)

# Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

92%  
fettinnhold

Dr. Warming Critical Care brukes på tørr og irritert hud på kjønnsleppene og kan også brukes som komplement ved behandling av Lichen Sclerosus, Lichen planus og andre hudsykdommer på og rundt vulva. Fettkremen smelter raskt ved påsmøring som gjør den behagelig å bruke.



Innholdsstoffer: Paraffinum Liquidum (mineralolje), Cera Alba (hvit bivoks), Cetyl Palmitate (bløtgjører) og vann.

Alle kjente og gjennomprøvede ingredienser.

Dr. Warming Critical Care er tilgjengelig på Vitusapotek og Apotek1.

# Leserinnlegg

## Gynekolog på sykehus, en leges Uriaspost?



**Stine Andreassen**  
Klinikkoverlege ved Nordlandssykehuset

Aldri har vi hatt flere medisinstudenter. Aldri har vi utdannet flere leger. Vi jobber med det aller viktigste faget. Likevel er det kronisk mangel på oss. Tidligere var gynekologmangel et distriktsproblem, men i dag er det kritisk mangel på kompetente gynekologer og fødselshjelpere også på flere av landets største avdelinger. En undersøkelse blant landets fødeinstitusjoner i desember 2021 viste at en tredjedel har bemanningskrise som gjør det vanskelig å opprettholde forsvarlig drift. Vaktene står udekket, operatører mangler, ventelistene på poliklinikken blir lengre og pasientene får dårligere tilbud. Vikarer leies inn, men man sloss om de samme vikarene, kravene til kvalitet senkes og risikoen for feilbehandling øker. De fast ansatte strekker seg langt for å opprettholde tilbudet, går en-delt vakt i ukesvis, jobber kveldspoliklinikk, inndrar overlegepermisjon og avspaseringsuker. Ferske LIS blir kastet ut i oppgaver de ikke nødvendigvis kan håndtere grunnet manglende overskudd til opplæring.

Dette er ikke situasjonen ved alle gynekologiske avdelinger, men mange vil kjenne seg igjen. For de fast ansatte ved de mindre avdelingene er situasjonen preker, men også ved større avdelinger tærer det på kreftene. Man orker ikke arbeidsdagen når hver dag er en kamp for å dekke nødvendige oppgaver. Man kan fort la seg friste til privatpraksis, academia eller andre jobber med avgrenset arbeidstid. Dette til tross for at man elsker arbeidsplassen, kollegene, arbeidsoppgavene og pasientene.

I forhold til andre legespesialiteter har vi noen utfordringer: vi jobber vakt til pensjonistalder - gjerne tilstedevakt, vi jobber på natten, vi står i situasjoner som kan oppleves som svært dramatiske og uoversiktlige, vi opplever tap av i utgangspunktet friske pasienter eller i beste fall alvorlig sykdom. Men til gjengjeld har vi den mest verdifulle jobben, de fineste og viktigste pasientene, den største bredden i faget og de mest fantastiske kollegene!

Gynekologmangel er ikke et nytt problem, og her finnes ingen enkel løsning. Likevel kan vi ikke sitte stille i båten og resignere. Vi må tørre å gi beskjed, og vi må rope høyt! Vi pålegges kontinuerlig nye oppgaver av Helsedirektoratet og politikere, uten at det følger med hverken midler, utstyr eller fagfolk. Det tas avgjørelser som berører våre pasienter og våre arbeidsforhold uten at vi får delta i diskusjonen, det være seg fosterdiagnostikk, infertilitetsbehandling, pakkeforløp for kreftpasienter, obligatoriske nasjonale registre og ikke minst opprettholdelse og nedleggelse av fødetilbud, øyeblikkelig-hjelp behandling og kirurgisk tilbud. Løsningen er ikke økt privatisering. Det tømmer sykehusene for kompetente fagfolk, samtidig som vi står igjen med



udekte vakter og de sykeste pasientene, utdanningsansvar, i tillegg til å gi et tilbud til alle pasienter i ferieperioder, helg og helligdager.

Det er viktig at vi står samlet nasjonalt i denne saken. De små avdelingen må få forståelse og støttes av de større. De godt bemannede må ikke lukke øynene for problemene, da det slår fort tilbake på dem selv. For å bedre rekrutteringen må vi forsøke å tilby god opplæring av våre LIS, men også ta vare på våre spesialister. Vi må tilby arbeidsdager som frister, ikke skremmer. Vi må tørre å gi beskjed om at grensen er strengt. Vi må si ifra når vi presses til vaktordninger som er langt utover det forsvarlige. Vi må sette ned foten når vi påføres arbeidsoppgaver utover det vi maktet. Ingen er tjent med en gjeng utslitte gynekologer. Da øker frafallet og sykemeldingene, og kvaliteten på pasientbehandlingen, utdanningen for LIS og utviklingen i avdelingen senkes.

Den tid er over der leger jobbet døgnet rundt, syv dager i uka. Heldigvis! Ingen LIS er interessert i et slikt liv, de vet å sette pris på fritiden. Kanskje kan vi ikke opprettholde det antallet avdelinger vi har i dag dersom vi skal kunne bemanne robuste fagmiljø og fødeinstitusjoner. Vi må i hvert fall tørre å tenke tanken og si den høyt. I dag er det bunadsgeriljaen, pasientforeningene og politikere som styrer vår arbeidshverdag og dermed også våre liv. Men det er vi som ser når kvaliteten svikter, som dekker over for manglende kompetanse og beredskap, og det er vi som er nødt til å sette våre utfordringer på dagsorden!

**Zejula**  
niraparib

gsk



## Zejula (niraparib) er nå rangert som 1. valg i LIS-anbefalingen for ovarialkreftpasienter med tilbakefall, uavhengig av BRCA-status<sup>1</sup>

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)<sup>2</sup>. Zejula er fra tidligere godkjent for offentlig finansiering ved behandling av platinasensitiv BRCA-villtype pasienter med tilbakefall (2.linje og senere)<sup>3</sup> og fra 01.08.2021 ble Zejula også godkjent for offentlig finansiering av monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte pasienter (1.linje)<sup>4</sup>

**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  $\geq 77$  kg og med trombocyttdverdi 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 nedsatt 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 trombocyttdverdi 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 trombocyttdverdiene 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 trombocyttdverdi, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggmerter, redusert leukocyttdverdi og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene  $> 1\%$  (behandlingsrelaterede frekvenser) var trombocytopeni og anemi.

**Se preparatortalen om bivirkningshåndtering 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. (bliester) kr 71703,20. 84 stk. (bliester) 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-avtaleprodukter>)  
2. Beslutningsforum møte, 30.08.2021 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering>)  
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

gsk

# Leserinnlegg

## Retten til å stå på sin rett



**Sofie Godø**  
Lis ved Ahus

*En ung og ambisiøs LIS 1 begynner på et av Norges største sykehus. Han er heldig, fordi han har fått plass på gynekologisk avdeling som en del av utdanningen – gynekologi er et fag han har drømt om å spesialisere seg i.*

*For å nå denne drømmen har han jobbet målrettet om somrene med hospitering på gynekologisk avdeling, samt jobbet som assistent på fødeavdeling.*

*Allerede under opplæring begynner drømmen å blekne. Han blir flere ganger møtt med skepsis hos pasienter som helst ønsker at den kvinnelige kollegaen gjør undersøkelsen, og ofte med et uttrykt ønske om at det ikke er han.*

*Dette forandrer seg naturligvis ikke når han begynner å ta pasienter alene. Det som forandrer seg, er den unge legens selvsikkerhet i møte med pasienter. Er han, som behandler, ikke tilstrekkelig? Kanskje gynekologi ikke er noe for ham, den ambisiøse legen med en drøm. En mannlig kollega forsikrer den unge legen om at det er ikke den unge legen som er problemet, kun det kjønn han ble født som.*

Kvinnehelse står i dag sterkt i fokus, og pasientenes rettigheter diskuteres i det vide og brede på nettforum. Kvinnens rett til valg av behandler er et aktuelt tema flere steder. Noen kvinner får til og med beskjed i primærhelsetjenesten om at det ikke er noe problem å få en kvinnelig lege på sykehuset. Søk på internett viser at dette ikke bare er et problem på gynekologisk avdeling, og ikke det er ikke kun kvinner som ønsker kvinnelige behandlere, men også menn som ønsker mannlige behandlere. Slik blir dette et overordnet problem i hele helsesektoren.

Så hvorfor er dette et så stort problem?

Rent praktisk. I et vaktlag på sykehuset vil det ikke alltid være tilgjengelig en kvinnelig lege. Ved noen tilfeller er det rene mannlige vaktlag, og det vil ikke være mulig å imøtekomme pasientens behov om kvinnelig behandler. Det vil også oppstå hastetilfeller hvor det vil stride med forsvarlig helsehjelp hvis pasienten ikke behandles fordi den motsier seg undersøkelse av en mannlig lege.

Rent prinsipielt. Når vi ser på problemstillingen, må vi stille oss spørsmålet om pasienten har rett til å velge behandler basert på kjønn? I Aslak Syses artikkel på s. 24 belyses jusen i problemet, og det henvises til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Det gjøres klart at paragrafen ikke er en hjemmel for valg av behandler. Det kan naturligvis av ulike grunner være hensiktsmessig å imøtekomme pasienters ønsker om behandler. Dette må bare ikke misforstås for å være en hovedregel, kun et unntak fra en hovedregel.

Så hvis pasienter ikke kan velge behandlerens kjønn, hvorfor gjør de det likevel?

Svaret er at det er enklest. Det er enklest fordi den enkelte behandler må stå alene i møte med det som føles som en urett. Og ved å stå på sin rett vil behandleren kunne føle på at den tar en personlig risiko. Det er enklest å føye seg.

En merkbar konsekvens av dette problemet er at det er vanskelig å rekruttere mannlige leger til gynekologisk avdeling. En større konsekvens av dette problemet er at likestilling blir holdt tilbake.

En del av løsningen på problemet er at behandleren ikke skal føle seg alene. Legene må vite at de har rettigheter og at de har et system i ryggen, slik at det enkleste ikke lengre er å føye seg. Likestilling kan ikke være noe som bare støttes når det ikke møter motstand. Det må gis tydelige signaler fra avdelinger og sykehus om at alle har like rettigheter, og at unge ambisiøse LIS 1-leger skal få lov til å følge drømmene sine.

NYHET!

# Utrogestan®

(mikroniserat progesteron)



**300 mg x 2**  
daglig i behandlingsperioden

**Ny styrke og dosering ved IVF-behandling<sup>1</sup>**

Som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART)

» Laveste daglige kostnad<sup>2</sup>  
(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 abortion", 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".
- Progestagener 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 progesteron 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.**

**BESINS**  
HEALTHCARE  
Innovating for Well-being since 1885

**Besins Healthcare Nordics AB**  
Box 30070, 200 61 Limhamn, Sverige  
Tlf. +46 40 295 200 • www.besins-healthcare.no  
info.nordics@besins-healthcare.com

**UTROGESTAN®**  
progesteron

# Kvinnelige pasienter versus mannlige gynekologer



**Aslak Syse**

Professor dr. juris, lege

## Innledning

Tale Meinich, redaktør av «*Gynekologen*», har bedt meg kommentere de rettslige spørsmålene som kan oppstå dersom en kvinne ikke ønsker at en mannlig lege skal foreta gynekologisk undersøkelse.

Jeg vil også kommentere spørsmålet om kvinnelige pasienter kan reservere seg mot at mannlige studenter foretar, under veiledning, gynekologiske undersøkelser i opplæringsøyemed.

Det er ikke første gangen jeg er blitt utfordret med denne problemstillingen. Derfor takker jeg for en hyggelig forespørsel om et spennende rettslig, etisk og faglig spørsmål. Ved å belyse spørsmålet her i bladet, blir det kanskje færre individuelle forespørsler.

## Spørsmålet er av ny dato

Spørsmålet er jo av ny dato av tre helt ulike grunner.

Den ene er at det er blitt så mange flere kvinnelige leger nå enn for 30–40 år siden. Da det tidligere var et klart overtall mannlige leger, også blant gynekologer, var spørsmålet nærmest irrelevant.

Den andre grunnen er at pasienters rett til medvirkning er blitt styrket gjennom lov og forskrift, ikke minst ved vedtaket av pasientrettighetsloven (nå pasient- og brukerrettighetsloven) i 1999.

Det er også tilkommet en ny pasientpopulasjon med innvanderbakgrunn som kan være bærere av andre kulturelle forutsetninger som aktualiserer problemstillingen.

## Pasienters medvirkningsrett

Det er et rettslig spørsmål hvor langt pasienters medvirkningsrett går etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 3-1. I kommentarutgaven til denne loven er medvirkningsretten behandlet generelt på s. 320–352, og § 3-1 spesielt på s. 353–357.

Det konkrete spørsmålet om hvorvidt pasienter kan velge en lege med et bestemt kjønn er ikke belyst i boka, ettersom det ikke har vært relevant å hevde at pasienter kan bestemme over behandlende helsepersonell ut fra kjønn, etnisitet, religion mv.

Den aktuelle bestemmelsen står i pbrl. § 3-1 tredje ledd som lyder: «Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig.»

I kommentarutgaven skriver jeg følgende om bestemmelsen (s. 324):

«En del av medvirkningen vil handle om hvorvidt pasienten kan bestemme at andre personer skal kunne delta under undersøkelsen eller behandlingen. Lovens utgangspunkt er at pasientens ønske skal være avgjørende i den grad det er mulig og tilrådelig. Å ta med en nærstående person er hensiktsmessig i tilfeller der det foreligger språkproblemer eller dersom pasienten for eksempel har «legeskrekk». Andre praktisk viktige situasjoner foreligger for eksempel ved fødsler eller gynekologiske undersøkelser. Det er helsepersonellens oppgave å vurdere om deltakelse av andre personer er tilrådelig. Hovedregelen er at pasientens oppfatning i utgangspunktet skal respekteres, se § 3-1 tredje ledd.»

Videre presiserer jeg at det kan oppstå situasjoner hvor det er helsepersonellet som ønsker at andre personer, for eksempel pårørende, skal være til stede ved undersøkelse og behandling. Slike tilfeller omfattes ikke av medvirkningsbestemmelsen. Da må det som utgangspunkt foreligge et samtykke – om så et stilltiende samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2 – fra pasienten, idet det er pasienten som er gitt medvirkningsrett. Dersom det gjelder tilstedeværelse av helsepersonell som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp, har pasienten i utgangspunktet ingen innsigelsesrett. Det samme er tilfellet der en gynekolog ønsker hjelpepersonell til stede for å sikre seg mot at det i etterforløpet vil komme klage over utidig seksuell interesse.

Pasienten kan imidlertid nekte andre personer enn de som bidrar til helsehjelpen, muligheten for å være til stede. Dette gjelder også for eksempel studenter som utelukkende er i en opplærings-situasjon. Men tilsvarende vil ikke gjelde der en overlege og en LIS-lege vurderer samme pasient selv om dette også kan ha et veiledningsformål.

## Ikke bare gynekologer som er «uønsket»

Spørsmål om pasienters innsigelsesrett når det gjelder å motta hjelp fra helsepersonell, har vært reist ved sykehjem. Der er det tydeliggjort at pasienter ikke har noe krav på å ha norskekniske og/eller norskstalende personal ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester så lenge helse- og omsorgstjenestene kan ytes forsvarlig. For hjemmebaserte tjenester vil man kanskje prøve å imøtekomme særlige ønsker, men dette er ingen pasientrettighet.

Ved kommunale tjenester er det kommunen som har ansvaret for tildeling av tjenester og allokering av personell.

## Diskriminering av menn har forekommet

Det er lite rettspraksis på området, men en spennende sak ble avgjort av Likestillingsombudet i sak 11/2432. En vikariatutlysning ble funnet å stride mot forbudet mot direkte (kjønns) diskriminering. Det framgår av avgjørelsen:

«Et én måneders vikariat for kvinnelige leger ble utlyst av et legesenter i Oslo. Grunnen som ble oppgitt for å forbeholde vikariatet kvinner var at en del av pasientene på legens liste var kvinner fra blant annet Pakistan, Sri-Lanka og Somalia. Disse nektet å bli gynekologisk undersøkt av en mannlig lege, og legen som en skulle vikariere for var den eneste kvinnelige lege på legesenteret.

Utlysningen utgjorde direkte forskjellsbehandling på grunn av kjønn, ved at mannlige leger var utelukket fra søknadsprosessen og dermed blitt stilt dårligere enn kvinner.

Direkte forskjellsbehandling kan unntaksvis tillates, forutsatt at det foreligger tilstrekkelige tungtveiende saklige grunner, noe som innebærer at tiltaket skal være nødvendig og ikke virke uforholdsmessig inngripende overfor den som forskjellsbehandles. I denne saken fant ikke ombudet at dette var tilfellet. Det viste seg at behovet for en kvinnelig lege på legesenteret var begrenset, ved at det gjaldt kun 20–30 % av samtlige pasienter på senteret. I og med at det dreide seg om et kortvarig vikariat, kunne disse kvinner, dersom en mannlig lege hadde blitt ansatt, få en time hos den kvinnelige legen etter at hun var kommet tilbake, eller bli henvist til de øvrige kvinnelige leger/gynekologer i bydelen eller området. Ombudet fant derfor at utlysningen var i strid med forbudet mot direkte diskriminering på grunn av kjønn.»

Som ved øvrige sykehusavdelinger, sykehjem mv., må tilsvarende gjelde ved en gynekologisk avdeling.

## Hva som saklig kan tillegges betydning

Ved en gynekologisk avdeling, som ved andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten, er det arbeidsdeling, vaktplaner mv. for en faglig forsvarlig avvikling av de ulike oppgavene som må ligge til grunn for oppgavefordelingen mellom de kvalifiserte gynekologene, og tilsvarende må gjelde for leger i LIS-stillinger som skal bli gynekologer.

Etter mitt syn er det greit at pasienter blir orientert om dette ved avdelinger som opplever dette som en stor utfordring. I tråd med økende fokus på den aktuelle problemstillingen, kan det eventuelt framgå av infobrevet og/eller innkallingen at pasienter ikke kan velge lege/helsepersonell etter religion, hudfarge eller kjønn i tråd med det generelt virkende diskrimineringsforbudet, men dette burde være unødvendig.

I Dagbladet i 2016 uttalte seksjonsoverlege ved kvinneklinikken ved Rikshospitalet, Rolf Kirschner:

«Det er for øvrig merkelig at man i økende grad blottet sin nakenhet og intimitet i det offentlige og på en tv-skjerm, mens man i en klinisk situasjon ikke skal kunne gjøre det for en mannlig gynekolog.»

Ifølge Kirschner, og det er i tråd med gjeldende rett, kan ingen kreve å bli undersøkt av en kvinnelig gynekolog under et sykehusopphold, men man kan komme med et ønske. Ved Rikshospitalet fikk de imidlertid relativt sjelden slike forespørsler.

Så kan et godt begrunnet ønske selvfølgelig unntaksvis imøtekommes, og da i tråd med intensjonen i medvirkningsbestemmelsen. Et ønske kan ha bakgrunn i opplevde seksuelle overgrep, psykisk ubalanse mv., der en kvinne ønsker å bli undersøkt av kvinnelig lege.

Men dette skal i utgangspunktet bare kunne skje når det er mulig å oppfylle og basert på et begrunnet ønske fra pasientens side. Da vil medvirkningsbestemmelsen i § 3-1 være oppfylt.

## Til slutt kort om studenter

I en spesiell kommentar til pbrl. § 3-1 tredje ledd framhever jeg følgende (s. 358):

«Pasienten kan videre, som del av medvirkningsretten, bestemme at andre personer skal kunne delta under undersøkelsen eller behandlingen. Aktuelle situasjoner er for eksempel kvinner som kvier seg for å gjennomføre gynekologiske eller andre undersøkelser som følge av engstelse når det gjelder helsepersonellens opptreden. (...)

Retten for moren til å ha barnets far, eller en annen person som står henne nær, til stede under fødselen, var tidligere særlig regulert i barneloven § 1a. Bestemmelsen ble opphevet som overflødig sett i sammenheng med denne bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven, se Prop. 105 L for 2012–2013.

Pasienten kan videre nekte at andre personer, for eksempel medisinske studenter som er i en opplærings-situasjon, deltar under undersøkelse og behandling.»

Det går altså fram av forarbeidene til loven at pasienten har rett til å nekte tilstedeværelse av medisinske studenter ved undersøkelsen. Det er jo ikke av hensyn til pasienten disse eventuelt utfører gynekologisk undersøkelse, men ut fra eget opplæringsbehov. Det styrker pasientens nektingsrett i situasjonen. Da er det pedagogisk utfordrende for overlegen/LIS-legen å få pasienten til å forstå betydningen av at studenter får en klinisk opplæring som setter dem i stand til å hjelpe fremtidige pasienter. Dersom en pasient sier det er OK med kvinnelige studenter, men ikke mannlige studenter, blir dette en ytterligere pedagogisk utfordring for den ansvarlige læreren, som vil måtte meddele at dette stemmer dårlig med ønsket om likebehandling mellom kjønn og betydningen av at alle studenter stilles i samme situasjon.



# Å arbeide som sakkyndig i Norsk pasientskadeerstatning (NPE)



Internasjonale undersøkelser viser at det skjer en uheldig hendelse hos omtrent 10% av alle pasienter som blir lagt inn i somatiske sykehus (Hjort PF, Uheldige hendelser i helsetjenesten, 2011). De fleste av oss som har jobbet lenge nok i faget (spesielt i fødselshjelpen) har blitt involvert i noen av disse, og ofte oppleves det tungt.



**Irina Eide**  
Gynekolog

«Alle leger får arr, og det kan bli for mange», har Torgrim Sørnes nylig sagt i et intervju i Tidsskriftet for den norske legeforening. I intervjuet kommer han med sine originale skarpe synspunkter om situasjonen i faget vårt i dag. Teksten anbefales forøvrig å lese, for de som ikke har fått gjort det. (Tidsskr Nor Legeforen nr.6, 2022;142:512-5).

Uheldige hendelser og pasientskade håndteres på behandlingsstedene lokalt, granskes av tilsynsmyndigheter og vurderes av Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Mange av oss, spesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp, har vært involvert som sakkyndige på et eller flere av disse nivåer.

Jeg har jobbet med obstetriske saker i NPE i mange år, - først som intern seniorrådgiver fra 2009 til 2014, og deretter fra tid til annen som ekstern sakkyndig.

## NPE, pasientskadenemnda og Høyesterett

NPE er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet som behandler erstatningskrav fra pasienter. NPE avgjør om erstatningssøkere har krav på erstatning, fastsetter størrelsen på erstatningen og bidrar med statistiske data til kvalitetsforbedring og skadeforebyggende arbeid i helsetjenesten (*npe.no*).

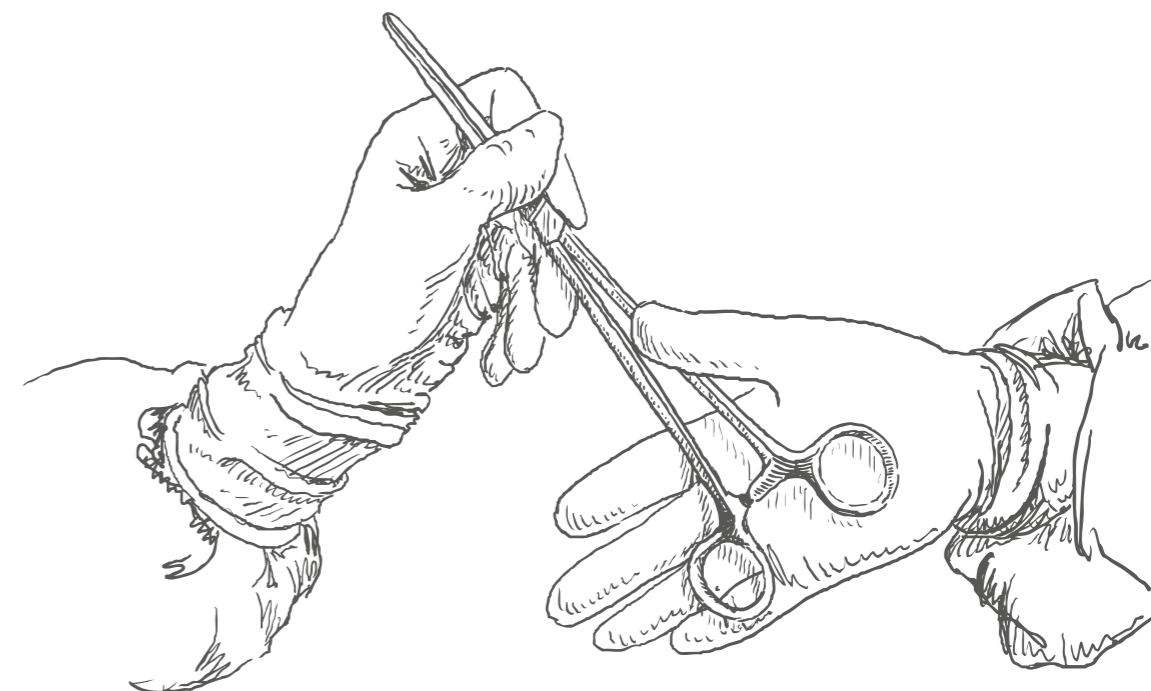
NPE ble opprettet i 1988 som en midlertidig ordning. Ordningen ble lovfestet ved at pasientskadeloven tredje i kraft i 2003 for den offentlige helsetjenesten. I 2009 ble loven utvidet til også å omfatte den private helsetjenesten. NPE skulle i utgangspunktet fungere som en midlertidig ordning i tre år, i påvente av ikrafttredelse av en ny pasientskadelov. I utgangspunktet var det Pasientskadenemnda som satt med avgjørelsesmyndigheten, men på grunn av økende saksmengde delegerte nemnda avgjørelsesmyndigheten til sitt sekretariat. Vedtak fattet av sekretariatet kunne påklages til nemnda, og i praksis vokste det frem en to-instanslig organ. Slik det fungerer nå, behandler nemnda klager på vedtak som er fattet av NPE. Dersom nemnda gir avslag, kan saken bringes inn for domstolene.

Siden 1988 har antall erstatningskrav økt fra år til år, og nå behandler NPE årlig ca. 5000 saker, hvorav fødselshjelp og kvinnesykdommer (samt skade på barn) utgjør ca. 5%. I henhold til erstatningsutbetalinger ligger vårt fag på tredje plass, etter ortopedi og onkologi. Det gis medhold i ca. en tredjedel av alle obstetriske saker som NPE behandler. Omtrent en tredjedel av søkere som får avslag velger å klage til Pasientskadenemnda. Av alle erstatningssøkere perioden i 1994-2008 fikk 32% medhold i NPE, 5% i nemnda og 2% i retten (Andreasen S., Acta Obstet Gynecol Scand 2012). I retten blir en sakkyndig innkalt som vitne.

For at pasienten skal ha rett til erstatning, må svikt i helsetjenesten være årsak til skaden. Etablering av årsakssammenheng kan være komplisert. Det klassiske eksempelet på dette er den såkalte p-pilledommen I og II. I 1974 kom den første p-pilledommen. En kvinne døde av en hjertesykdom etter å ha tatt p-pillen Anovlar, og ektemannen krevde erstatning. Anovlar var den første p-pillen som kom på det europeiske markedet i 1961 og inneholdt 50 µg etinyløstradiol og 4 mg noretisteron. Både byretten og lagmannsretten fant at kvinnens død måtte antas å stå i årsak-forbindelse med hennes bruk av Anovlar. Verken Lagmannsretten eller Høyesterett (HR) fant imidlertid denne sammenhengen. Det var også noe uklart hva slags hjertesykdom kvinnen hadde, da det var uvisst om det forelå hjerteinfarkt eller myokarditt.

Så kom det den andre p-pilledommen i 1992. En ung kvinne ble rammet av hjerneslag med betydelige lammelser, og hun mistet taleevnen. Hun hadde brukt p-pillen Lyndiol, som inneholdt 50 µg etinylestradiol og 2,5 mg lynestrenol. Røyking, traume og alkohol var andre medvirkende årsaker. Men, Høyesterett kom frem til at kvinnen ikke ville ha fått hjerneslag dersom hun ikke hadde brukt p-pillen, og at p-pillen var en nødvendig årsak til trombosen (<https://rettslaere.portfolio.no>).

Ideelt sett skulle alle som får skade i forbindelse med helsehjelp fått erstatning. Pasientskadeloven gir utvidet rett til erstatning sammenlignet med alminnelige erstatningsregler, og det er ikke noe krav om uaktsomhet. Det vil si at pasienten har krav på erstatning når skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes for svikten. Pasienten har også krav på erstatning når skaden skyldes smitte eller infeksjon, teknisk svikt ved utstyr og hvis skaden skyldes vaksinasjon. I tillegg, ved pasientskade som er særlig stor eller særlig uventet, kan det unntaksvis ytes erstatning selv om det ikke foreligger svikt ved helsehjelp.



## Arbeidet som sakkyndig

Som sakkyndig i en sak blir man ikke spurt om det foreligger svikt i helsehjelpen eller ikke, da dette avgjøres av jurister/saksbehandlere. Spørsmålet som stilles til den medisinskfaglige sakkyndige er: er den helsehjelpen som gitt til pasienten i tråd med nasjonale retningslinjer og god medisinsk praksis? Det neste spørsmålet til sakkyndige er: finnes det årsakssammenheng mellom skadevoldende handling og skaden? Det tredje spørsmålet som den sakkyndige må vanligvis svare på er hvor stor invaliditetsgrad pasienten påføres av skaden. Men, den medisinskfaglig sakkyndige fastsetter ikke størrelsen på erstatningen. Denne fastsettes av saksbehandlere.

Den sakkyndige baserer sine vurderinger på pasientenes klage, dokumentasjon i pasientjournalen og uttalelsen fra behandlingsstedet. Journaldokumentasjon er den viktigste informasjonskilde, og man får stadig påminnelser om hvor viktig god journaldokumentasjon er!

Jeg har valgt å fremheve to eksempler på erstatningssakene jeg har hatt til vurdering. Sakene er presentert noe udetaljert for at det ikke blir mulig å identifisere de involverte.

I den første saken fikk barnet permanent plexus brachialis-skade etter skulderdystoci. Mor var lavrisiko førstegangsfødende med spontane rier til termin. Hun hadde fin fremgang og trykktid på ca. 1 time. Skuldrene ble forløst ved hjelp av McRoberts manøver med suprapubisk trykk og forløsning av bakre skulder. Fødselsvekt var noe over 4000 gram, og barnet fikk fin Apgarscore. Alt var godt dokumentert i journalen. Min sakkyndige konklusjon var at fødselshjelpen ble gitt i tråd med gjeldende retningslinjer og god medisinsk praksis, og erstatningssøker fikk avslag.

I den andre saken var den førstegangsfødende indusert på grunn av langvarig vannavgang. Hun også hadde fin fremgang og trykktid på ca. 1 time. Etter forløsning av hodet utviklet det seg total risvekkelse. Det ble utført McRoberts manøver med suprapubisk trykk. Deretter beskrives det i journalen et kraftig tak i hodet, som presses hardt nedover for å forløse barnets øvre skulder. Barnet ble forløst raskt, veide litt over 4400 g og fikk relativt god Apgar-score. Senere utviklet det seg en permanent plexusskade. Jeg konkluderte med at kraftig drag nedover barnets

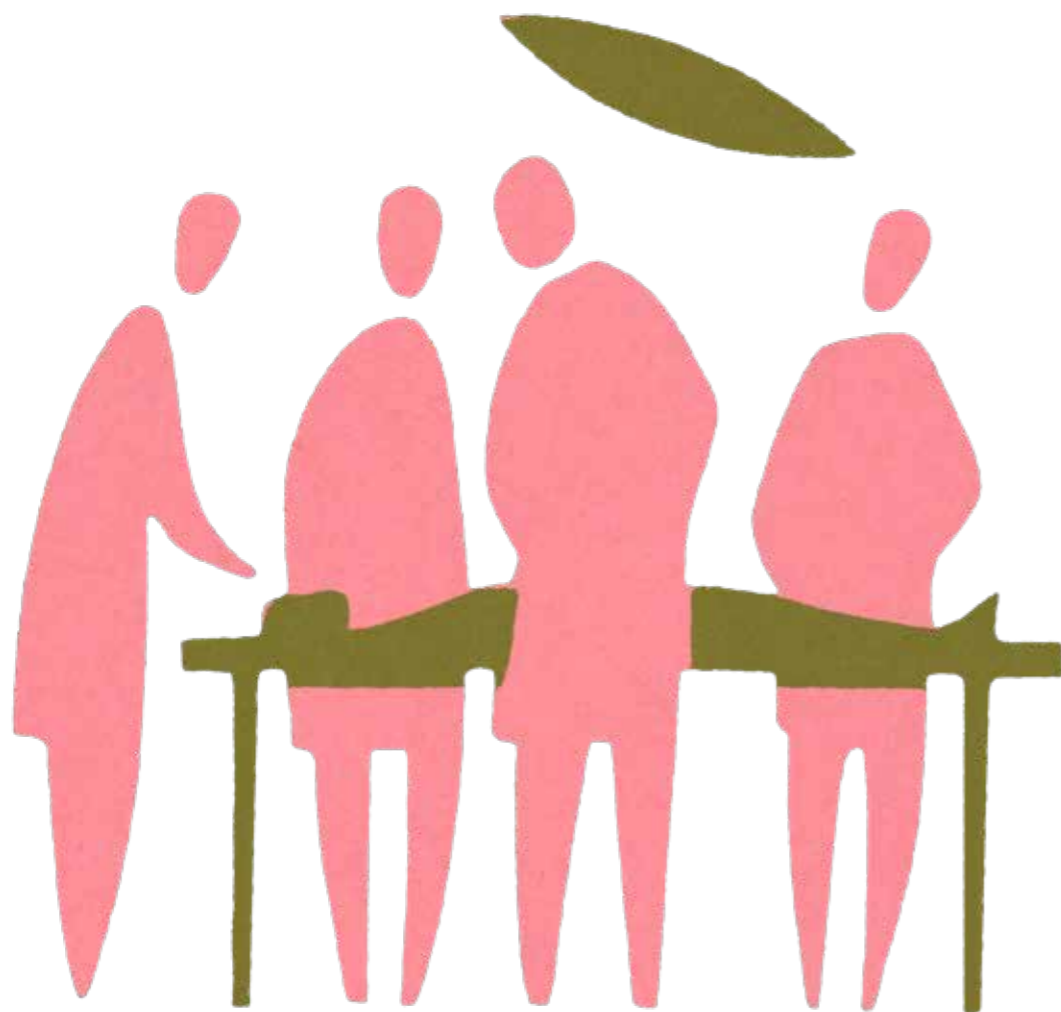
hode kunne forårsake plexusskaden, og at fødselshjelpen ikke var i tråd med gjeldende medisinske retningslinjer og prinsipper. Slik fikk erstatningssøker medhold. Man kan naturligvis diskutere hvor kraftig drag som var blitt gitt, og hvorvidt det ble forsøkt andre manøvrer. Men, en sakkyndig er nødt til å forholde seg til journaldokumentasjon i sin vurdering av saken.

Noen ganger kan avgjørende informasjon mangle i journalen. Jeg vitnet eksempelvis en gang i retten i forbindelse med en erstatningssak som jeg var sakkyndig i. Saken gjaldt en placentaløsning som årsak til alvorlig barneasfyksi. Kvinnen fikk en rask vurdering og forløsning med katastrofekeisersnitt etter innkomst, slik at det neppe kunne ha gått fortere. Men den tiden som hun måtte sitte og vente utenfor fødeavdelingen før hun ble tatt inn, samtidig som hun blødde vaginalt, ble hverken dokumentert i journalen eller tatt i betraktning i sakkyndigvurderingen. Under rettsaken ble imidlertid denne ventetiden tatt inn i vurdering, og erstatningssøkeren fikk medhold – en riktig og rettfærdig avgjørelse.

Alle kliniske situasjoner er på sin måte unike, og vi lærer stadig noe nytt mens vi jobber i faget vårt. Arbeidet som sakkyndig har beriket meg som kliniker med nytt kunnskap og nye erfaring. Det har også hjulpet meg å forstå bedre pasientenes synspunkter på vårt arbeid: hva oppfattes som riktig og feil behandling. Noen, men klart ikke alle, klagesaker kan forebygges ved grundig og ærlig pasientinformasjon og bra journaldokumentasjon.

Det å oppleve en klagesak er utfordrende. Mitt råd til yngre kollegaer for å stå tryggere i en eventuell klagesak er: søk råd og støtte hos mer erfarne kollegaer, sorg for grundig dokumentasjon av hendelsesforløp i journalen og ta deg god tid for å snakke med pasienten.

**Kort oppsummert: En medisinskfaglig sakkyndig i NPE jobber i et spennende og tverrfaglig miljø, som gir mulighet til å se faget fra en annen vinkel enn hva vi vanligvis gjør. I tillegg gir evaluering av både vanskelige og noen ganger sjeldne kasuistikker mulighet til stadig faglig oppdatering. Jeg vil oppfordre kollegaer på det varmeste å jobbe som sakkyndige.**



# Ogilvies syndrom

I løpet av kort tid hadde AHUS tre tilfeller av Ogilvies syndrom. Disse tre kasuistikkene er en påminnelse om at Ogilvies syndrom er en sjelden, men alvorlig komplikasjon, som alle gynekologer og kirurger bør kjenne til. Ved forsinket diagnostikk og behandling kan det få alvorlige konsekvenser med økt morbiditet og mortalitet. Det er derfor viktig å være offensiv ved diagnostikk og behandling ved mistanke om Ogilvies syndrom.



**Kevin Nguyen**

LIS ved Ahus og Sykehuset i Telemark



**Hege Mikalsen**

Overlege ved Ahus

## Pasient 1

Pasienten var en frisk førstegangsfødende kvinne som ble forløst med akutt keisersnitt på indikasjon truende fosterasyksi. Andre postoperative dag ble hun preget av smerter og utspilt buk. Røntgen oversikt abdomen viste dilatert cøcum på 12 cm, som ble tolket som paralytisk ileus. Påfølgende dager ble pasienten

behandlet med rektumsonde, laksantia og mobilisering. Det var passasje av luft og avføring, men pasienten hadde fortsatt smerter. Femte postoperative dag fikk hun akutt forverring av smerter på høyre side av buken. CT abdomen viste fri luft og ga mistanke om perforasjon.

Pasienten ble deretter laparotomert, med funn av fekal peritonitt med nekrose og cøkumperforasjon. Det ble utført høyresidig hemikolektomi og anlagt ileostomi. Ogilvies syndrom ble diagnostisert peroperativt. Det ble et langvarig postoperativt forløp komplisert med abscesser og infeksjon. Tre måneder senere fikk pasienten tilbakelagt sin stomi og anlagt ende-til-ende-anastomose mellom ileum og kolon. Hun ble imidlertid relaparotomert seks dager senere på grunn av sigmoideumperforasjon. Deretter ble det utført sigmoideumreseksjon og anlagt endekolostomi.

## Pasient 2

Pasienten var en frisk annegangsfødende som ble forløst med elektivt keisersnitt på indikasjon tidligere fødselsangst. Andre postoperative dag utviklet pasienten høyresidige magesmerter og økende utspilt buk. CT abdomen viste cøcum på 9 cm, som ble tolket som paralytisk ileus. Gastrokirurg ble involvert, og det ble lagt ned duodenalsonde og startet med Afipran som motilitetstimulerende middel. Tredje postoperative dag utviste pasienten klinisk bedring, men røntgen oversikt abdomen viste økende cökumdilatasjon på 11 cm. Fjerde postoperative dag ble det tatt kontroll røntgen som var uforandret. Pasienten ble dermed kirurgisk klarert på grunn av klinisk bedring. Pasienten ble utskrevet til hjemmet én uke etter keisersnittet. Hun ble imidlertid reinnlagt dagen etter utskrivelse på grunn av akutt forverring av magesmerter og forhøyede infeksjonsparametere ved innkomst. Røntgen oversikt abdomen viste da fri luft. Pasienten ble laparotomert med funn av nekroser og perforasjon i cøcum. Det ble utført høyresidig hemikolektomi og anlagt ileocolostomi. Pasienten ble peroperativt diagnostisert med Ogilvies syndrom. Det ble et langtrukket postoperativt forløp og behov for intensivbehandling grunnet sepsis og abscesser. Fem måneder senere fikk pasienten ukomplisert lagt tilbake sin stomi.

## Pasient 3

Pasienten var en frisk tredjegangsfødende som var gravid med tvillinger. Hun hadde en vaginal forløsning av tvilling 1, men et akutt keisersnitt for å forløse tvilling 2 på grunn av abruptio placenta. Andre postoperative dag utviklet pasienten sterke, høyresidige abdominale smerter og utspilt buk. Røntgen oversikt abdomen viste cøcum på 14 cm, men ingen fri luft. Pasienten fikk et gastrokirurgisk tilsyn som tolket dette som paralytisk ileus. Det ble forsøkt deflatering ved hjelp av koloskopi. Tredje postoperative dag tilkom imidlertid en akutt forverring med økte magesmerter. Et nytt røntgen oversikt abdomen viste cøcum på 13 cm og fri luft. Pasienten ble laparotomert med funn av nekrose og perforasjon i cøcum. Det ble utført høyresidig hemikolektomi og anlagt bøycenterostomi. Pasienten ble peroperativt diagnostisert med Ogilvies syndrom. Hun hadde et ukomplisert postoperativt forløp, og pasienten fikk lagt tilbake stomien ukomplisert etter tre måneder.

## Ogilvies syndrom

Ogilvies syndrom, eller akutt pseudo-obstruksjon av kolon, karakteriseres av en akutt dilatasjon av tykktarm, spesielt cøcum og høyre kolonhalvdel, uten mekanisk obstruksjon.

De fleste pasienter har bakenforliggende traume, som for eksempel kirurgi, eller alvorlige medisinske tilstander som sepsis, hjerteinfarkt, pneumoni eller langvarig respiratorbehandling. Av kirurgiske tilstander står keisersnitt for 35 % av tilfellene. Det er også i litteraturen beskrevet forekomst av Ogilvies syndrom etter vaginale fødsler.

Etiologi og patogenese er ukjent, men en hypotese er dysfunksjon av parasympatiske nervefibrer til S2-S4 som gir en atonisk distal kolon og funksjonell proksimal obstruksjon, som igjen medfører dilatasjon av cøcum og høyre colon.

Ved colondiameter over 10-12 cm er det 15% risiko for nekrose og perforasjon. Perforasjonsfaren øker også ved varighet utover 5-6 dager. Ved cøkumperforasjon og peritonitt er mortaliteten opp mot 30-50%.

## Symptomer

Det dominerende symptomet er utspilt buk, spesielt over høyre side av abdomen. Tarmlyder er oftest til stede. Generelle gastrointestinale symptomer som kvalme, oppkast og manglende passasje av avføring kan være tilstede, men i varierende grad. Økende smerter med peritoneal irritasjon og forhøyede infeksjonsparametre bør reise mistanke om tarmiskemi og cøkumperforasjon.

## Diagnostikk

Diagnostikken baseres på anamnese, klinisk undersøkelse og CT-abdomen. CT vil avdekke dilatasjon av cøcum og utelukke andre årsaker til dilatasjon, som for eksempel mekanisk ileus eller toksisk megakolon. Røntgen oversikt abdomen alene er ikke sensitiv for å stille diagnosen, men kun begrenset til å monitorere kolondilatasjon når diagnosen Ogilvies syndrom er verifisert på CT abdomen.

Ved kolondilatasjon over 10-12 cm skal man mistenke Ogilvies syndrom.

## Behandling:

Hvis cøcum er under 12 cm og det ikke er mistanke om perforasjon kan man forsøke konservativ behandling. Av konservative tiltak anbefales seponering av opioider, laksantia og antikolinergika, null per os, avlastning med nasogastrisk- og rektumsonde, korrigerende av væske- og elektrolyttforstyrrelser og mobilisering. Kontroll røntgen oversikt abdomen og blodprøver skal tas hver 12.-24. time.

Ved manglende effekt av konservativ behandling etter 1-2 døgn eller cøcum som initialt måler over 12 cm bør det gis Neostigmin. Medikamentet skal gis under nøye hjerterytmeeovervåking på grunn av fare for bradykardi. Atropin skal være tilgjengelig som antidot ved alvorlig bradykardi. Neostigmin er kontraindisert ved nylig gjennomgått hjerteinfarkt og skal anvendes med stor forsiktighet ved alvorlig hjertesykdom, bradykardi, AV-blokk, sepsis, obstruktiv lungesykdom og bruk av β-blokkere.

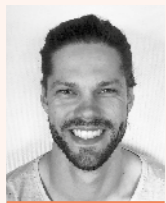
Ved kontraindikasjon for Neostigmin kan man forsøke dekompressjon ved hjelp av koloskopi. Prosedyren er teknisk vanskelig og har en perforasjonsrate på 1-3%, og bør derfor utføres av erfaren endoskopør.

Ved mistanke om tarmiskemi eller tarmperforasjon kreves det akutt kirurgisk behandling.

Sammendraget er basert på følgende kilder:

1. Uptodate, Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) ([www.uptodate.com/contents/acute-colonic-pseudo-obstruction-ogilvies-syndrom](http://www.uptodate.com/contents/acute-colonic-pseudo-obstruction-ogilvies-syndrom))
2. eHåndbok OUS, Ogilvies syndrom (akutt colon pseudo-obstruksjon) (<https://ehandboken.ous-hf.no/document/66808>)

# Kjære alle lis og FUGO-medlemmar



**Øystein Bergøy**  
FUGO-leder

Det blir ein noko kort tekst frå meg denne gongen sidan eg er i pappapermisjon, og eg har lært at i pappapermar skal ein helst gjera andre ting enn å skjøtta sitt arbeid og sine verv. Kona og eg har difor teke med oss våre tre barn, forlenga reiseforsikringa, pakka S-maxen og reist på ein tremånaderstur nedover Europa. Som gammal backpacker er det ufattelig deilig å kunna kryssa ei landegrens og tre igjen, etter to magre år i så måte.

Apropos Europa: I september vil kollegaer i spesialisering frå heile Europa koma til fleire sjukehus i Sør-Norge på ENTOG-utveksling. FUGO arbeider for tida med å gjera denne utvekslinga så bra som råd for desse. Me er heldige som har fått engasjerte kontaktpersonar på dei aktuelle sjukehusa til å hjelpa oss med å

legga til rette for ei fin oppleving for dei som kjem. Utan dokker hadde me ikkje klart det. Eg vil difor senda ei stor takk til dokker! Som tidlegare nemnd håper me at me som arbeider på utvekslingssjukehusa kan hjelpa til med å arrangera noko sosialt medan me har besøk. Siri er styrets ivrige og hardtarbeidande ansvarlege for utvekslinga. Ho har skrivne om ENTOG-utvekslinga i denne utgåva av gynekologen. Denne teksten er anbefalt lesing.

Annan anbefalt lesing er også teksten frå Alsak Vimme Solhoff om neste FUGO-kampanje. Dette er ein obestrikkampanje som me trur vil betra dei praktiske obstetrikdugleikane til alle lis ved deltakande avdelingar. Aslak leier ei arbeidsgruppe som arbeider hardt og godt for at dette skal bli ein fantastisk kampanje. Eg trur dette vil bli ein snakkis i fleire år framover, akkurat slik «boksen går» blei. Det vil bli arrangert eit kurs i haust som alle avdelingar må merka av i kalenderen. Les Aslak sin tekst for meir info.

Eg ønskjer alle ein fin sommar!

*Øystein Bergøy*

## FUGO-kurs i gynekologisk endokrinologi



**Mina Eskeland**  
LIS i Bodø, styremedlem i FUGO  
og redaksjonsmedlem i Gynekologen

Kjære alle LIS, hold av datoen 26.10!

Da blir det FUGO-kurs i gynekologisk endokrinologi med noen av de fremste i Norge på dette området, nemlig Mette Moen, Nora Johansen, Agnethe Lund og Helena Enger. Det blir en

spennende og lærerik dag med vanlige og viktige problemstillinger som amenoré, POI, PCOS og menopause. I tillegg skal Mette Moen ha et eget foredrag om menstruasjonsforstyrrelser og medikamentvalg. Dette er med andre ord en dag du ikke vil gå glipp av.

Kurset holdes i forbindelse med årsmøtet til NGF i Kristiansand, men det er egen påmelding via Legeföreningens kursside. Deltakere kan få dekket utgifter til transport og opphold gjennom Utdanningsfond III. FUGO-kursene har vært populære og fått veldig gode tilbakemeldinger over flere år. Det er begrenset med plasser og førstemann til mølla, så det er bare å melde seg på med en gang. Velkommen!

## Utdanningsprisen 2022 – hvilken avdeling er best?

FUGO har for første gang fått ansvar for å dele ut den høyt-hengende Utdanningsprisen på årsmøtet. Prisen skal gå til den avdelingen som har vært best på utdanning av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer i 2021-2022.

For å kunne kåre en vinner trenger vi din hjelp. Vi kommer til å sende ut et spørreskjema før sommeren som vi håper du tar

deg 5 min til å svare på. Du kan fylle ut skjemaet flere ganger dersom du har vært LIS flere steder i 2021-2022. Du kan også fylle ut skjemaet dersom du var LIS i 2021-2022 og nylig har blitt spesialist/overlege. Dette er en god mulighet til å få oversikt over og sammenligne hvordan LIS opplever utdanningen på de ulike sykehusene i Norge, så vi håper du bidrar.

## ENTOG Norge 2022



**Siri Øvereng Juliebø**  
LIS ved Haukeland Universitetssykehus

I år har vi endelig gleden av å være vertskap for ENTOG Exchange and Scientific Meeting 12-16. september!

Opprinnelig var Norge utpekt som vertsland i 2020, men grunnet et velkjent virus ble utvekslingen satt på vent. Vi er derfor svært stolte og spente over å omsider få vise frem norske sykehus og arbeidsmetoder til våre kolleger fra hele Europa.

ENTOG, European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology, er en non-profit organisasjon som knytter og representerer europeiske LIS i føde/gyn. Organisasjonen har 35 medlemsland og ble startet i 1992.

Hvert år velges et land ut for utveksling og faglig møte. Norge hadde sist æren av å være vertsland i 1995. Deltagerne velges ut i nasjonale prosesser, og konkurransen er hard om en slik

utvekslingsplass. Søkerne har imponerende CVer og har jobbet hardt for å få muligheten til å reise på utveksling.

Vi gleder oss stort til å ta imot våre europeiske kolleger i september, og til å vise frem Norge fra sin beste side! Deltagerne fordeles utover store og små sykehus, og skal få innsikt i hvordan livet er for en LIS-lege i Norge. Til gjengjeld får vi lære hvordan et liv som gynekolog i andre deler av Europa kan være, og ikke minst få sosialt og kulturelt påfyll, som de fleste har vært sulteforet på gjennom denne nitriste pandemien.

Jeg var så heldig å få dra på ENTOG-utveksling til Hellas i 2021, og jeg sitter igjen med minner for livet. Det var utrolig spennende å høre hvordan andre LIS i Europa jobber og sammenligne hvordan europeiske kvinners fødselshjelp varierer fra land til land.

Vi ble utrolig godt tatt imot i Hellas av gjestfrie og generøse kolleger, som både tok oss med på det som skjedde på sykehuset og tok oss med på middag og sightseeing på kveldene.

Jeg håper våre gjester vil få en minst like hyggelig opplevelse i Norge, og at alle landets avdelinger «put their best foot forward» slik at ENTOG Norge 2022 skriver seg inn i historiebøkene. Som landsmoderen sa: Det er typisk norsk å være god, er det ikke?





# Siste nytt fra spesialitetskomiteen



**Christine Hancke**

Leder av Spesialitetskomiteen

Etter omorganiseringen av spesialistutdanningen har vår rolle i spesialitetskomiteen også endret seg. En av de viktigste oppgavene våre fremover blir klinikkbesøkene.

Hensikten med besøkene nå vil være fokus på gjennomføringen av utdanningen og se at den samsvarer med utdanningsplan og søknaden om godkjenning av utdanningsinstitusjon som avdelingen har sendt til HDir.

I løpet av våren har vi kommet godt i gang! Vi har vært så heldige å få komme på besøk til Lillehammer, Ålesund og Tromsø. Vi har blitt godt tatt imot, og alle avdelingene var godt forberedt på

besøk. Det var flott å møte ledelsen, utdanningsutvalg og LIS. Vi opplevde at det gjøres mye godt arbeid for å sikre utdanning av LIS, og alle var godt i gang med implementering av ny ordning. Som tidligere er jo supervisjon en viktig del. Men nytt er det økte fokus på veiledning. Vår erfaring er at dette er godt i gang. I tillegg ser vi at sykehusene og helseforetakene har lagt ned mye ressurser for å få til et bra tilbud i FKM (felles kompetansemål), men at det enkelte plasser er noe suboptimalt organisert.

For at LIS skal oppnå læringsmål er det i vårt fag en rekke prosedyrer som skal gjennomføres. Organisering og fordeling mellom LIS av disse har nok alltid vært en utfordring. Vi opplever at det de fleste plasser er økende fokus på at LIS skal slippe til og prioriteres. Det er godt å se!

Spesialitetskomiteens råd fremover er å sette av fast tid til veiledning og prioritere gjennomføring av pålagt fordypning.

Vi planlegger nå nye besøk til høsten og gleder oss til å møte flere av dere!

# Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Gestagenpille med drospirenon<sup>1</sup>

## Slinda® fyller 1 år!\*

## Slinda® er en gestagenpille med drospirenon (4 mg)<sup>1</sup>

### 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 kjønnsormonsensitive, 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 06.04.22. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Exeltis Healthcare S.L. **Representant:** Exeltis Sverige AB, Strandvägen 7A, 114 56 Stockholm, Sverige.

Referanse: 1. Slinda preparatomtale 06.04.22. \*) Tilgjengelig i Norge siden juli 2021.

NO-SLI-0522-002

 **Exeltis**  
Rethinking healthcare

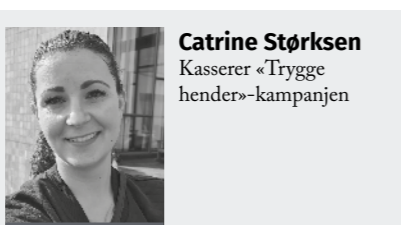


## «Trygge hender» – Strukturert utdanning av LIS i fødselsmekanikk og praktisk obstetrikk

Kjære kollegaer! FUGO lanserer kampanjen «Trygge hender» høsten 2022. Hensikten er å gi utdanningskandidater i fødselshjelp og kvinnesykdommer redskaper til å trene opp grunnleggende manuelle ferdigheter som benyttes på fødestuen – helt fra starten av spesialiseringen.



**Aslak Vimme Solhoff**  
Leder «Trygge hender»-kampanjen



**Catrine Størksen**  
Kasserer «Trygge hender»-kampanjen



**Per Kristen Teigen**  
Sekreter «Trygge hender»-kampanjen

GETPRO (Guided Expertise Training Program in Obstetrics) er et strukturert utdanningsprogram innen fødselsmekanikk og praktisk obstetrikk utviklet av overlege Johanne Kolvik Iversen. Programmet er testet ut ved Haukeland Universitetssykehus og Ullevål Universitetssykehus med svært gode erfaringer.

Målet med «Trygge hender»-kampanjen er å spre GETPRO til alle fødeavdelinger i hele Norge. Dette gjøres ved å kurse en eller to overleger (avhengig av antall LIS på avdeling) i teoretisk og praktisk undervisning, slik at de blir sertifiserte «Trygge hender»-instruktører. «Trygge hender»-instruktørene vil deretter kunne utdanne LIS på sin lokale avdeling. Instruktørkurs for overleger arrangeres 24.-25. september 2022 og er fullfinansiert gjennom midler fra NGF og legeföreningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

På årsmøtet for 2022 går startskuddet for kampanjen. Læringsmaterialet for «Trygge hender» (teori og video) med tilhørende praktisk undervisning vil da bli distribuert i tre forskjellige moduler:

- Modul 1: Fødselsmekanikk og strukturert klinisk undersøkelse
- Modul 2: Operativ vaginal forløsning (inkl tang, vakuum, skulderdystoci, pudendal og manuell rotasjon)
- Modul 3: Forløsning av seteleie & tvillinger

Hver modul inkluderer video, teoretisk eksamen og praktiske øvelser. Modulene vil lanseres kronologisk og på ulike tidspunkter gjennom kampanjens varighet.

Ved gjennomført teori og video inkludert teoretisk eksamen i hver enkelt modul, tar LIS kontakt med avdelingens «Trygge hender»-instruktør. Praktisk undervisning og eksamen gjennomføres en-til-en på obstetrisk fantom.

Invitasjon for å delta i kampanjen sendes i disse dager ut til ledere for alle Norges fødeavdelinger. Mer informasjon legges ut på FUGOs hjemmesider: <https://www.legeföreningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-förening/fugo/>

Vil du heve avdelingens obstetriske kunnskapsnivå? Vil du sørge for at nye LIS i avdelingen har tilgang på strukturert opplæring i praktisk obstetrikk fra oppstart spesialisering? Vil du sørge for trygghet på fødestuen både for jordmor, lege, mor og barn? Engasjer deg, og meld din avdeling til deltagelse – nå!

Med vennlig hilsen  
Prosjektgruppen for «Trygge hender» v/  
Per Kristen Teigen, Catrine Størksen & Aslak Vimme Solhoff

**Gelisse**  
Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

VAGINALGEL 50 µg/g; 1 g inneh.: 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: For 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. Kjønnorganer/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100): Hud: Prurigo. Infeksjoner: Candidiasis. Kjønnorganer/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](http://www.legemiddelsok.no). Refusjon/Byttegruppe: -/- . Reseptgruppe C.

**Referenser:**  
1. SPC Gelisse<sup>®</sup>, 04.2017, [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no)  
2. Cano et al. Menopause, 2012; 19 (10): 1130-9.  
3. Caruso S et al. Menopause 2016; 23 (1): 47-54.  
4. Delgado et al. Climacteric 2011; 14 (1): 66.

# Behandling ved vaginal atrofi

Gelisse<sup>®</sup> (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi<sup>1</sup>.

**EFFEKT**  
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne<sup>1-4</sup>

**SIKKERHET**  
Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose<sup>1,4</sup>

**VAGINALGEL**  
Adhesiv, smørende og lindrende<sup>1</sup>

**RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL**

# Gelisse<sup>®</sup>

50 µg østriol/g vaginalgel

CampusPharma AB, Karl Gustavsg. 1A, 411 25 Göteborg, Sverige | Tel: +46 (0)31 20 50 20 | [www.campuspharma.se](http://www.campuspharma.se)

C2111-4-2021-09

# Første obstetriske guidelinemøte

## Losby Gods, 22-24 april 2022

For aller første gong var det obstetriske miljøet samla for å revidere utvalde kapitler frå rettleiaren, inspirert av det danske Sandbjergmøtet. Gynekologen var sjølvsgatt til stades, og kan dele alle intime detaljar med våre trufaste lesarar.



**Ragnar Kvie Sande**

NGF-leder og tidligere medredaktør i Gynekologen

Norsk Gynekologisk Forening har regelmessig oppdatert våre tre rettleiarar (rettleiar i gynekologi, rettleiar i gynekologisk onkologi og rettleiar i obstetrik), etter skippertaksmetoden. Etter kvart som den medisinske utviklinga har gått sin gang og faget har blitt stadig meir komplisert, har dette arbeidet blitt meir omfattande, og redaktørane har stått overfor stadig større arbeidsoppgåver. Dansk Gynekologisk Forening har lagt seg på ein annan modell, der ein samlar fagmiljøet til eit årleg møte på Sandbjerg (kreativt kalt Sandbjergmøtet), og reviderer utvalde rettleiarkapittel.

Det har lenge vore eit ynskje om å få til noko liknande i Norge. Tilsvarande lenge har det blitt med ynskjet. Så kom Johanne Kolvik Iversen.

Med ei lita, men trufast gruppe våpendragarar har ho trassa covid, avlysning og flytting, på rekordtid fått møtet godkjent av Legeforeningen og piska inn eit førtitals obstetrikarar til ærverdige Losby Gods ei helg seint i april. Møtet starta fredag ettermiddag med høgtideleg opning, revisjon av kapittelet om seteleie og ytre vending og ein uformell samankomst på kvelden. Det reviderte rettleiarkapittelet vil om kort tid bli tilgjengeleg på nettsidene til Norsk Gynekologisk Forening.

Laurdag starta friskt med revisjon av kapittelet om fosterovervaking, der temperaturen var høg og frontane steile. Likevel klarte rutinerte kapittelforfattarar og diplomatiske møteleiarar å

lande ein omforent revisjon av kapittelet (Figur 1). Neste punkt på programmet var revisjon av kapittelet om preterm fødsel. Også her vart det frisk debatt, særleg kring dei vanskelege vala vi står overfor med dei aller mest premature. Også her kom ein likevel fram til brei einigheit. Fasit vil om kort tid bli tilgjengeleg på nettsidene til Norsk Gynekologisk Forening.

Etter lunch var det lagt inn tid til fysisk aktivitet, eller i alle fall høve til å trekke frisk luft. Dei aller sprekaste gav seg ut på ein ni kilometer joggetur i vakker natur (figur 2), medan andre gjekk for mindre strabasiose alternativ (figur 3). Faglege debattar heldt fram i mindre fora (figur 4 og figur 5).

Etter lunch og diverse naturopplevingar gjekk møtet laus på kapittelet om overtid, der ein reduserte talet på spesialistkontrollar hos kvinner med høg BMI, til glede for ansvarlege ved poliklinikkar landet over. Deretter tok ein for seg handtering av svangerskap post term, der enkelte meiner at landets fødselslegar ikkje er einige. På Losbymøtet var miljøet svært samstemt; det vart einstemmig avvist å indusere alle fødslar ved 41+0. Etter ein grundig diskusjon kom ein også fram til brei einigheit om eit fornuftig kontrollregime for kvinner som går over termin. Dagens siste faglege innlegg var kapittelet om induksjon av fødsel, der fleire store norske studier er på gang.

Festmiddagen vart rutinert leia av den sindige og engasjerte sørlending Ferenc Macsali. Det vart avsynging av dei to første versa av den nyskrivne Losbymøtesongen, der ein legg opp til å skrive eit nytt vers kvart år. Vidare var det høgtideleg overrekking

av den nyinnstifta utmerkinga Den Gyldne Tang (så nyinnstifta at trofeet lukta maling og tangbrasjane hadde ein lei tendens til å klistre seg saman). Anne Flem Jacobsen var ein verdig mottakar av denne aller første Gyldne Tang (figur 6). Etter middagen trekte delegatane inn i biblioteket og heldt fram den faglege diskursen over eit lite glas (figur 7). Ved midnatt var det høgtideleg markering av Katarina Laine, som fylte 60 år 24/4. Jubilanten sjølv takka for merksemda og hevda i fullt alvor at Losby Gods med eit obstetriske kollegium var den beste måten å markere dagen.

Søndagen starta med revisjon av kapittelet om stimulering av rier. Fokuset på debatten var dei nye retningslinjene frå WHO, som møtet ikkje fann grunn til å anbefale implementert i Norge på det noverande tidspunktet. Den faglege delen av møtet vart avslutta ved ein diskusjon om informert samtykke i fødselshjelpa, med utgangspunkt i ei sørgeleg historie frå OUS. Styret i Norsk Gynekologisk Forening har sett ned ei gruppe som skal sjå på dette, og alle ventar spent på utfallet av arbeidet.

Den faglege delen av møtet var utan tvil vellykka, det var stor grad av einigheit om innhaldet i dei reviderte kapitla, også der temperaturen i debatten var høg. Det var ei betydeleg overvekt av overlegar frå våre største sjukehus, så det vil ved eventuelle seinare møte vere viktig å mobilisere LIS og legar frå mindre sjukehus. Møtet vart vurdert som vellykka av delegatane, og det vil bli gjenstand for ytterlegare evaluering frå kvalitetsutvalet. Arbeidsmetoden verkar imidlertid lovande, og det er all grunn til å tru at dette var det første av mange Losbymøte.



Figur 1: Det var til dels høg temperatur og stort engasjement i diskusjonen om overvaking i fødsel.

Figur 2: Spreke joggarar ved Halsjøen.

Figur 3: Kevin Oppegaard nyt naturen ikledd propert ettermiddagsantrekk.

Figur 4: Spontan fagleg diskusjon i smågrupper. Kevin Oppegaard forklarar kvar skapet skal stå.

Figur 5: Trond Michelsen absorberer visdom.

Figur 6: Anne Flem Jacobsen var første mottakar av det prestisjetunge trofeet «Den Gyldne Tang».

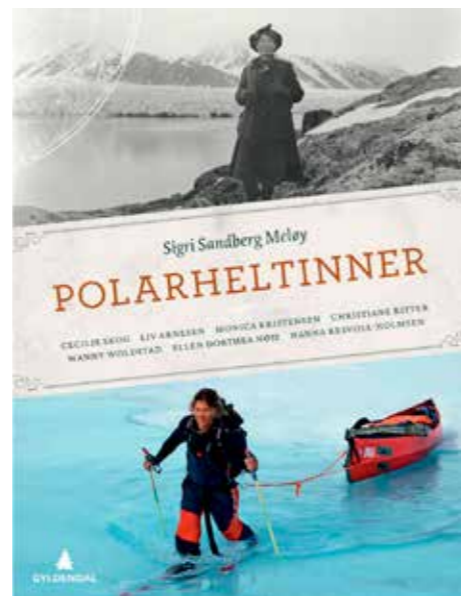
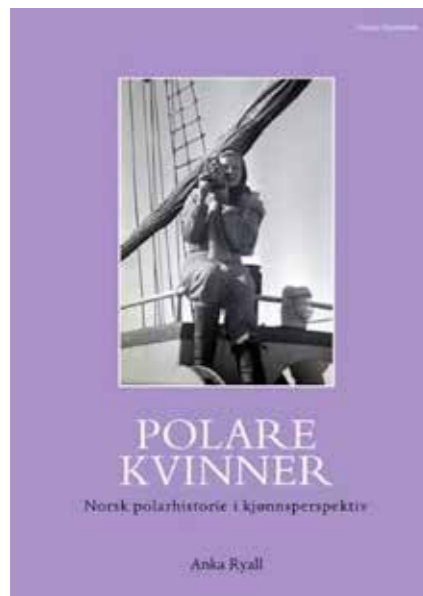
Figur 7: Fagleg diskusjon i biblioteket på Losby Gods.



Gynekologen anbefaler litteratur med (varierende grad av) faglig relevans

Denne gangen:

## Polare kvinner – polare heltinner!



**Kristine Amundsen**  
Overlege ved KK UNN Tromsø

Når sommervarmen blir for trykkende og du ønsker å drømme deg bort fra legeliv og lange vakter, inviteres du herved ut på en spennende litterær reise til polare strøk med sterke kvinner. Om du har besøkt polare regioner eller ei, vil nok disse tre bøkene vekke reise- og oppdagerlyst hos mange!

Anka Ryall, litteraturviter og professor emerita i kjønnsforskning ved UiT Norges arktiske universitet, har flere bøker bak seg om tematikken kvinner og reiser. Boken *Polare kvinner* henvender seg til et allment leserpublikum og tar utgangspunkt i et arkivmateriale i biografiarkivet på Norsk Polarinstitutt i Tromsø. Her har hun fordypet seg for å finne ut hvor kvinnene har blitt av i heltehistoriene fra norsk polarhistorie.

I boken blir den kjente fangstkvinnen Wanny Woldstads liv beskrevet, men også helt ukjente kvinner som fulgte med på ekspedisjoner og deltok i fangst- og ekspedisjonsliv som husmødre, sekretærer og forskere har fått en plass i boken.

Østerrikeren Christiane Ritter er viet et helt kapittel. Hennes egen historie om overvintring sammen med sin fangstmann på Gråhuken langt nord på Svalbard på midten av 1930-tallet er nedskrevet i hennes bok *Eine Frau erlebt die Polarnacht*. Hennes bok, illustrert av hennes egne akvareller, kan også varmt anbefales i tysk, norsk eller engelsk utgave.

Graviditet, fødsel og barseltid forekommer også i kvinnenes polarhistorie. Selv om det ikke var vanlig, ble det født enkelte barn under overvintring. I 1939 ble det født «en stor velskapt pike» på den norske meteorologiske stasjonen på Torgilsbu på Sørøst-Grønland. Barnets mor var blitt med på overvintring som kokk, et første brudd med «det stålharde prinsipp om å ikke sende kvinner med på overvintring». Man ønsket naturligvis å unngå graviditet og fødsler langt fra medisinsk hjelp. I dette tilfellet fungerte barnefar som fødselshjelper og sto i direkte telegrafisk forbindelse med KKB. Alt forløp vel.

For Ellen Dorte Nøis (1891-1961) var nok fødselsopplevelsen en annen da hun for 100 år siden fødte sin sønn alene i den lille fangsthytten i Tempelfjorden. Hennes skjebne er beskrevet i boken *Polarheltinner* av forfatteren Sigri Sandberg Meløy. I boken kan vi også stifte nærmere bekjentskap med mer moderne polare kvinner som Liv Arnesen, Cecilie Skog og Monica Kristensen.

God lesing!

ANGUSTA®  
(misoprostol)

ANGUSTA®  
- en hjelpende hånd

ANGUSTA® 25 µg misoprostol  
tablett er indisert til  
induksjon av fødsel<sup>1</sup>



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 arrev 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 m<sup>2</sup>). **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 25 µg hver 2. 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 placentalosning, 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 rabbertert 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

# Saxenda® (liraglutid)

## – GLP-1-analog til behandling av overvekt og fedme<sup>1</sup>

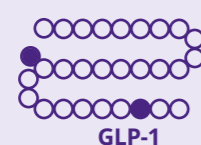
Som supplement til

-  diett/sunt kosthold
-  økt fysisk aktivitet

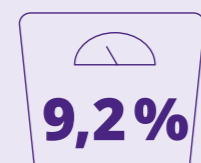


### Har du pasienter som ønsker å gå ned i vekt?

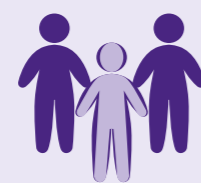
68 % av personer med overvekt ønsker at legen initierer en samtale om overvekt<sup>2</sup>



97 % likt humant GLP-1<sup>3</sup>



9,2 % vektreduksjon observert for pasienter som stod på Saxenda® i 1 år<sup>3,4#</sup>



1 av 3 pasienter går ned >10 % av kroppsvekt<sup>4</sup>

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

\* SCALE Fedme og prediabetes er den største studien på Saxenda®.<sup>4</sup> 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 %.<sup>4</sup>

### Saxenda® indikasjoner<sup>1</sup>

#### 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 $\geq 12$ år:

Saxenda® er indisert som supplement til et sunt kosthold og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom  $\geq 12$  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](http://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  $\geq 4$  %.

**For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)**

### Saxenda® refusjon og pris<sup>6</sup>

Saxenda® refunderes per i dag etter søknad til HELFO om individuell refusjon<sup>7</sup> for voksne med følgende BMI, eller ungdom  $\geq 12$  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 tilleggssykdom eller
  - en tilleggsslidelse/-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) pris<sup>8</sup>

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 sikkerhetsinformasjon<sup>9</sup>

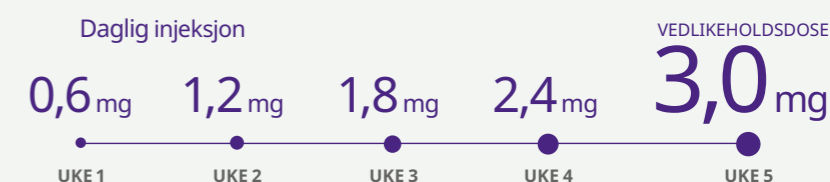
- Hyppigst rapporterte bivirkninger er gastrointestinale (svært vanlige  $\geq 1/10$ ), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse og oppkast. De fleste episodene var milde til moderate, og forbigående (avtok innen noen få dager eller uker). Unngå væskemangel
- Gallesten og kolecystitt: Høyere frekvens observert, 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 $\geq 75$ 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<sup>8,10</sup>

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](http://www.saxenda.no)



Novo Nordisk Norway AS  
Nydalsveien 28 · Postboks 4814 Nydalen · 0484 Oslo  
E-post: [Kundeservice-norge@novonordisk.com](mailto:Kundeservice-norge@novonordisk.com) · [www.novonordisk.no](http://www.novonordisk.no)

**Saxenda®**  
liraglutid injeksjon

# 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!

### Treatment of apical vaginal prolapse with minimal mesh repair (Uphold): patient-reported long-term outcomes and mesh-related complications

Anne Munch, Susanne Greisen, Susanne Maigaard Axelsen, Karl Møller Bek, Marianne Glavind-Kristensen

First published: 12 February 2022  
<https://doi.org/10.1111/aogs.14322>

#### Introduction

To evaluate patient-reported outcomes and clinical findings after surgery for apical prolapse with the transvaginal Uphold mesh technique. Moreover, to evaluate the rate of mesh-related complications.

#### Material and Methods

A historical cohort study of patients who underwent surgery from January 1, 2012 to April 30, 2019, at Aarhus University Hospital, Denmark. Pelvic examination and patient completion of questionnaires were performed in 2018–2019. Information on adverse events and reoperations was obtained from medical records.

#### Results

A total of 240 patients were operated on using the Uphold mesh, 89% due to recurrent prolapse. Follow-up was attended by 192 patients (80%). Median follow-up time was 30 months, interquartile range 19–52. During follow-up, 29 patients (15%) underwent reoperation due to prolapse and are considered failures. Among the remaining, patient satisfaction was high. Thus, average score for pelvic symptoms affecting daily life was 2, on a scale of 0–10, where 0 represents no symptoms. The Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) had an average score of 6.4 (1: very much worse; 7 very much better). Preoperatively, 89.5% of the women had grade 2 or more apical prolapse, whereas at follow-up, this was only 6.1%. Perioperative heavy bleeding needing embolization was observed in one patient (0.5%). Two patients had serious constriction of the ureter and needed re-operation. Postoperative complications, primarily temporary voiding problems, were observed in 15 patients (8%). Complications during the follow-up period were registered in 23 patients (12%); eight of these were mesh erosions. Due to complications, 11 patients (6%) needed re-operation.

#### Conclusions

The study confirms that the Uphold procedure in a centralized set-up is a procedure with high patient-reported satisfaction even in a population characterized by a high proportion of recurrent prolapse. Moreover, the procedure seems safe with acceptable complication rates.

### The impact of the introduction of intrapartum fetal ECG ST segment analysis. A population study

Ellen Blix, Anne Eskild, Irene Skau, Jostein Grytten

First published: 14 March 2022  
<https://doi.org/10.1111/aogs.14347>

#### Introduction

ST segment analysis (STAN) of the fetal electrocardiogram was introduced as an adjunct to cardiotocography for intrapartum fetal monitoring 30 years ago. We examined the impact of the introduction of STAN on changes in the occurrence of fetal and neonatal deaths, Apgar scores of <7 at 5 min, intrapartum cesarean sections, and instrumental vaginal deliveries while controlling for time- and hospital-specific trends and maternal risk factors.

#### Material and Methods

Data were retrieved from the Medical Birth Registry of Norway from 1985 to 2014. Individual data were linked to the Education Registry and the Central Person Registry. The study sample included 1 132 022 singleton births with a gestational age of 36 weeks or beyond. Information about the year of STAN introduction was collected from every birth unit in Norway using a questionnaire. Our data structure consisted of a hospital-year panel. We applied a linear probability model with hospital-fixed effects and with adjustment for potentially confounding factors. The prevalence of the outcomes before and after the introduction of STAN were compared within each birth unit.

#### Results

In total, 23 birth units, representing 76% of all births in Norway, had introduced the STAN technology. During the study period, stillbirths declined from 2.6 to 1.9 per 1000 births, neonatal deaths declined from 1.7 to 0.7 per 1000 live births, babies with Apgar score <7 at 5 min after birth increased from 7.4 to 9.5 per 1000 births, intrapartum cesarean sections increased from 6.4% to 9.5%, and instrumental vaginal deliveries increased from 7.8% to 10.9%. Our analyses found that the introduction of STAN was not associated with the decline in proportion of stillbirths ( $p=0.76$ ) and neonatal deaths ( $p=0.76$ ) or with the increase in intrapartum cesarean sections ( $p=0.92$ ) and instrumental vaginal deliveries ( $p=0.78$ ). However, it was associated with the increased occurrence of Apgar score <7 at 5 min ( $p=0.01$ ).

#### Conclusions

There is no evidence that the introduction of STAN contributed to changes in the rates of stillbirths, neonatal deaths, intrapartum cesarean sections, or instrumental vaginal deliveries. There was an association between the introduction of STAN and a small increase in neonates with low Apgar scores.

### Multivitamin use and risk of preeclampsia: A systematic review and meta-analysis

Cecilie Holm Christiansen, Stinne Høgh, Line Rode, Jeppe Bennekou Schroll, Hanne Kristine Hegaard, Hanne Trap Wolf

First published: 07 April 2022  
<https://doi.org/10.1111/aogs.14356>

#### Introduction

Preeclampsia is associated with adverse maternal and neonatal outcomes. It is unclear whether multivitamin use reduces the risk of preeclampsia. This systematic review and meta-analysis aimed to evaluate the association between multivitamin use and the risk of preeclampsia.

#### Material and methods

We searched PubMed, Embase and the Cochrane Library from database inception to July 2021. Randomized controlled trials (RCTs), case-control and cohort studies assessing the association between multivitamin use and risk of preeclampsia were eligible. Studies of treatment with a single micronutrient were excluded. Relative risks and 95% confidence intervals (95% CI) were calculated using random-effects models. RoB2, the Newcastle Ottawa Scale and GRADE were used to assess risk of bias and quality of evidence. The protocol was registered in PROSPERO (no. CRD42021214153).

#### Results

Six studies were included (33 356 women). Only two RCTs were found, both showing a significantly decreased risk of preeclampsia in multivitamin users. These studies were not compatible for meta-analysis due to clinical heterogeneity. A meta-analysis of observational studies using a random-effects model showed an unchanged risk of preeclampsia following multivitamin use (relative risk 0.85, 95% CI 0.69–1.03). The quality of evidence according to GRADE was very low.

#### Conclusions

Very weak evidence suggests that multivitamin use might reduce the risk of preeclampsia; however, more research is needed. Large RCTs should be prioritized. The results of this review do not allow any final conclusions to be drawn regarding a preventive effect of multivitamin use in relation to preeclampsia.

### Complications after advanced ovarian cancer surgery—A population-based cohort study

Charlotte Palmqvist, Hanna Michaëlsson, Christian Staf, Mia Johansson, Per Albertsson, Pernilla Dahm-Kähler

First published: 11 April 2022  
<https://doi.org/10.1111/aogs.14355>

#### Introduction

Surgical complications after primary or interval debulking surgery in advanced ovarian cancer were investigated and associations with patient characteristics and surgical outcomes were explored.

#### Material and methods

A population-based cohort study including all women with ovarian cancer, FIGO III–IV, treated with primary or interval debulking surgery, 2013–2017. Patient characteristics, surgical outcomes and complications according to the Clavien–Dindo (CD) classification system  $\leq 30$  days postoperatively, were registered. Uni- and multivariable regression analyses were performed with severe complications ( $CD \geq III$ ) as endpoint. PFS in relation was analyzed using the Kaplan–Meier method.

#### Results

The cohort included 384 women, where 304 (79%) were treated with primary and 80 (21%) with interval debulking surgery. Complications  $CDI-V$  were registered in 112 (29%) patients and  $CD \geq III$  in 42 (11%). Preoperative albumin was significantly lower in the  $CD \geq III$  cohort compared with  $CD 0-II$  ( $P = 0.018$ ). For every increase per unit in albumin, the risk of complications decreased by a factor of 0.93. There was no significant difference in completed chemotherapy between the cohorts  $CD 0-II$  90.1% and  $CD \geq III$  83.3% ( $P = 0.236$ ). In the univariable analysis; albumin  $< 30$  g/L, primary debulking surgery, complete cytoreduction and intermediate/high surgical complexity score (SCS) were associated with  $CD \geq III$ . In the following multivariable analysis, only intermediate/high SCS was found to be an independent significant prognostic factor. Low ( $n = 180$ ) vs intermediate/high SCS ( $n = 204$ ) showed a median PFS of 17.2 months (95% confidence interval [CI] 15.2–20.7) vs 21.5 months (95% CI 18.2–25.7), respectively, with a significant log-rank;  $P = 0.038$ .

#### Conclusions

Advanced ovarian cancer surgery is associated with complications but no significant difference was seen in completion of adjuvant chemotherapy when severe complications occur. Importantly, our study shows that intermediate/high SCS is an independent prognostic risk factor for complications. Low albumin, residual disease and primary debulking surgery were found to be associated with severe complications. These results may facilitate forming algorithms in the decision-making procedure of surgical treatment protocols.



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 pasientfornøydhet 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 springssystem

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



- 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](mailto:magnus.sordal@medicus.no),  
 mobil: +47 918 88 118

**The evidence behind the use of LASER for genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy, urinary incontinence and lichen sclerosus: A state-of-the-art review**

Olivia Engholt Mortensen, Sarah Emilie Christensen, Ellen Løkkegaard

First published: 28 April 2022  
<https://doi.org/10.1111/aogs.14353>

**Abstract**

In recent years, LASER has been introduced as a minimally invasive treatment for a broad range of vaginal and vulvar symptoms and diseases. However, the efficacy and safety of vaginal and vulvar LASER has continuously been questioned. The aim of this study is to create an overview of the current literature and discuss the controversies within the use of LASER for genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy, urinary incontinence and lichen sclerosus. A search string was built in PubMed. The search was commenced on August 25, 2021 and closed on October 27, 2021. Two authors screened the studies in Covidence for inclusion according to the eligibility criteria in the protocol. The data were extracted from the studies and are reported in both text and tables. This review included 114 papers, of which 15 were randomized controlled trials (RCTs). The effect of LASER as a vaginal treatment was investigated for genitourinary syndrome of menopause in 36 studies (six RCTs), vulvovaginal atrophy in 34 studies (four RCTs) and urinary incontinence in 30 studies (two RCTs). Ten studies (three RCTs) investigated the effect of vulvar treatment for lichen sclerosus. Half of the included RCTs, irrespective of indication, did not find a significant difference in improvement in women treated with vaginal CO2 or Er:YAG LASER compared with their respective controls. However, most non-comparative studies reported significant improvement after exposure to vaginal or vulvar LASER across all indications. Included studies generally had a short follow-up period and only a single RCT followed their participants for more than 6 months post treatment. Adverse events were reported as mild and transient and 99 studies including 51 094 patients provided information of no serious adverse events. In conclusion, this review found that the effect of vaginal and vulvar LASER decreases with higher study quality where potential biases have been eliminated. We therefore stress that all patients who are treated with vaginal or vulvar LASER should be carefully monitored and that LASER for those indications as a treatment should be kept on a research level until further high-quality evidence is available.

**Maternal beta-blocker dose and risk of small-for-gestational-age in women with heart disease**

Ingvil Krarup Sørbye, Randi Haualand, Henriette Wiull, Anne-Sofie Letting, Eldrid Langesæter, Mette-Elise Estensen

First published: 25 April 2022  
<https://doi.org/10.1111/aogs.14363>

**Introduction**

Beta-blockers are prescribed for many pregnant women with heart disease, but whether there is a dose-dependent effect on fetal growth remains to be examined. We aimed to investigate if antenatal beta-blocker use and dose were associated with delivering a small-for-gestational-age infant among women with heart disease.

**Material and methods**

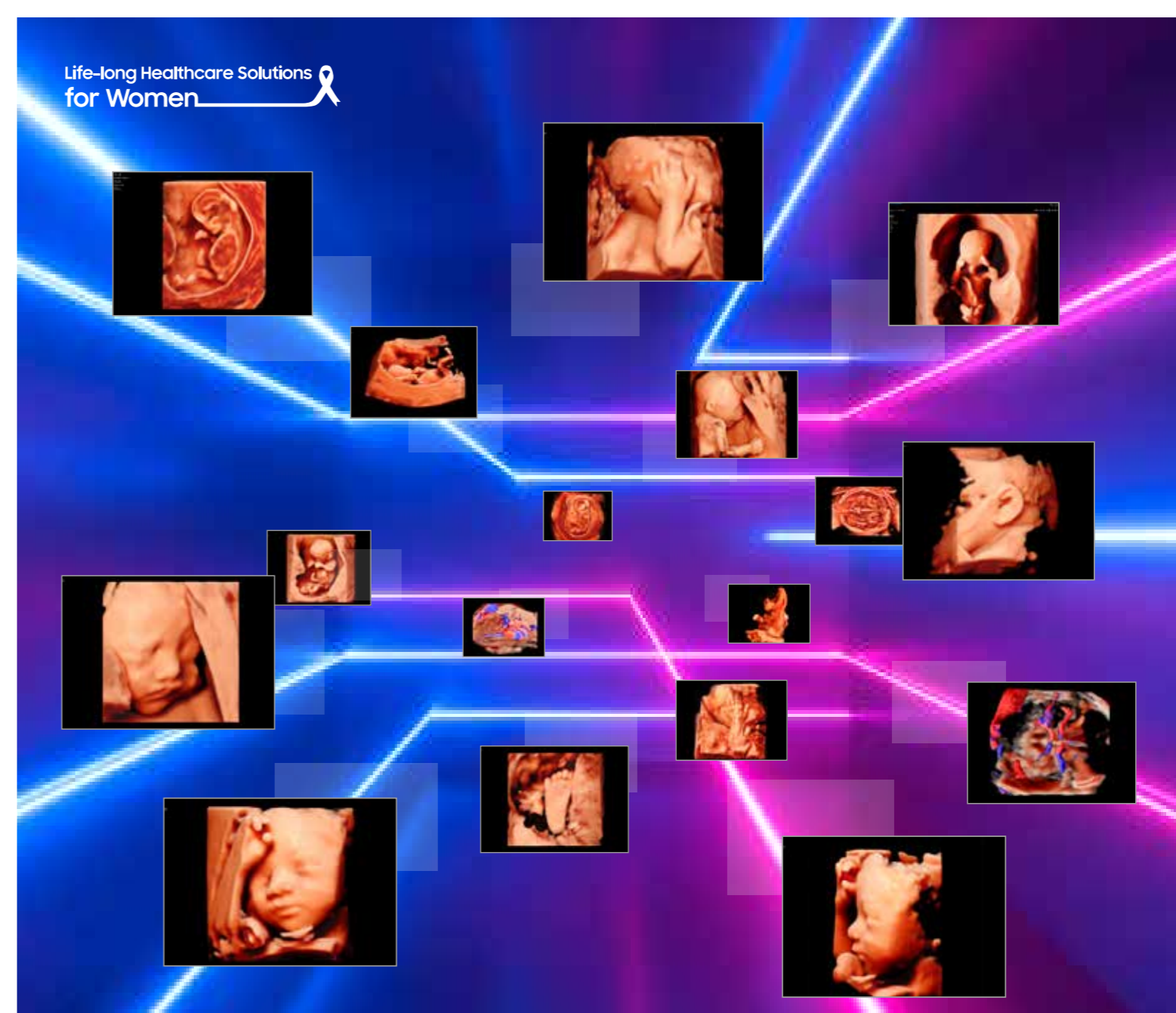
Our cohort included women with heart disease who delivered at Oslo University Hospital between 2006 and 2015. Maternal heart disease was classified into modified WHO risk scores. Women with beta-blocker treatment were dichotomized into whether they had been treated with a low or high dose based on clinical factors. We compared the risk of delivering a small-for-gestational-age infant in women exposed to high doses, low doses, or with no exposure to antenatal beta-blockers while adjusting for severity of maternal heart disease in logistic regression models.

**Results**

Of a total of 540 pregnancies among women with heart disease, 163 (30.2%) were exposed to beta-blocker treatment. The majority were treated with metoprolol (86.5%). Almost twice as many babies in the beta-blocker group were small-for-gestational-age, compared with the non-exposed group (19.8 vs 9.5%,  $P < 0.001$ ). Women using a high-dose beta-blocker had a five-fold increased risk of delivering a small-for-gestational-age infant compared with non-exposure (adjusted odds ratio [aOR] 4.89, 95% confidence interval [CI] 2.22–10.78,  $P < 0.001$ ). Women using a low dose of beta-blocker had a two-fold increased risk of delivering a small-for-gestational-age infant; however, the confidence interval included the null (aOR 1.75, 95% CI 0.83–3.72,  $P = 0.143$ ). Results when restricting the analyses to metoprolol showed the same pattern, but with attenuation of risks.

**Conclusions**

We found a five-fold increased risk of delivering a small-for-gestational-age infant in women with heart disease treated with a high dose of beta-blocker, and a two-fold increased risk among those treated with a low dose, showing an apparent dose-response relation. Close monitoring of fetal growth is warranted among women with heart disease treated with beta-blockers. As drug therapy in pregnancy concerns both mother and fetus, an optimum balance for both should be the goal.



**Experience astonishing 3D image technologies**

See truly amazing three-dimensional images of your child's features and movements. And as the real like images help you bond with your precious little one, they'll also be helping your doctor to provide the most comprehensive examination possible.

**V8**  
 Step up confidence



**Inter-Medical AS**  
 Grini Næringspark 31 | 361 Østerås  
 Tlf: 61146300 | Mobil: 40 61 49 40





VEDTATT INNFØRT I  
BESLUTNINGSFORUM

**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.**

Innført av Beslutningsforum den 22. oktober 2021

**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<sup>1</sup>:**

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 inkludert 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 behandlende leges mening kan dra nytte av videre behandling kan behandles i mer enn to 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 behandlende leges mening kan dra nytte av videre behandling kan

behandles i mer enn to 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. Amning 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](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lynparza-epar-product-information_en.pdf)