

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

4 • 2016



Fødselsmekanikk

Intervju med Rolf Kirschner s. 10

Norske Kvinners Sanitetsforening s. 23

Norge Rundt i Tønsberg s. 50



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Klager dine OAB pasienter over munntørhet?



Ta en samtale om overaktiv blære (OAB) med dine pasienter

- Den første β_3 -agonisten mot overaktiv blære^{1,2}
- Effekt på alle OAB-symptomer^{1,2}
- Munntørhet på placebonivå^{1,2}

Les alltid preparatomtalen før du forskriver Betmiga, særlig forsiktighetsregler og interaksjoner. Betmiga er kontraindisert hos pasienter med alvorlig ukontrollert hypertensjon, $\geq 180/110$ mm Hg.

Munntørhet på placebonivå^{1,2}



Referenser: 1. Khullar V, Amarencu G, Angulo JC et al. Efficacy and Tolerability of Mirabegron, a β_3 -Adrenoceptor Agonist, in Patients with Overactive Bladder: Results from a Randomised European–Australian Phase 3 Trial. *Eur Urol* 63;(2013):283–295. 2. Nitti VV, Rovner E, Franks B et al. Early experience with mirabegron: comparative persistence of mirabegron and tolterodine extended release in patients with overactive bladder. *J Urol* 2013;189:1388–1395

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

Betmiga. Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D12. **DEPOTTABLETTER, 25 mg og 50 mg:** Hver depottablett inneholder: Mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer: Fargestoff: 25 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172). 50 mg: Gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 50 mg 1 gang daglig. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon: Preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m² eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensede data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m²) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen. Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

		Sterke CYP 3A-hemmere	
		Uten hemmer	Med hemmer
Nedsatt nyrefunksjon ¹	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
	Alvorlig	25 mg	Ikke anbefalt
Nedsatt leverfunksjon ²	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	Ikke anbefalt

¹ Lett: GFR 60-89 ml/minutt/1,73 m². Moderat: GFR 30-59 ml/minutt/1,73 m². Alvorlig: GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m².
² Lett: «Child-Pugh» klasse A. Moderat: «Child-Pugh» klasse B.
 Barn og ungdom: Bør ikke brukes, da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert.

Administrering: Tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med væske. Skal ikke tygges. Skal ikke deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig ukontrollert hypertensjon definert som systolisk blodtrykk ≥ 180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥ 110 mm Hg. **Forsiktighetsregler:** Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Se Dosering. **Hypertensjon:** Mirabegron kan øke blodtrykket. Blodtrykk bør måles ved oppstart og jevnlig under behandlingen, spesielt hos hypertensive pasienter. Det foreligger begrensede data fra pasienter med hypertensjon trinn 2 (systolisk blodtrykk ≥ 160 mm Hg eller diastolisk blodtrykk ≥ 100 mm Hg). **Kongenital eller ervervet QT-forlengelse:** Ved terapeutiske doser i kliniske studier, har mirabegron ikke gitt klinisk relevant QT-forlengelse. Pasienter med tidligere kjent QT-forlengelse eller pasienter som bruker legemidler som er kjent for å gi forlenget QT-intervall er imidlertid ikke inkludert i studiene, og effekten er ukjent. Varsomhet må utvises ved bruk til disse pasientene. **Pasienter med blæreobstruksjon**

(BOO) og pasienter som tar antimuskariner mot overaktiv blæresyndrom (OAB): Hos pasienter som tar mirabegron er det etter markedsføring rapportert om urinretensjon hos pasienter med BOO og hos pasienter som tar antimuskariner som behandling mot OAB. En kontrollert klinisk sikkerhetsstudie av pasienter med BOO viste ingen økt urinretensjon hos pasienter behandlet med mirabegron, men mirabegron bør likevel administreres med forsiktighet ved klinisk signifikant BOO. Mirabegron bør også administreres med forsiktighet til pasienter som tar antimuskariner som behandling mot OAB. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30-89 ml/minutt/1,73 m²) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A), og samtidig behandling med sterke CYP3A-hemmere, er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP2D6, slik som tiordazin, antiarytmika type IC og TCA. Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksin konsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksin dosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som som prøver å bli gravide. **Amming:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme/forstoppelse, diaré. Hjerterkar: Takykardi. Infeksiøse: Unnveinsinfeksjon. Nevrologiske sykdommer: Hodepine, svimmelhet. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerterkar: Palpitasjon, atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett inkl. makuløst og papuløst, pruritus. Infeksiøse: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnsganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk, forhøyet γ -GT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. Sjeldne ($\geq 1/1000$ til $< 1/10000$): Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura, angioødem. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Øye: Øyelokksødem. Svært sjeldne ($< 1/10000$): Hjerterkar: Hypertensiv krise. Ukjent frekvens: Psykiske: Insomni.
¹ Observert etter markedsføring.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Opptil 300 mg daglig i 10 dager, ga økt puls og økt systolisk blodtrykk ved administrering til friske. **Behandling:** Symptomatisk og støttende. Monitorering av puls, blodtrykk og EKG anbefales. **Pakninger og priser** (pr. 17.08.2016): **25 mg:** 30 stk. (blister) 372,10 kr. 90 stk. (blister) 1031,30 kr. **50 mg:** 30 stk. (blister) 372,10 kr. 90 stk. (blister) 1031,30 kr. 90 stk. (flaske) 1031,30 kr. **Reseptgruppe:** C. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode:** ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V.

Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 03.2016. Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma.



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Agnethe Lund
Overlege, Helse Bergen HF
E-mail: agnethelund@helse-bergen.no

Redaksjonsmedlemmer

Renee Waage
LIS Bodø
E-mail: renee.waage@gmail.com

Irina Eide
PSL, Bodø
E-mail: irina.eide@gmail.com

Magne Halvorsen
Privatprakt, SSA Arendal
E-mail: magnehalvorsen@hotmail.com

Espen Berner
Oslo Universitetssykehus
E-mail: espen.berner@gmail.com

Nettredaktør

Mette Løkeland,
Haukeland universitetssykehus, Bergen
E-mail: lokeland@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

DRD DM, Reklame & Design AS
www.drd.no
Pilestredet 75D, 0354 Oslo

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2017

- nr. 1; 30. januar
- nr. 2; 1. mai
- nr. 3; 1. september
- nr. 4; 1. november

Opplag: 1250



INNHOOLD

REDAKTØR 5
LEDER 7

INTERVJU Rolf Kirschner 10

FAGLIG PÅFYLL

Fødselsmekanikk 14
Alt du trenger å vite om Kreftregisteret 20
Kvinnehelse er mer enn bikinimedisin 23

HORMONHJØRNET Hormonell behandling av endometriose 26

ÅRSMØTET 2016

Møtereferat generalforsamling, NGF 28
Årsmøte Lillestrøm 2016, referat NGF 30
NGF's hederpris til Bjørn Backe 32
Solid senior 33
Priser NGF 2016 34
Referat, NGF lederforum 34

FUGO

Leder 38
Referat: FUGO generalforsamling 39
Urogynekologi og prolaps - årets FUGOs forkurs 2016 40
ENTOG-utveksling i Torino 2016 42

UTDANNING, KURS OG MØTER

Referat: 40. NFOG 2016 kongress i Helsinki 44
Rapport: Verdenskongressen til ISSHP 46
GET-UP-Kurs i laparoskopi 49




NORGE RUNDT 50

GYNEKOLOGEN

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

Forsidefoto: Mike Rastiello (flickr).



-  **Eneste godkjente misoprostol-legemiddel ved induksjon av fødsel**
-  **Kontrollert frigivelse: 7 µg/time i løpet av 24 timer**
-  **Behandling kan avbrytes ved å trekke vaginalinnlegget ut**

Misodel «Ferring Legemidler AS» Prostaglandin. ATC-kode: G02A D06. **VAGINALINNLEGG 7 µg/time:** Hvert vaginalinnlegg inneholder: Misoprostol 200 µg (avgir 7 µg/time i løpet av 24 timer), kryssbundet hydrogelpolymer, butylert hydroksyanisol. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel hos kvinner med umoden cervix, fra uke 36 i svangerskapet, hvor induksjon er klinisk indisert. **Dosering: Voksne:** Maks. anbefalt dose: 1 vaginalinnlegg. Skal tas ut når fødselen er i gang, dersom uteruskontraksjonene er langvarige eller for kraftige, dersom barnets liv er i fare eller det har gått 24 timer siden innsetning. Dersom vaginal innlegget faller ut, skal det ikke erstattes. Ved påfølgende administrering av oksytocin, vent minst 30 minutter etter at vaginalinnlegget er tatt ut. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med opplæring innen obstetrikk på sykehus med tilgjengelig utstyr for kontinuerlig føtal og uterin overvåking. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye etter innsetning. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsetning. Opptining er ikke nødvendig. Åpne posen ved å rive ved merket langs toppen. Saks kan ødelegge uttakingsystemet. Plasseres vaginalt i bakre fornix, og vendes 90° slik at det ligger på tvers. Vannløselig glidemiddel kan brukes. Ved innsetning vil det øke i størrelse 2-3 ganger og bli bøyelig. Etter innsetning kan tråden klippes av med saks, men påse at det er tilstrekkelig tråd igjen på utsiden av vagina for fjerning. Pasienten må bli i sengen i 30 minutter. Påse at Misodel ikke fjernes ved toalettbesøk eller undersøkelser. Tas ut ved å dra i tråden. Vaginalinnlegget må aldri fjernes fra uttakingsystemet. Etter uttak, påse at både innsetnings- og uttakingsystemet er fjernet. Se pakningsvedlegg for ytterligere informasjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om eller bevis på at barnets liv er i fare før induksjon. Dersom oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er gitt. Ved mistanke eller bevis på arvevev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. hjerteformet livmor). Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie. Tegn eller symptomer på korioamnionitt, med mindre behandling er gitt. Før uke 36 i svangerskapet. Forsiktighetsregler: Kan føre til overdreven uterin stimulering dersom det ikke fjernes før fødselen er i gang. Fjernes ved langvarige eller unormalt kraftige kontraksjoner, eller dersom det foreligger bekymring for mor eller barn. Dersom kraftige kontraksjoner vedvarer etter uttak bør tokolytisk behandling vurderes. Ved preeklampsi bør bevis eller mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen data finnes ved alvorlig preeklampsi eller hull på fosterhinnen >48 timer før innsetning. Ved positiv streptokokk gruppe-B status som krever profylaktisk antibiotikabehandling, bør tidspunkt for antibiotikabehandling vurderes nøye for å oppnå adekvat beskyttelse. Hvis oksytocin gis, skal innlegget først tas ut, og deretter skal en vente minst 30 minutter før oksytocin gis. Misodel er kun undersøkt i svangerskap med 1 foster i hodeleie. Er ikke undersøkt ved multiple svangerskap eller ved >3 tidligere vaginalfødsler etter uke 24 i svangerskapet. Forsiktighet utvises ved modifisert «Bishops score» (mBS) >4. En påfølgende dose utover maks. dose anbefales ikke pga. manglende data. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved induert fødsel (fysiologisk eller farmakologisk metode). Butylert hydroksyanisol kan forårsake hudreaksjoner eller irritasjon i øyne og slimhinner. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er kontraindisert pga. økt uterotonisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet:** Kontraindisert før uke 36 i svangerskapet. **Amning:** Misoprostolsyre utskilles i kolostrum og i morsmelk (peroral administrering), men bør ikke hindre amning. Ingen negative effekter sett hos diende spedbarn. **Fertilitet:** Ikke relevant. **Bivirkninger:** **Vanlige** (≥1/100 til <1/10): Hjerter/kar: Føtal hjerterytmesykdom (føtale hjerterytmeforstyrrelser, føtal bradykardi, føtal takykardi, fravær av normal variasjon av ukjent årsak, nedsatt føtal hjerterytme, føtal hjerterytmedeselerasjon, tidlige eller sene deselerasjoner, variable deselerasjoner, forlengede deselerasjoner). Svangerskap: Unormal fødsel som påvirker fosteret (uterin takysystole eller uterin hypertonus med føtal hjerterytmesykdom). Mekonium i fostervann. Unormale uteruskontraksjoner (uterin takysystole). **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Kjønnsganer/bryst: Genitalkløe. Luftveier: Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. Neurologiske: Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. Svangerskap: Blødning antepartum, føtal acidose, blødning postpartum, prematur morkakeløsning, uterin hypertonus, uterin ruptur. **Undersøkelser:** Lav Apgar-score, forhøyet blodtrykk hos mor. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk prostaglandin E1 (PGE1)-analog. **Virkningsmekanisme:** Forårsaker modning av cervix og uterine kontraksjoner. **Absorpsjon:** Kun misoprostolsyre påvises i plasma. Cmax: 45,8 µg/ml. Median Tmax: 4 timer. **Proteinbinding:** Misoprostolsyre <90% i serum (avhengig av terapeutisk dose). **Halveringstid:** Median terminal T1/2 (etter uttak): Ca. 40 minutter. **Metabolisme:** Raskt til aktiv metabolitt, misoprostolsyre, som metaboliseres videre til inaktiv dinor- og tetranorsyrederivater. **Utskillelse:** Renal for dinor- og tetranorsyrederivater. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i fryser (-10 til -25°C). **Pakninger og priser pr. februar 2016:** 5 stk. (folieposer) kr 6 459,-.



« Basal kjennskap til fødselshjelp er like viktig nå som for 2000 år siden »

Et barn er født i Betlehem

...er en velkjent julesang der vi synger strofen "En fattig jomfru satt i lønn, og fødte himlens kongesønn. Halleluja, halleluja!"

At jomfrufødsel er fullt mulig med dagens IVF teknikker kjenner alle gynekologer til. Men uten (deler av) sperm kommer selv ikke vi til målet. Noen vi hevde at vi leker Gud men vi har altså en vei å gå før vi kan utføre mirakler, heldigvis.

Norske medier tok opp debatten om jomfruhinnen og rekonstruksjon i høst. Jomfruelighet er Marias dyd, hun er uberørt og ren. Fortsatt er dette egenskaper som i noen sammenhenger settes høyt hos kvinnen, og en dårlig definert anatomisk struktur med et misvisende navn kan avgjøre kvinners status og anseelse. Noen leger er villige til å jobbe under disse premisene - og konstruerer en hymenalring på bestilling. Her er det behov for gynekologisk opplysning som ikke tar hensyn til hvem som er (all)mektig.

I boken *A History of Pregnancy in Christianity* analyserer religionshistoriker Anne Stensvold våre forestillinger om kroppslige fakta, særlig graviditet. Forestillingene er kulturelt konstruert av tilgjengelige modeller: biologiske teorier og teologiske forklaringer. Hun lette etter gravide ikoner men fant svært få fremstillinger av den svangre jomfru Maria eller andre kvinneskikkelser med barn i magen innen kirkekunst. Stensvold hevder at svangerskap har hatt lav status gjennom kristendommens historie og kanskje fortsatt har det i dag. Hun etterlyser (særlig den katolske) kirkens medfølelse i møte med graviditet og livsutfordringer graviditet kan skape.

Maria befant seg i en særegen men likefullt krevende situasjon. Ikke lenge etter fødselen var hun på flukt. Også denne julen vil gravide flykte. Hvor det er plass til dem (ikke i dette herberget!) og hvor de skal føde er et viktig politisk spørsmål som setter vår medfølelse på prøve - uavhengig av vårt religiøse standpunkt.

Jesus kom til verden i en stall, og vi kan anta at Maria opplevde en normal fødsel (sett bort fra engler og vise menn). En grundigere beskrivelse av vaginal fødsel og kardinalbevegelsene finner du i saken om fødselsmekanikk - som Kåre Augensen har forfattet eksklusivt for Gynekologen. Basal kjennskap til fødselshjelp er like viktig nå som for 2000 år siden. Graviditet og fødsel er nesten mirakuløst - og kvinnekroppen er sjelden et nøytralt tema. Vi har et stort ansvar men er heldige som får jobbe i et engasjerende og evig aktuelt fagfelt.

Om du ikke har behov for redaktørens moralske refleksjoner i julen, sett deg likevel ned med Gynekologen. Senk skuldrene og nyt glade bilder fra årsmøtet, Norge Rundt i Tønsberg eller en av våre reiseskildringer. Riktig god jul til alle lesere!

Vennlig hilsen
Agneth Lund



Ferring Legemidler AS
Postboks 4445 Nydalen
0403 OSLO



MIS/001/02/2016



FORANDRER LIVET TIL KVINNER MED MYOMER

ESMYA® KAN GI:

- Signifikant og vedvarende reduksjon av myomstørrelsen.¹⁻³
- Hurtig og vedvarende blødningskontroll.^{1,2,4}
- Effekten på symptomene vedvarer i intervallene mellom behandlingsperiodene.³

Referenser:

1. Donnez J, et al. *New Engl J Med* 2012;366(5):421–432.
2. Donnez J, et al *Fertil Steril*. 2014 Jun;101(6):1565–1573.
3. Donnez J, et al *Fertil Steril*. 2015 Feb;103(2):519–527.
4. Donnez J, et al. *N Engl J Med* 2012;366:409–20.

* Innen 7 dager.

ESM-SEP16-NO-16054:1

esmya® 5mg
Ulipristalacetat

Esmya «Gedeon Richter» Progesteronreseptormodulator. ATC-nr.: G03X B02. **TABLETTER 5 mg:** Hver tablett inneh.: Ulipristalacetat 5 mg, hjelpestoffer. **Reseptgruppe:** C. **Indikasjoner:** Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder. Intermitterende behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder. **Dosering: Voksne:** 1 tablett 1 gang daglig i behandlingsregimer på inntil 3 måneder hver. Behandlingene skal startes når menstruasjon har inntruffet. Det 1. behandlingsregimet skal startes i den første uken av menstruasjonen. Etterfølgende behandlingsregimer skal starte tidligst under den 1. uken av den andre menstruasjonen etter at det forrige behandlingsregimet er fullført. Behandlende lege skal fortelle pasienten om behovet for behandlingfrie perioder. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 8 intermitterende behandlingsregimer. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Bruk anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Barn og ungdom:** Ikke relevant for bruk. Sikkerhet og effekt kun fastslått for kvinner >18 år. **Administrering:** Skal svelges med vann. Kan tas med eller uten mat, men grapefrukt/grapefruktjuice skal unngås. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Graviditet og amming. Genital blødning av ukjent etiologi eller av andre årsaker enn uterusmyomer. Kreft i livmor, livmorchals, eggstokker eller bryster. **Forsiktighetsregler:** Ulipristalacetat skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. Graviditet skal utelukkes før behandling. De fleste kvinnene som tar en terapeutisk dose av ulipristalacetat har anovulasjon, likevel anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen. Ulipristalacetat har spesifikk effekt på endometrium, og endringer i histologien til endometrium kan oppstå. Endringene er reversible etter seponert behandling. Disse histologiske endringene kalles PAEC (Progesterone Receptor Modulator Associated Endometrial Changes), og må ikke forveksles med endometriehyperplasi. I tillegg kan en reversibel økning av endometriets tykkelse oppstå under behandling. Ved gjentatt intermitterende behandling anbefales periodisk overvåkning av endometrium. Dette omfatter årlig ultralyd som skal utføres etter tilbakevendt menstruasjon i en behandlingsfri periode. Hvis det oppdages endometriefortykkelse som vedvarer etter tilbakevendt menstruasjon i behandlingsfrie perioder eller >3 måneder etter avsluttede behandlingsregimer, og/eller endret blødningsmønster oppdages, bør det utføres en undersøkelse som omfatter biopsi av endometrium, for å utelukke andre underliggende sykdommer, deriblant endometriell malignitet. Ved hyperplasi (uten atypi) vil overvåkning ifølge normal klinisk praksis (f.eks. en oppfølgende kontroll 3 måneder senere) være anbefalt. Ved atypisk hyperplasi bør det utføres undersøkelser og kontroller ifølge normal klinisk praksis. Behandlingsregimene skal ikke overskride 3 måneder hver, siden risikoen for negative effekter på endometrium er ukjent hvis behandlingen fortsettes uten avbrudd. Pasienten skal informeres om at ulipristalacetatbehandling normalt fører til en signifikant reduksjon i blodtap under menstruasjon eller amenoré innen de første 10 behandlingsdagene. Hvis de kraftige blødningene vedvarer, må pasienten underrette lege. Menstruasjonen vender normalt tilbake innen 4 uker etter hvert avsluttet behandlingsregime. Hvis, under gjentatt intermitterende behandling, etter den innledende reduksjonen av blødning eller amenoré, det oppstår et endret vedvarende eller uventet blødningsmønster, som intermenstruell blødning, bør det utføres en undersøkelse av endometrium, herunder endometriebiopsi, for å utelukke andre underliggende tilstander, deriblant endometriell malignitet. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 intermitterende behandlingsregimer. Nedsatt nyrefunksjon forventes ikke å signifikant endre eliminasjonen av ulipristalacetat. Pga. manglende spesifikke studier anbefales ikke ulipristalacetat ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Det foreligger ingen terapeutisk erfaring med ulipristalacetat ved nedsatt leverfunksjon. Nedsatt leverfunksjon er forventet å endre eliminasjonen av ulipristalacetat og føre til økt eksponering. Dette anses ikke å være klinisk relevant ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Bruk ved alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med perorale glukokortikoider, anbefales ikke. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ulipristalacetat har en steroidstruktur og fungerer som en selektiv progesteronreseptormodulator med hovedsakelig hemmende effekter på progesteronreseptoren. Hormonelle prevensjonsmidler og progestagener vil derfor trolig føre til redusert effekt av ulipristalacetat grunnet en konkurrerende virkning på progesteronreseptoren. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Etter administrering av den potente CYP3A4-hemmeren ketokonazol (400 mg 1 gang daglig i 7 dager) til friske frivillige, øker C_{max} og AUC for ulipristalacetat hhv. 2 og 5,9 ganger; AUC for aktiv metabolitt av ulipristalacetat øker 2,4 ganger, mens C_{max} for aktiv metabolitt reduseres (0,53 gangers endring). Ingen dosejusteringer anses å være nødvendige ved administrering til pasienter som samtidig får milde CYP3A4-hemmere. Samtidig

administrering av moderate (f.eks. erytromycin, grapefruktjuice, verapamil) eller potente (f.eks. ketokonazol, ritonavir, nefazodon, itrakonazol, telitromycin, klaritromycin) CYP3A4-hemmere anbefales ikke. Administrering av den potente CYP3A4-induktoren rifampicin (300 mg 2 ganger daglig i 9 dager) til friske frivillige reduserer betydelig C_{max} og AUC for ulipristalacetat og dens aktive metabolitt med 90% eller mer, og reduserer halveringstiden til ulipristalacetat 2,2 ganger (tilsvarende en ca. 10 gangers reduksjon av eksponering for ulipristalacetat). Samtidig bruk av potente CYP3A4-induktorer (f.eks. rifampicin, rifabutin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin, fosfenytoin, fenobarbital, primidon, johannesurt, efavirenz, nevirapin, langvarig bruk av ritonavir), anbefales ikke. Ulipristalacetat kan forstyrre virkningen til hormonelle prevensjonsmidler (rent progestagen, progestagenfrisettende antikonsepsjon (spiral) eller kombinasjonspiller) og progestagen administrert av andre årsaker. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Legemidler som inneholder progestagen skal ikke tas innen 12 dager etter seponert behandling med ulipristalacetat. In vitro-data indikerer at ulipristalacetat kan være hemmer av P-gp ved klinisk relevante konsentrasjoner i den gastrointestinale veggen under absorpsjon. Samtidig administrering av ulipristalacetat og et P-gp-substrat er ikke undersøkt, og interaksjon kan ikke utelukkes. Resultater in vivo viser at ulipristalacetat (administrert som 1 enkel 10 mg tablett) 1,5 time før administrering av P-gp-substratet feksofenadin (60 mg) ikke har noen kliniske relevante effekter på farmakokinetikken til feksofenadin. Det anbefales derfor at samtidig administrering av ulipristalacetat og P-gp-substrater (f.eks. digibigatranetiksilat, digoksin, feksofenadin) utføres med minst 1,5 timers mellomrom. **Graviditet, amming og fertilitet:** Se Kontraindikasjoner. **Graviditet:** Kontraindisert under graviditet. **Amming:** Ulipristalacetat og dens aktive mono-N-demetylerede metabolitt utskilles i brystmelk med et gjennomsnittlig AUC, melk:plasma-forhold på 0,74±0,32 for ulipristalacetat. Effekten på nyfødte/spedbarn er ikke undersøkt. Risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. Kontraindisert under amming. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Kjønnsgener/bryst: Amenoré, endometriehyperplasi. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smarter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsgener/bryst: Hetetokter, bekkensmerter, ovariecyste, ømhet/smerter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i muskler og skjelett. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. Øre: Vertigo. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munntørhet, konstipasjon. Hud: Alopeci, hyperhidrose, tørr hud. Kjønnsgener/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. Neurologiske: Svimmelhet. Nyre/uriner: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykksverdi, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsgener/bryst: Oppsvulmede bryster, ruptert ovariecyste. Luftveier: Epistakse. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt-doser på opptil 200 mg og døgndoser på 50 mg i 10 etterfølgende dager ble administrert til et begrenset antall personer, og ingen alvorlige bivirkninger ble rapportert. Se Giftinformasjonens anbefalinger for ulipristalacetat G03A D02. **Egenskaper: Klassifisering:** Peroralt aktiv syntetisk progesteronreseptormodulator som karakteriseres av en vevsspesifikk delvis progesteronantagonisteffekt. **Absorpsjon:** T_{max}: Median på 0,75 timer. **Proteinbinding:** Bindes i høy grad (>98%) til plasmaproteiner, inkl. albumin, alfa-1-syre-glykoprotein, lipoprotein med høy tetthet og lipoprotein med lav tetthet. **Halveringstid:** Terminal halveringstid i plasma etter en enkelt-dose på 5 eller 10 mg er beregnet til ca. 38 timer, med en gjennomsnittlig peroral clearance (Cl/F) på ca. 100 liter/time. **Metabolisme:** Omdannes til mono-N-demetylerede og deretter di-N-demetylerede metabolitter, hovedsakelig via CYP3A4. **Utskillelse:** Hovedsakelig via feces, <10% via urin. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser (05.2016):** 28 stk.¹ (blister) kr 1408,20. **Refusjon:** ¹ **G03X B02-1 Ulipristal.** Refusjonsberettiget bruk: Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
X78 Godartet svulst livmor	-	D25 Leiomyom i livmor	-

Vilkår: Ingen spesifisert.

Preparatomtale ble sist oppdatert: 01/04/2016

Rolf Kirschner

Et intervjusamarbeid mellom Rolf Kirschner og Agnethe Lund

Rolf Kirschner er utgavens utvalgte intervjuobjekt. Dette er en mann som utretter mye og hans odysse er spennende lesning. Gynekologi gir utvilsomt mange muligheter!

Oppvekst

Intervjuobjektet vokste opp i et etterkrigs-Oslo preget av gjenoppbyggingsoptimisme, der de fleste i funksjonsblokkene øverst i Kirkeveien stort sett var like. Far jobbet ute og mor var husmor. Hjemme hos Rolf var likevel noe ulikt- de gikk av og til i synagogen i stedet for i kirken, og samfunnet og familien hans var hardere rammet i krigsårene enn de fleste, uten at det ble snakket særlig om det. I tillegg var mor utarbeidende i den lille butikken som foreldrene drev sammen. Men ellers var forholdene like for klassekameratene på Marienlyst. En normal oppvekst med cowboy og indianer, gutteklasser og jenteklasser, kanonball og fotball, Ullevål kino, Colosseum og Kinopaleet, eller 7-ern fra Sognsveien til Karl Johan og noen timer på Filmavisen. Familiens «attpåklatte», med to eldre søsken, stakk seg ikke ut særlig i storsamfunnet. Han var relativt skoleflink, slik at mange sa «du skal vel bli doktor du også, slik som din onkel og din fetter»? I det lille samfunnet han tilhørte, var det mer plass for utfoldelse, siden det var så få igjen. Rolfs ekstroverte sider ble eslet i disse årene.

Navn: Rolf Kirschner

Stilling: Avtalespesialist og æresmedlem i EBCOG



I slutten av «folkeskoletiden» flyttet familien til Ryen, et nybyggerstrøk, og med «realskole» på nyåpnede Manglerud, blant 25 klasser (!) på første trinn, ble det «liv i leiren». Både formelle og mer uformelle besøk hos rektor var hyppige... Det ble skoleavis og elevradio, håndball i Bækkelaget og aktivitet på Ekebergsletta. Men det var først som nyankommet på Teisen Gymnas, i nok en «innflytterklasse», og i et miljø preget av høy politisk og kulturell aktivitet, at foreningsmennesket Rolf fikk slå ut i full blomst. Formann i Elevrådet, deretter Gymnassamfunnet "Brynung" og avsluttende med russesambandet «Grotesque». Rolf deltok i «Hvem vet mest» og «Osloesterskap i debatt»(sølv). Med relativt gode karakterer var valget mellom medisin og historie/statsvitenskap/journalistikk, ikke lett. Men det gikk som det måtte...

Studier i Dublin

Det ene poenget han manglet til artium sparte ham for radikale strømninger og «revolusjonen» ved Universitetet i Oslo. Det hadde forresten vært nok av revolusjon på Teisen, det var jo derfra de kom, de mørkerøde ledet av Øgrim. Rolf havnet ved en tilfeldighet i Dublin i stedet for et tysk studiested. Royal College of Surgeons in Ireland, RCSI, i et Irland fortsatt preget av oppstanden i 1916 og borgerkrigen senere, et av Europas fattigste land. Her fikk den etter hvert store norske gruppen, gode vilkår. Relativt lave skolepenger, romslige norske lån og en heldig devaluering av pundet i 1967, gjorde at de 125 norske studentene, spredd over 6 år med lite stryk, hadde gode tider på puber og revyer, fotball- og rugbybaner, rostadion og elver, parker og åser. Og vår mann ble leder av ANSA/Dublin, etter hvert medisinerutvalget i UK/Eire og avsluttende som leder av medisinerutvalget i ANSA Sentralt. Disse rollene brakte erfaring i møter med norske universitets- og andre myndigheter. Det var positive år med gode minner, det siste året med medbrakt forlovet Vivian fra Danmark. Det var en opplevelse for henne, som gjorde at hennes tidligere respekt for leger, fikk en viss knekk av å bivåne studentlivet i løpet av avslutningsåret. Årboken fra RCSI avslører at kandidaten tenkte seg en karriere i kirurgi eller gynekologi.

Halvåret på tilleggskurset i Oslo ble tilbrakt som assistentlege ved Kvinneavdelingen på Gaustad og som tillitsvalgt på Oslo II, begge



▲ Båttur med KK en gang på 80-tallet.

◀ Laget fra Teisen 1964 «Hvem vet mest»
Rolf Kirschner med Kyrre Haugen Bakke og Per Olav Marcussen.

delers spesielle opplevelser. Kurset endte med streik og boikott av eksamina i hovedfagene, vel vitende om at kursdeltagerne utgjorde 52 % av de legene som skulle ut i turnus 15.januar 1972.

En fin tid i Nord-Norge

Med godt turnusnummer valgte de nå nyligte Vivian og Rolf noe så eksotisk som Nord-Norge, nærmere bestemt Harstad. Det var et lykkelig valg på alle vis. God medisin, gode kolleger, gode boforhold, et rikt sosial- og friluftsliv, som skulle vare i 5 år. Turnus, militærtjeneste i Brig N, deretter kirurgi i 2 år, reservelege i generell kirurgi, Billroth og AO-kurs og artikkel i tidsskriftet om femurfrakturer. En sønn ble født på Sanitetsforeningens fødehjem (se saken om vår gjesteforening NKS, red.anm.), og fordi det var 800 fødsler årlig på stedet ble det laget en stilling til gynekolog i tillegg til en gynekologisk sengepost som Kirschner etter hvert fikk ansvar for.

Gynekologi på svensk

Etter noen tid innkom det via-via et spørsmål fra nabolandet med tilbud om «restblock» ved det nye Kärnjukhuset i Skövde- hvor

« Fordi det var 800 fødsler årlig på stedet ble det laget en stilling til gynekolog i tillegg til en gynekologisk sengepost »

nå det måtte være? Etter en rask rekognoseringsstur, som endte opp med tilbud om jobb, hus og barnehage i løpet av en dag, var familien på flyttefot i mai 1976. Rolf havnet i en velstrukturert utdanningsavdeling ledet av Göran Rybo, sammen med Geir Sponland, Johannes Carlsen og Knut Hesla. Senere skulle Arild Kloster-Jensen og Ove-Andreas Mortensen komme til. Det svenske systemet med blokkene, som var forutsigbare, NLV-ukeskursene, som var vel forberedte, og Riksstämman i Stockholm, ga stimuli til et faglig kvalitetsutviklingsarbeid som skulle prege



EBCOG i Torino 2016.



Kongresskomiteen NFOG 2000.

« Den Europeiske Organisasjonen for Medisinske Spesialister. Den er basert i Brussel og har som formål å forbedre kvaliteten på videre- og etterutdanningen av spesialister i faget »

mye av den videre karrieren. Og et multinasjonalt miljø i en liten by ga mange gode innspill. Svenskene er i alle fall ikke reserverte!! Blokken inneholdt også anestesi og valgfri onkologi, utført på Jubileumsklinikken i Göteborg, deretter ble det svensk tilleggskurs og godkjent spesialitet i 1979.

Spørsmålet hvor sønnen skulle begynne på skole ble relevant. Og hvor skulle den sist nyankomne datteren i barnehage? Norge, Sverige eller Danmark?

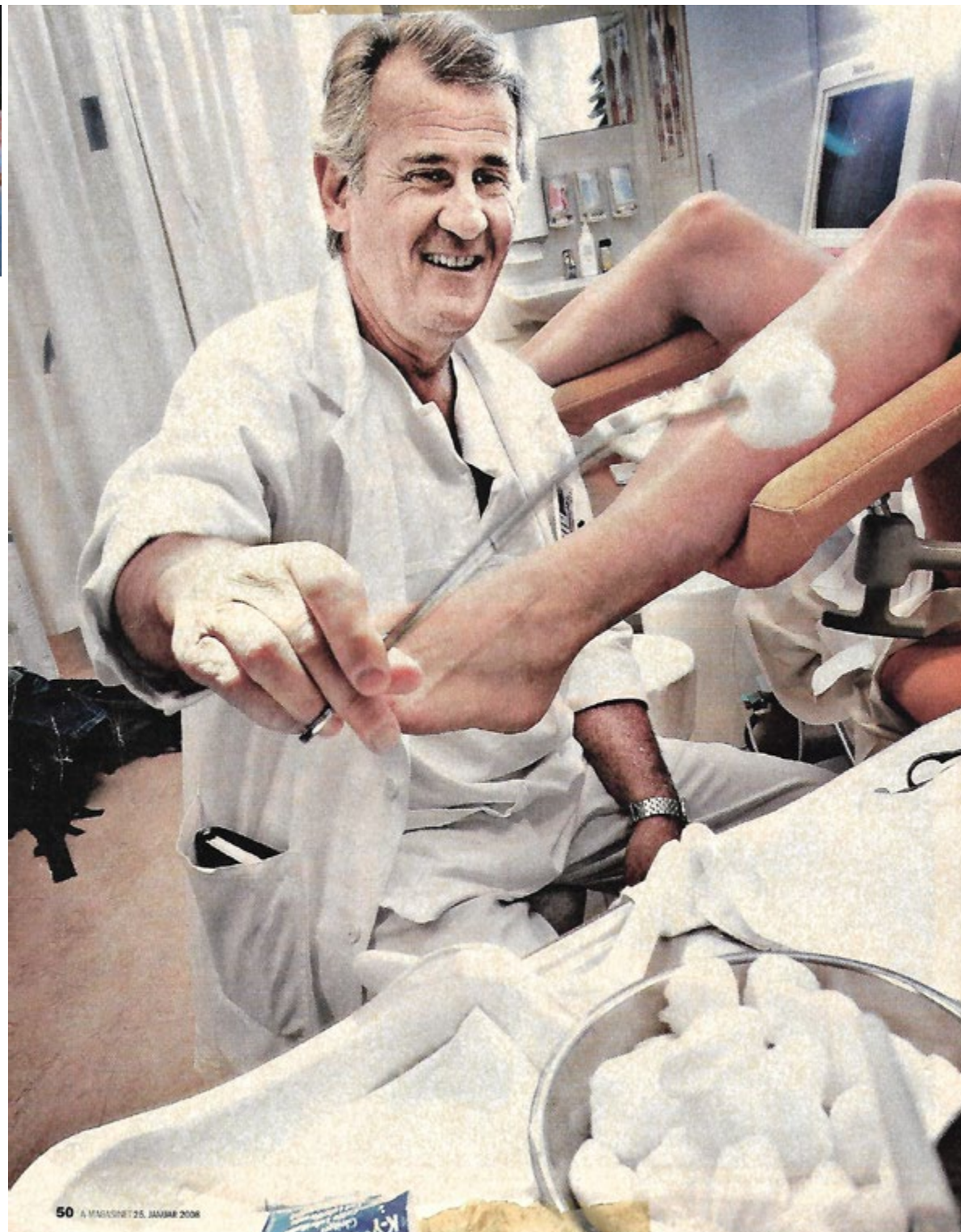
Karriere og tillitsverv

Et tilbud om assistentlegevikariat, fremført i lett animert tilstand på et Scheringseminar i Stockholm, på KK/Ullevål hos Fylling og Jerve, samt OBOS-terrasseleilighet på Kastellet, avgjorde saken. Fra høsten 1981 var Rolf i gang med løpet - ass.lege, reservelege, overlegevikar. Det var få leger, vi var alene på vakt, med det utstyret som fantes. Funnet av en Sharplan CO2-791-laser til 1 million kroner, i kjelleren på kirurgen, ga opphav til den polikliniske koniseringsmetoden og samarbeid med Tormod Tande fra Bergen, kurs i UK med Singer og senere spesialkongresser. I årene på Ullevål ble dessuten tillitsvalgtkarrierene gjenopptatt, ANSA-medlemmet hadde vært automatisk YLF-representant i Harstad-tiden, og nå var det som medlem av tillitsvalgtgruppen (Iflg. Fylling: Nærings- og nytelsesmiddelindustrien) at YLF atter kom inn i bildet.

En følge av spesialiseringen i Sverige var også å involvere seg i Norsk Gynekologisk Forening (NGF) og Spesialitetskomiteen, og på den måten kom representasjonen til EBCOG, eller ECOG, European College of OBGyn, som da het. Den Europeiske Foreningen for Gynekologer og Fødselsleger er en seksjon under UEMS, den Europeiske Organisasjonen for Medisinske Spesialister. Den er basert i Brussel og har som formål å forbedre kvaliteten på videre- og etterutdanningen av spesialister i faget. Noe av det første vi merket av dette i Norge, var innføringen av Logg-boken og avdelingsbesøkene ved Spesialistkomiteen. Det var mange artige opplevelser da de første av disse besøkene ble utført rundt i landet. En avdelingsleder skrev klagebrev etter besøket. Rolf har nå

representert NGF i over 20 år, har sittet i representantskapet og flere ganger blitt valgt til styret. En periode som visepresident, og nå gjenvalgt som generalsekretær med spesielt ansvar for etterutdanningsprogrammer og den nyopprettede Europeiske Diplomeksamenen. Derfor ble han oppnevnt som æresmedlem på EBCOG-kongressen i Torino i mai (Gratulerer, red.anm.)

Karrieremessig forlot Kirschner Ullevål i 1988 og ble overlege på SIA. Der var det et kreativt miljø mht. kvalitetsforbedringer og metodeendringer innen gynekologien, og laserkirurgien, både med CO2 og YAG, kombinert med endoskopi i form av laparoskopi og hysteroskopi. Vi oppnådde bedre pasientopplevelser og reduserte liggetider. Sammen med ildsjeler som Anton Langebrette, Arne Urnes og Oskar Johan Skår, og godt hjulpet av de suksessfulle «live-surgery» kursene som årvisst ble arrangert fra 1989 - med Jaques Donnez og Michelle Nisolle. Godt hjulpet av de lokale musketerere (nevnt ovenfor) ble dette en suksess som allerede i 1991 ble belønnet med NGFs ærespris, «Schering-prisen». Overlegepermisjonen ble tilbrakt på «Ole Berg-skolen», dvs Helseadministrasjonskursen på UiO i 1993, og etter dette ble Rolf tilbudt å bygge opp en «Kvalitets-organisasjon» på SiA i en 50% prosjektstilling i 4 år. Den andre 50% var han frikjøpt fylkeshovedtillitsvalgt for Legeforeningen i Akershus, med kontor på Fylkesadministrasjonen. Det sies at de andre fagforeningene ble sjokkert over at en lege plutselig begynte å bruke kontorene der. Han ble oppnevnt til representant i Helsekomiteen og drev lokale forhandlinger, og var også med på de minneverdige



lønnsforhandlingene i 1996. Mange nattopphold på Kommunenes Hus i Oslo endte med tidenes lønnsoppgjør.

Faktisk har Kirschner i hele sitt yrkesliv vært tillitsvalgt og aktiv i Legeforeningen. Han har vært representant i Landsstyret periodevis i alle tiår siden han ble ferdig lege i 1971, for YLF, for OF som styremedlem og nestleder, og de fagmedisinske foreningene som leder av FaMe i to perioder. Han har også ledet Legeforeningens Kvalitetsutvalg og sittet i styret i Kvalitetsfondet. Så vet vi at han har ledet Oslo Gynekologiske Forening i 50-års Jubileumsåret (sjekk halskjedet), arrangert NGF-årsmøte til Kiel (med nesten-dødsfall) og brukt det samme suksessfulle Oslo-styret til å være kongresskomite for NFOG-kongressen i 2000 (Video fra

◀ Faksimile fra A-Magasinet 2008.

En oversikt over forkortelser for ikke å falle helt igjennom – mange verv mange bokstaver:

- RCSI: Royal College of Surgeons in Ireland
- ANSA: Association of Norwegian Students Abroad
- AO-kurs: Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen
- NLV-ukeskursene: Nämnden för Läkares Vidareutbildning
- EBCOG: European Board of Obstetrics and Gynaecology
- UEMS: Union Europeenne des Medecin Specialistes/ European Union of Medical Specialists
- FaMe: Består av de tyve landsstyreprerentantene valgt av Legeforeningens fagmedisinske foreninger (bl.a.NGF)

åpningen i Det Norske Teatret fortsatt i salg). Etter en pause ble han leder av NGF fra 2006-2010, og dermed ble det to perioder a' 4 år i NFOG-styret. Hyggelig da med en ny NGF Hederspris (Bayer denne gang) for innsatsene i foreningen, sist delte han den med Torvid Kiserud.

Vulvaklinikken

I 2000 flyttet Rolf Kirschner til Rikshospitalet, og etter 3 måneder i Pilestredet ble han med på flyttingen til det nye bygget på Gaustad. Det var en stor stimulans i arbeidet å oppholde seg i et slikt flott bygg og oppleve det nære samarbeidet med representanter for avansert medisin i alle avdelinger, og få erfaring med nye pasientgrupper, som f. eks transplantasjonspasienter og deres spesielle behov. I tillegg til generell gynekologisk kirurgi og heftige obstetrikkvakter, var det her ideen om Vulvaklinikken oppsto. Med god bistand fra Thomas Åbyholm og hjelp fra superspesialist Karin Edgardh, ble dermatolog Anne Lise Helgesen rekruttert til dette arbeidet, som fortsatt dekker et behov, nå ved OUS Ullevål. Og det var ved Ullevål ringen ble sluttet etter Hovedstadsprosessen i 2010. Mot ikke lite motstand ble gynekologisk seksjon nedlagt på RH, medarbeiderne ble spredd. Rolf ble LIS-ansvarlig og Urogynekolog i Kirkeveien, med kontor nær det fra 1981 og med ditto interiør! Etter å ha gjennomført en til dels krevende prosess, med utvikling av en godkjent rotasjonsordning av LIS ved de tre lokalisasjonene RH, Ullevål og DNR Montebello, følte Rolf at nok-var-nok i 2013. Han flyttet til avtalepraksis på Best Helse Nordstrand. Helt siden 1982 har han drevet en refusjons-kveldspraksis ved siden av, etter hvert med en 20% hjemmel. Denne ble utvidet på Best, og med deltid på Vulvaklinikken og på Meldeordningen på Kunnskapsenteret, har dagene vært fulle.

Jødisk samfunnsliv

Ved siden av har Rolf deltatt særs aktivt i det jødiske samfunnslivet i Oslo, i Skandinavia og internasjonalt, både i ungdomstiden, og særdeles etter tilbakekomsten i 1981. Være seg som leder av ulike foreninger, som leder av menigheten i 5 år, som leder av utbygging av Eldresenteret, som stifter- og styremedlem i HL-senteret og i Jødisk museum.

Det har vært en fin arbeidsdag, støttet av en forståelsesfull familie og mange forståelsesfulle kolleger! *Gynekologen takker for at Rolf har delt sin spennende faglige og personlige reise – en rik historie til inspirasjon for mange.*

Fødselsmekanikk

Av Kåre Augensen, pensjonert obstetrikker

«Uten inngående kjennskap til fødselsmekanikk blir man aldri en god fødselshjelper»

Det har jeg fortalt assistentleger og overleger i ganske mange år. Min erfaring er at kunnskapen om fødselsmekanikk ikke er så god som den burde være hos mange av kollegene. Jeg begynner med det basale: Leie, holdning, stilling og innstilling eller forliggende del.

Leie er forholdet mellom fosterets og livmorens lengdeakser.

- Lengdeleie 99,5%
 - Hodeleie 96,5%
 - Seteleie 3%
- Tverrleie 0,5%

Holdning er hodets (og lemmenes) forhold til fosterkroppen

- Hodet flektert
 - Bakhodet fortil: occiput anterior 92%
 - Bakhodet baktil: occiput posterior 4%
- Hodet deflektert. Fosterets rygg vender oftest baktil
 - (Isse som jeg her slår sammen med forhode)



Fig 1.: Fødselskanalens akse.

- Forhode (sinciput) 0,5%
- Panne 0,05%
- Ansikt 0,5%

Stilling angir hvordan fosterets rygg snur i forhold til livmoren, oftest til siden

- Til venstre: 1. stilling 60%
- Til høyre: 2. stilling 40%

Innstilling eller forliggende del er den delen av fosteret som går dyppest i fødselskanalen. Enhver fødsel har navn etter stilling og forliggende del.

Kardinalbevegelsene bestemmes av

- Fosterhodets form
- Graden av fleksjon/defleksjon
- Bekkenets form
- Bløtdelene i fødselskanalen

Aksen i fødselskanalen (Fig 1) er den linjen den førende del av fosteret må følge på sin vei gjennom bekkenet. Aksen er fortil konkav, og utgangen står vinkelrett på inngangen. Fosterhodet sett ovenfra har sin største diameter forfra baktil (Fig 2); den biparietale diameter er større den bitemporale. Dette fosterhodet skal passere gjennom et bekken hvor tverrvidden er større enn likevidden i inngangen; midt i

bekkenet er alle diametre like, mens likevidden er større enn tverrvidden i bekkenutgangen (Fig 3). I bekkenutgangen må fosterhodet passere gjennom levatorspalten som spiller en større rolle for fosterhodets passasje her enn det benede bekkenet.

Ved en hodefødsel må hodet stille seg med pilsømmen i tverrvidden for å kunne trenge ned i bekkeninngangen. Ved de fleste fødselene flekteres hodet – diameter suboccipitobregmatica gir den minste omkrets av hodet (Fig 4). Fleksjonen av hodet er første kardinalbevegelse ved en regulær bakhodefødsel – occiput anterior. På sin vei nedover i fødselskanalen må hodet nå rotere til pilsømmen er i likevidden for å komme ut av bekkenet (gjennom levatorspalten) – 2. kardinalbevegelse. Dreiningen må foregå i bekkenhulen på grunn av plassforholdene (Fig 3). I de aller fleste tilfellene dreies det flekterte hodet med bakhodet fortil og er nå klart til å passere ut. Førende del (lille fontanelle ved en normal bakhodefødsel) må følge aksen i fødselskanalen (Fig 1); fosterhodet må derfor strekkes i utskjæringen. Når hodet er utenfor vulva, skal skuldrene passere levatorspalten. Fosterkroppen må da rotere 90 grader: 4. kardinalbevegelse. Fig 5 viser

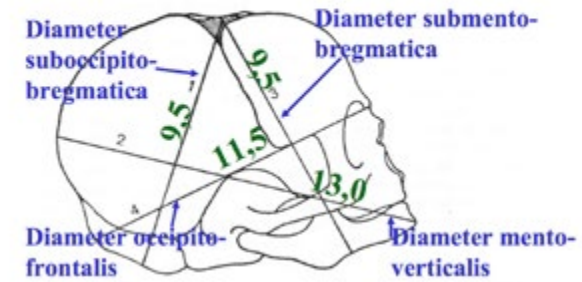


Fig 4.: Fosterhodet sett fra siden.

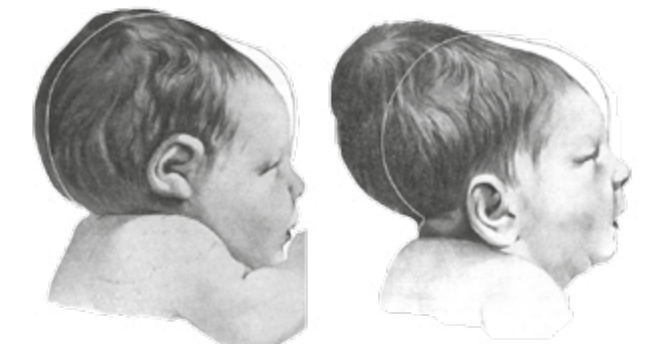


Fig 5.: Konfigurert fosterhode.

Forliggende del	Dreiningpunkt = hypomochlion	Utskjæring	Største diameter
Lille fontanelle	Nakke	Ekstensjon	Diameter suboccipitobregmatica = 9,5 cm

Fig 6.: Occiput anterior.

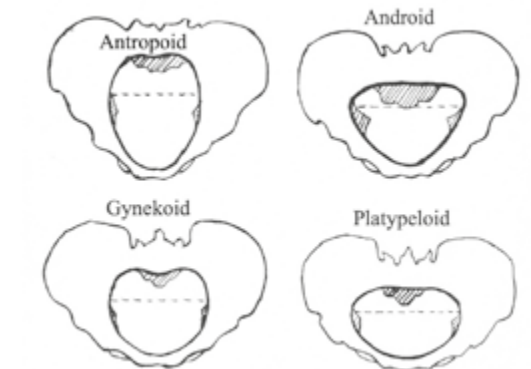


Fig 7.: Bekkenformer.

« Grunnen til at kunnskap om kardinalbevegelser er grunnleggende for å drive praktisk obstetrikk, er at man ved operativ vaginal fødselshjelp må etterligne de bevegelser naturen har fastsatt for at fosteret skal passere gjennom fødselskanalen »

resultatet. Barnet til høyre har gjennomgått en langvarig fødsel med gode rier, og hodet har fått en stor fødselssvulst og er betydelig konfigurert. Fig 6 gir en oppsummering av fødselen ved occiput anterior. Hypomochlion er det punktet på fosterhodet som står i ro under hodets ekstensjon (eller fleksjon) under utskjæringen.

Grunnen til at kunnskap om kardinalbevegelser er grunnleggende for å drive praktisk obstetrikk, er at man ved operativ vaginal fødselshjelp må etterligne de bevegelser naturen har fastsatt for at fosteret skal passere gjennom fødselskanalen. Bruker du tang eller vacuum, må håndtaket på tangen eller på vacuumekstraktoren hele tiden følge aksen i fødselskanalen og løftes nesten til vertikalplanet når hodet skjærer gjennom. Du kan prøve å trekke det ut gjennom symfyse – det går ikke. Du kan

prøve å trekke det ut gjennom perineum – det går...

Så langt har jeg beskrevet den normale bakhodefødsel ved det normale bekkenet – det gynekoidet. Jeg vil minne om at der også finnes andre bekkenformer som kan medføre andre fødselsmekanismer (Fig 7). For eksempel kan fosterhodet ved et antropoid bekken passere hele fødselskanalen uten å gjennomgå 2. kardinalbevegelse; slik er det hos de store apene. Disse bekkenformene finnes sjelden i sin rene fasong, mer vanlig er overgangs- og blandingsformer.

Avvikende hodefødsler

Occiput posterior (bakhodefødsel med pannen fortil). Ved denne fødselen er hodet flektert som ved occiput anterior, men fosterets rygg vender baktil. For at fosterhodet

skal kunne følge fødselskanalens retning må det flekteres maksimalt i utskjæringen. Hypomochlion blir da området ved store fontanelle (bregma). Med store fontanelle stemt opp under symfyse, flekteres fosterhodet til bakhodet er født frem over perineum. Da oppstår et nytt hypomochlion, nemlig nakken. Den blir liggende mot perineum mens forhode, panne og ansikt fødes frem under symfyse. Ved bakhodefødsel med pannen fortil, er 1. kardinalbevegelse fortsatt fleksjon av fosterhodet. 2. kardinalbevegelse er en rotasjon, men altså slik at bakhodet vender baktil. 3. kardinalbevegelse er todelt: Først maksimal fleksjon, deretter ekstensjon. Omkretsen av fosterhodet ved occiput posterior er den samme som ved occiput anterior, men fødselen, særlig utdrivningstiden, varer lenger, og risikoen for perinealruptur hos mor er betydelig større. Det skyldes tre forhold:

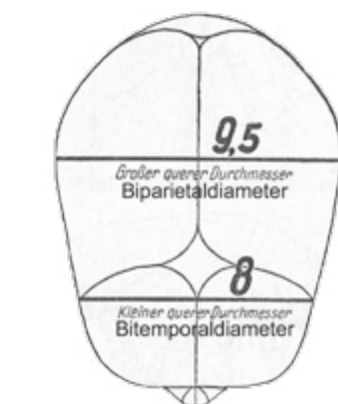


Fig 2.: Fosterhodet sett ovenfra.

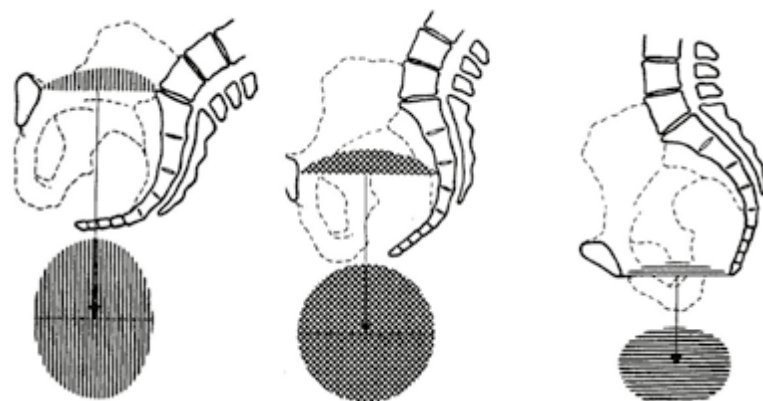


Fig 3.: Bekkenet.

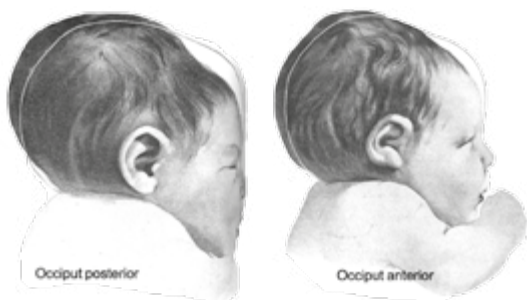


Fig 8.: Occiput posterior/anterior.



Fig 9.: Defleksjon.

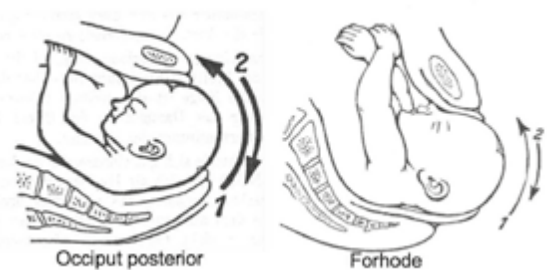


Fig 10.: Occiput posterior/forhode.



Fig 11.: Forhode/occiput posterior etter fødselen.

- Fosterhodets maksimale fleksjon er en tvangsholdning som gir økt friksjon mot fødselskanalen.
 - Det brede bakhodet passerer over perineum, ikke det smalere forhodet, kfr. Fig 2.
 - Forhodet blir liggende under symfyisen, ikke den smalere nakken som passer bedre inn i symfysevinkelen. Det medfører at hele fosterhodet presses mer bakover, mot perineum.
- Fig 8 viser forskjellen på barn født i occiput posterior og anterior. Bemerk «søkket» ved store fontanelle i hodet til venstre. Det skyldes at dette området (bregma) har vært hypomochlion og ble presset mot symfyisen under 3. kardinalbevegelse.

Dersom bakhodet vender mer eller mindre baktill ved begynnelsen av fødselen, vil ca. 50% rotere med bakhodet fortil, ca. 45% fødes i occiput posterior, mens ca. 5% ender som dyp tverrstand. Og motsatt: Ved over halvparten av occiput posterior-fødselene vender bakhodet ikke baktill ved fødselens begynnelse. Det er derfor nytteløst å forutsi hvordan fosterhodet vil fødes ut fra dets stilling før eller i begynnelsen av fødselen. Det har heller ingen hensikt å forsøke å dreie fosteret ved håndgrep eller gymnastiske øvelser før fødselen. Hvorfor en fødsel ender som occiput posterior er i det vesentlige uavklart. Ved et gynekoid bekken vil jo de fleste fostre

ligge med pilsømmen i tverrvidden; herfra kan fosterets bakhode dreie både forover og bakover. Er bekkenet mer antropoid er utgangspunktet ofte annerledes. Forløsning med tang og vacuum kommer jeg tilbake til under forhodefødsel.

Fødsler med deflektert hode

Generelt:

- Ryggen vender oftest baktill
- Hodet kan flekteres eller deflekteres videre under fødselen
- 1. kardinalbevegelse unormal – mer eller mindre strekking
- 2. kardinalbevegelse: Rotasjon
- 3. kardinalbevegelse Fleksjon + ekstensjon (unntak: ren fleksjon ved ansiktsfødsel)
- 4. kardinalbevegelse rotasjon
- Fosterhodet passer dårligere inn i fødselskanalen
- Ofte langvarig fødsel
- Hodet trenger sent ned i bekkenet
- Større risiko for bløtdelsskader hos kvinnen
- Økt hyppighet av operative vaginale forløsninger og sectio

Fig 9 viser til venstre et flektert fosterhode og deretter i rekkefølge hodets holdning ved forhodefødsel, pannefødsel og ansiktsfødsel. Man kan også snakke om issefødsel, men den skiller seg så lite fra forhodefødsel at jeg omtaler dem under ett.

Forhodefødsel

I Fig 10 sammenlignes utskjæringen ved occiput posterior og forhodefødsel. Det kan se likt ut, men mens største diameter ved occiput posterior er den samme som ved vanlig bakhodefødsel (diameter suboccipitobregmatica – 9,5 cm), er den ved forhodefødsel 11,5 cm (diameter occipitofrontalis). Førre del er store fontanelle, hypomochlion er pannen. Som ved occiput posterior er 3. kardinalbevegelse kombinert: Først fleksjon, deretter ekstensjon. Fleksjonen er imidlertid noe større, ekstensjonen tilsvarende mindre. I enda større grad enn ved occiput posterior blir det brede bakhodet presset mot perineum, og risikoen for perinealskade er ikke ubetydelig. Resultatet av fødselen sees i Fig 11. Hodefasjonen etter en forhodefødsel er ganske forskjellig fra resultatet etter en bakhodefødsel med pannen fortil. En god vane er å studere barnets hodefasjon etter en fødsel; da får man et godt inntrykk av fødselsmekanikken og av kreftene som har virket.

Mange blander sammen occiput posterior og forhodefødsel (som altså **ikke** er occiput posterior). Men hvorfor trenger vi å skille dem, har noen spurt meg. Den viktigste grunnen er at du må vite hvordan hodet vil bevege seg når du skal forløse med tang eller vacuum – da er det essensielt å etterligne hodets naturlige bevegelser.



Fig 12.: Tang ved occiput posterior.

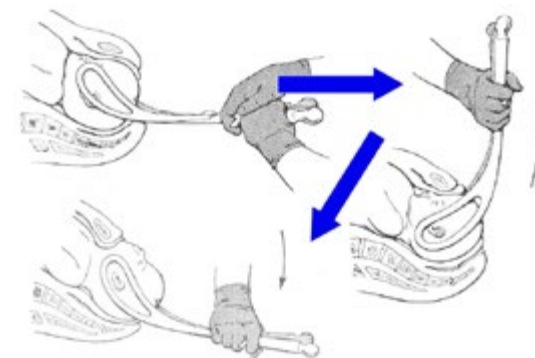


Fig 13.: Tang ved forhodefødsel.

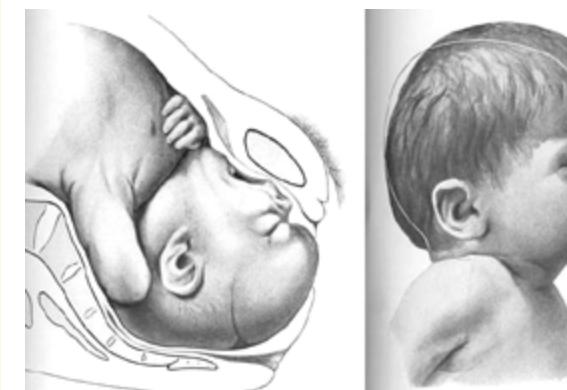


Fig 14.: Pannefødsel.



Fig 15.: Ansiktsfødsel.



Fig 16.: Mento-posteriør ansiktsinnstilling.

Sammenlign figurene 12 og 13, så ser du hva jeg mener. Bildene viser tangforløsning – akkurat det samme gjelder bruk av vacuum. Under forløsningen må du kjenne etter hvor hodet vil og så lede det dit – det er hva tyskerne kaller «Fingerspitzgefühl». En annen viktig ting: Occiput posterior kan ofte med fordel roteres til occiput anterior: manuelt, med tang (Kiellands tang er jo konstruert for dette) eller med vacuum. En forhodeinnstilling må aldri forsøkes rotert. Hodet er konfigurert som vist i Fig 11, og dersom man roterer det slik at ryggen blir liggende fortil, økes omkretsen av hodet i utskjæringen, og risikoen for skade på mor og barn øker.

Pannefødsel

Ved pannefødsel har hodet sin størst mulige diameter: Diameter mento-verticalis. Spontan fødsel kan derfor bare skje ved

rommelig bekken og ikke for stort barn. Heldigvis er det slik at hodet i de fleste tilfeller av panneinnstilling deflekteres videre under fødselen som da ender som en ansiktsfødsel. Det er faktisk slik at de fleste ansiktsfødsler begynner som panneinnstilling. Man kan derfor trygt avvente dersom man finner panneinnstilling tidlig i fødselen. Fig 14 viser pannefødsel. Resultatet til høyre.

Ansiktsfødsel

Hypomochlion er her tungebeten – forsiden av halsen blir liggende under symfyisen mens hodet roterer ut med ren fleksjon som 3. kardinalbevegelse. Største diameter er diameter. submentobregmatica som i gjennomsnitt er 9,5 cm – det samme som ved en vanlig bakhodefødsel. De fleste ansiktsfødsler forløper derfor ukomplisert, men særlig utdrivningstiden kan være mer

langvarig enn ved en bakhodefødsel. Det skyldes to forhold:

- Ansiktskjelettet kan ikke konfigureres slik som resten av kraniet
- Strekkholdningen gir økt friksjon mellom fosterhodet og fødselskanalen

Avbildning av ansiktsfødsel finner du i Fig 15. Jeg kan ikke forlate ansiktsfødselen uten å ta med litt om tangforløsning. Hva gjør du hvis fødselen stopper opp med ansiktet på bekkenbunnen eller dersom det blir langsom fosterlyd her? De som ikke kan bruke fødselstangen må gjøre sectio – et inngrep som ikke er uten komplikasjoner i denne situasjonen. Kun utskjæringstang ved mentoposterior innstilling er aktuell i dag. Ved mentoanterior innstilling er vaginal fødsel ikke mulig (Fig 16). Hodets største omkrets må ha passert bekkeninngangen. Her er det ikke slik som ved bakhodefødsel at største omkrets har

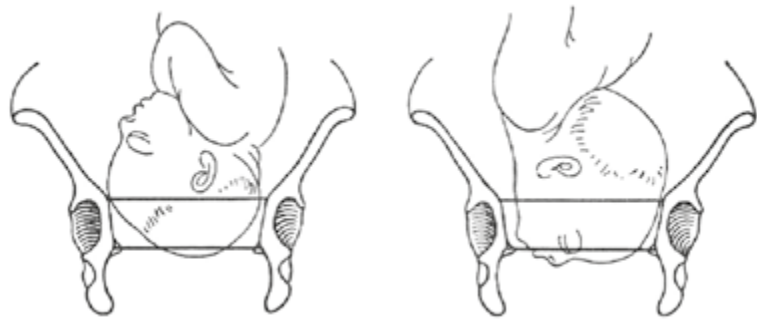


Fig 17.: Forliggende del ved ansiktsfødsel..

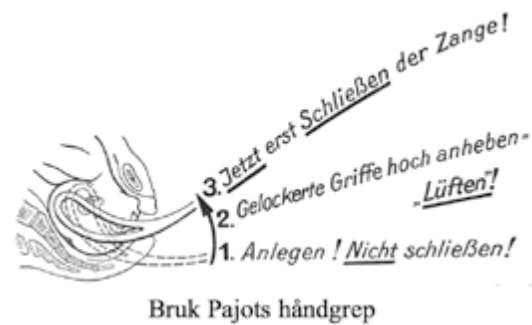


Fig 18.: Tangforløsning ved ansiktsfødsel.

	Fleksjon	Ekstensjon
Occiput anterior		↓
Occiput posterior	■	↓
Forhodefødsel	↑	↓
Pannefødsel	↑	■
Ansiktsfødsel	↑	

Fig 19.: 3. kardinalbevegelse ved hodefødsel (skjematisk).

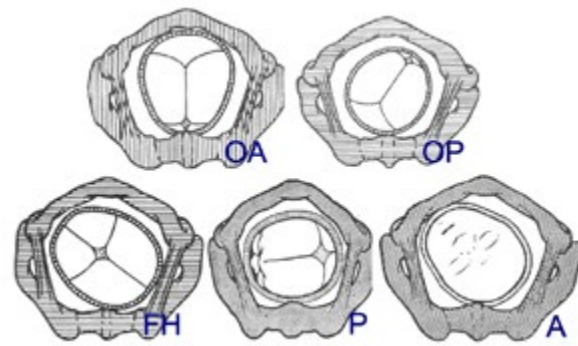


Fig 20.: Palpasjonsfunn ved hodepresentasjoner.

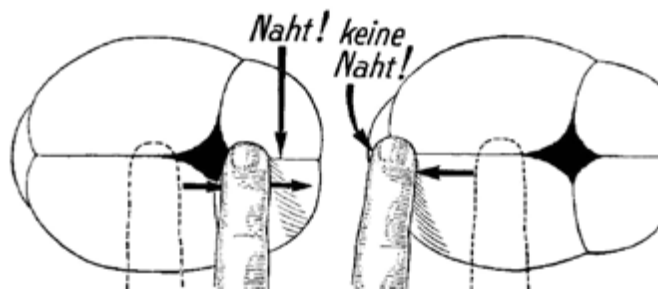


Fig 21.: Skille mellom store og lille fontanelle.

Oversikt over hodefødsler

	Fortliggende del	Dreiningpunkt = hypomochlion	Utskjæring	Største diameter	cm
Normal bakhodefødsel = occiput anterior	Lille fontanelle	Nakke	Ekstensjon	Suboccipito-bregmatica	9,5
Bakhodefødsel med pannen fortil = occiput posterior	Lille fontanelle	Store fontanelle	1. Maksimal fleksjon 2. Ekstensjon	Suboccipito-bregmatica	9,5
(Issefødsel)					
Forhodefødsel	Store fontanelle	Panne	1. Fleksjon 2. Ekstensjon	Occipito-frontalis	11,5
Pannefødsel	Panne	Overkjeve	Fleksjon Ekstensjon	Mento-verticalis	13,0
Ansiktsfødsel	Ansikt	Tungeben	Fleksjon	Submento-bregmatica	9,5

Fig 22.: Tabell hodefødsler.

passert bekkeninngangen når forliggende del er under spinae (Fig 17). **Palper over symfyen**, slik man alltid skal gjøre ved forløsning med tang eller vacuum. Tanganlegget fremgår av Fig 18. Som det står på bildet: Bruk Pajots håndgrep. Vet du ikke hva det er, bør du lære deg det. Pajots håndgrep er nyttig i mange situasjoner når hodet ikke har nådd bekkenbunnen.

Jeg avslutter med tre tabeller/skjemaer. Først en oversikt over 3. kardinalbevegelse ved de forskjellige hodefødslerne: Fig 19. Deretter det jeg synes er aller viktigst å formidle: Palpasjonsfunnet ved de forskjellige hodepresentasjonene – Fig 20. Min oppfordring: Noter pilsømmens og fontanellenes stilling på partogrammet ved hver vaginalundersøkelse. Er du i tvil, gjør deg opp en mening og noter det du tror er riktig. Vi tar alle feil, det bidrar til læring. Det kan være vanskelig å kjenne forskjell på store og lille fontanelle. Den sikreste måten fremgår av Fig 21. Er du fortsatt i tvil, kan du kjenne etter et øre eller bruke ultralyd. Fig 22 viser en sammenfatning av forliggende del, hypomochlion, utskjæring og største diameter ved de fem hodefødslerne jeg har beskrevet.

Figurer er hentet fra:

Fig 2, 3, 10, 12, 13, 17, 18, 20 og 21 er fra W. Psyhrembel: Praktische Geburtshilfe; 11. utgave, De Gruyter, Berlin 1966. Figurene 5, 8, 11, 14, 16 og deler av 15 er fra Ernst Bumm: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. Den er fra 1914; copyright er utgått, den er fritt tilgjengelig på internett. Fig 1 er fra Dyre Trolle: Ars Pariendi; F.A.D.L.S forlag; Århus 1967.

Warming Critical Care – nå i Norge!

Warming Critical Care er en fet krem som brukes som et komplement til legemidler ved behandling av Lichen Sclerosus, Lichen planus og andre hudsykdommer på og rundt vulva, men som også kan brukes på tørr og irritert hud på kjønnsleppene.

Warming Critical Care smøres inn som et tynt lag på og omkring de indre og ytre kjønnsleppene 2 ganger daglig. Den høye fettprosenten på 85% gjør at kremen smelter direkte ved hudkontakt og gjør det enkelt og behagelig å bruke kremen uten at det klisser.

Når man bruker en krem på tørr og irritert hud i underlivet er det viktig at man bruker en krem med så få ingredienser som mulig for å minske risikoen for allergiske reaksjoner. Warming Critical Care er hypoallergenisk og inneholder kun 4 ingredienser; mineralolje, hvit bivoks, en naturlig fuktgiver og under 10% vann – ingenting annet!

Warming Critical Care kan kjøpes hos Vitus Apotek og har varenummer: 994941

Dersom dere ønsker vareprøver eller informasjonsmaterieell til pasienter på deres klinikk, kontakt oss på: info@consumerhealth.no eller ring +46 8 718 04 24



- 0% parabener
- 0% fargestoffer
- 0% parfyme
- 0% konserveringsmidler

WARMING CRITICAL CARE

Alt du trenger å vite om Kreftregisteret

– en annerledes arbeidsplass for en lege

Av Marte Myhre Reigstad

Startet i det små

Mange vet det nok ikke, men patologen Gade i Bergen startet det første norske Kreftregisteret, i samarbeid med Legeforeningen og Folkehelse, i 1907. Registreringen pågikk i nesten 20 år, før registeret ble avvirket. Dette var trolig på grunn av en del strukturelle mangler i helsevesenet, og at ikke innmelding til registeret var lovpålagt. Så, i 1951, ble det bestemt at det skulle opprettes et landsdekkende kreftrregister, og fra 1. januar 1952 var alle landets sykehus, patologiske institutter og røntgenavdelinger pålagt å melde inn alle krefttilfeller. Dette var etter påtrykk fra WHO som etterlyste systematisk registrering av krefttilfeller. Formålet var, da som nå, å kartlegge kreftbildet for å forstå sykdommen og derigjennom forebygge den. Den første perioden var det 4 ansatte på registeret. Sortering og koding av kreftmeldingene ble utført av leger ansatt ved registeret samt registerets leder, overlege Einar Pedersen. Etter hvert ble registreringsoppgaven overført til hullkortsjef Frk. Wang, assistert av Fru Mortensen og Brita (som fortsatt omtales uten etternavn). Etter hvert vokste Kreftregisteret, og i 1983 ble patologen Frøydis Langmark direktør. Hun var opptatt av å gjøre folket kjent med Kreftregisterets arbeid, blant annet ved å være en tydelig aktør i media (Hun var til og med gjest på Skavlan og snakket om cervixcancer). I 1993 ble det oppnevnt et utvalg (kjent som Boe-utvalget) for å utrede en rekke juridiske spørsmål – bl.a. av personvernmessig art ift helseregistre. Boe-utvalget foreslo et nytt regionalt registersystem basert på pseudonym istedenfor på navn og fødselsnummer. Langmark forutså hvor vanskelig det ville være å påvise viktige sammenhenger i folkehelsen ved hjelp av koblinger mellom kreftrregister og andre store helseundersøkelser dersom fullstendig anonymisering eller pseudonym ble påbudt. Hun klarte å begrense personvern hensyn mot felles nytten. Hennes arbeid sikret ikke bare kreftrregisterforskning, men forskning på andre registre som medisinsk fødselsregister og andre store helseundersøkelser.

Innhold i Kreftregisteret

Siden den gang har det blitt en betydelig større arbeidsplass, og nåværende direktør Giske Ursin har nå ansvaret for drøyt 150 ansatte, delt i tre nokså like store avdelinger: Forskningsavdelingen

« Formålet var, da som nå, å kartlegge kreftbildet for å forstå sykdommen og derigjennom forebygge den »



Kreftrregisteret, foto: Elisabeth Jakobsen.

(herunder ligger også Livmorhalsgruppen, der Ameli Trope nå er leder) som driver med forskning innen yrkesrelatert kreftisiko, arvelig kreft, etiologisk forskning og screening (mammografi, og kolorektal screening). Under Forskningsavdelingen ligger også Janus, en biobank som er unik i verdenssammenheng. Banken har serumprøver fra mer enn 300 000 personer. De fleste av disse prøvene er tatt i forbindelse med de store helseundersøkelsene som ble gjennomført på 70- og 80-tallet. Banken har også prøver fra et utvalg av røde kors blodgivere i Oslo. I dag er mer enn 70 000 av disse personene registrert med en kreftdiagnose, og banken gir således en unik mulighet til å se på sammenhengen mellom biomarkører i serum og senere risiko for kreft. Mange forskere ønsker å bruke disse dataene, kombinasjonen av serum-prøver, koblet på registerbaserte kreftdata er unik.

Registerinformatikk avdelingen (ja, du har helt rett, stort sett bare mannlige kollegaer her, men tross alt, hyggelig avveksling for en gynekolog!) holder til borte i gangen. Dette er en viktig avdeling, som holder godt styr på all informasjonen som kommer inn til Kreftregisteret fra hele landet. Ikke minst yter de uvurderlig hjelp når pc'en låser seg eller passordet er glemt etter ferien. Det er med andre ord aldri nødvendig å ringe Sykehuspartner! Og printerne virker alltid.

Sist, men ikke minst er Registeravdelingen, bestående i hovedsak av alle de som registrerer inn kreftmeldinger og koder dem riktig. Her er det mange med helseutdanning, gjerne sykepleiere, ergoterapeuter eller radiografer, og de jobber i grupper, organisert etter

topografi. For eksempel heter en gruppe med kodere HUBRO (Hud, Urinveier, Blære, Prostata) og en annen GYM (Gynekologisk kreft og Mamma cancer). Under registeravdelingen er det også en liten gruppe forskere, statistikere og stipendiater) som forsker på rene registerdata (fremskrivning av insidens, estimering av overlevelser, kreftforekomst hos innvandrere osv).

Kreftrregisterets publikasjon, Cancer in Norway (CIN), slippes hvert år. Den er tilgjengelig for nedlasting på nettet, og her kan du lese om insidens, mortalitet og overlevelse for alle kreftformer i Norge. Når CIN lanseres er det alltid pressekonferanse, og tallene gjennomgås ofte nøye av journalister (kanskje litt forvirrende å kalle rapporten CIN? red.anm).



Figur 1: Cancer in Norway (CIN), Kreftregisterets årlige publikasjon.

Meksikansk fiesta

I fjor flyttet Kreftregisteret fra en gammel murgård bak Colosseum kino på Majorstua, til splitter nye lokaler på Oslo Cancer Cluster Innovation (OCCI), -for de fleste av oss kjent som tomten ved siden av Radiumhospitalet. Å være lokalisert i nærheten av klinikere, og et stort og aktivt kreftforskingsmiljø på Radiumhospitalet skulle være en fordel. Noe jeg ikke tviler på. Men noen av oss ansatte var forferdet over at det ikke var lagt inn garderober og dusj innenfor Kreftregisterets leide lokaler. Helt til vi fant ut at vi kunne dele garderober med alle elevene på Ullern Videregående -snakk om å drikke av ungdomskilden! Vi deler også kantine med dem, noe som er ensbetydende med smoothier, Starbucks kaffe-maskin, lunsj-tilbud på Cola light og Taco-lunsj annenhver fredag! Der er også mulig å holde seg oppdatert på aller siste mote hvis man rekker å spise lunsj i kantina.

Flyttingen sommer-høst 2015 var en stor omstilling, men gikk overraskende bra, og den ble ikke forsinket! Kassene vi pakket ned på kontoret var alle sammen å finne igjen på OCCI etter sommerferien. Utrolig, syntes vi! Og for å feire innflytningen ble det arrangert meksikansk innflyttingsfest. Direktøren og økonomi-sjefen fikk slå på pinata, og vi fikk alle danse samba/rumba/sving til langt på natt i jobbens lokaler. Etterpå fikk vi beskjed om at det ikke var penger igjen til julebord det året, noe alle syntes var helt på sin plass. Bortsett fra julebord, arrangeres annethvert år instituttseminar, med faglig innslag, og sosialt samvær. Kreftregisteret har sitt eget idrettslag som heter Krill, som arrangerer trening en gang i uken, skidag og sosiale sammenkomster ellers i året (type bowling/pizza). Krill stiller selvfølgelig også trofast med lag på Holmenkollstafetten.

3 kjappe til leger ansatt på Kreftregisteret:

Navn: Tom Grotmol

Alder: 64 år

Stilling: overlege

1. **Hvor lenge har du jobbet her?** Siden 1995 (21 år).
2. **Hva liker du best med KRG som arbeidsplass?** For meg som medisiner med spesiell interesse for realfag, har det vært morsomt å arbeide mye med statistikk og modellering innen kreftepidemiologiske problemstillinger. I tillegg er jeg fornøyd med at ledelsen har vært åpen for at forskerne står relativt fritt i å velge egne prosjekter. For øvrig er det et godt og stabilt arbeidsmiljø med mange gode kollegaer som bidrar til stimulerende diskusjoner.
3. **Hva savner du fra den kliniske jobben som lege?** I blant tar jeg meg selv i å savne den personlige tilfredsstillende det innebar å ha pasientkontakt. Imidlertid erkjente jeg tidlig at jeg i bunn og grunn er teoretiker, så jeg rister av meg de følelsene og fortsetter, for å vri på et gammelt Churchill-sitat.
4. **Hva bør en gynekolog vite om KRG?** Hvis en gynekolog ønsker å gjøre et forskningsprosjekt innenfor en gynekologisk problemstilling, er det mange muligheter til det ved å knytte kontakt med relevante fagpersoner på Kreftregisteret.

Navn: Tom K Grimmsrud

Alder: 61

Stilling: Overlege/forsker i Forskningsavdelingen

1. **Hvor lenge har du jobbet her?** 21 år.
2. **Hva liker du best med KRG som arbeidsplass?** Gode kolleger og spennende aktiviteter.
3. **Hva savner du fra den kliniske jobben som lege?** Å se mer direkte resultater av arbeidet, opplevelsen av etterspørsel og levering.
4. **Hva bør en gynekolog vite om KRG?** Kanskje hun/han bør kjenne til rutinepublikasjonene (statistikk om gynekologisk kreft), vite litt om aktiviteten i screeningsystemet, og om HPV-forskningen og kvalitetsregistrene.

Navn: Kristina Kjørheim

Alder: 62

Stilling: Overlege, Nestleder i Forskningsavdelingen

1. **Hvor lenge har du jobbet her?** Siden 1990.
2. **Hva liker du best med KRG som arbeidsplass?** Frihet, inspirasjon.
3. **Hva savner du fra den kliniske jobben som lege?** Ingenting.
4. **Hva bør en gynekolog vite om KRG?** Screeningprogrammet, HPV-forskningen.

Som stipendiat kan man jo føle på at man er et «hår i suppa» eller en student som er på gjennomfart. For andre kan vi kanskje også virke i overkant stresset til tross for en relativt godt avgrenset arbeidsbeskrivelse. Dette til tross, blir stipendiater godt mottatt og tatt vare på, og direktøren selv har kommet bort til meg på kongresser og gitt faglige innspill på prosjektet mitt, både positive tilbakemeldinger, men også nyttig kritikk. En gang i året er det «stipendiat-grilling» hvor man legger frem PhD prosjektet for

forskere og administrasjonen, og beskriver fremgang og videre plan for resten av perioden. Det er alltid litt skummelt, men anses som en kvalitetssikring av PhD og post doc prosjekter som utgår fra Kreftregisteret.

Fremtidsplaner for registeret

De fleste av oss forbinder kanskje Kreftregisteret med et skje-ma som ligger og gnager i meldingsboksen i DIPS, evt dukker det kanskje opp flere ganger etter at du (tror du) har sendt det inn. I fremtiden er det flere ting KRG jobber med slik at all den informasjonen de besitter kan komme bedre til nytte. KREMT (Kreftregisterets Elektroniske Meldtjeneste) er en portal der alle klinikere kan logge seg inn og registrere kreftmeldinger. Planen er at dette etter hvert skal samkjøres med elektronisk pasientjournal. KREMT gjør det mulig å se hvordan din institusjon ligger an når det gjelder stadiefordeling, overlevelse osv. Det skal være kort vei fra informasjonen kommer inn, til den kan sendes ut igjen i form av meningsfylt statistikk. For en del kreftformer finnes kliniske kvalitetsregistre. Her har man opprettet arbeidsgrupper bestående av klinikere, patologer og kodere for å lage spesifikke meldingskjemaer for hver krefttype, dermed kan klinikere selv bestemme hva som er viktig å få med i kreftmeldingene. For eksempel bidro gruppen for kvalitetsregisteret for malignt melanom til at tumortykkelse skulle meldes-viktig, men hadde ikke blitt registrert tidligere. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) er nokså nytt, og er et system der pasienter selv skal kunne rapportere informasjon om hvordan de har det (bivirkninger, funksjon i dagliglivet etc), noe som har vært etterspurt systematisk registrert både fra pasientforeninger og klinikere. Det skal etter planen etableres topografisk, og det er startet opp et pilotprosjekt for prostatakreft.

Nylig har også Kreftforeningen blitt involvert i et samarbeid med forskningsinstituttet Lawrence Livermore National Laboratory i USA. Sistnevnte vil bruke norske helseregisterdata sammen med komplekse datamaskiner for å «forstå» kreftbildet. Datamaskiner skal kunne klare å koble sammenhenger mellom f.eks. risikofaktorer og kreft bedre enn vi mennesker klarer når vi leser artikler og lager regresjonsmodeller. Les mer på <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/visepresident-ser-til-norge/>.

En takknemlig stipendiats hilsen

Alle arbeidsplasser har sin sjarm, og man kan kanskje også alle steder bli lei av kollegaene, kaffen og rutineene. Men jeg har gledet meg til hver dag på jobb, jeg har møtt statistikere, IT folk, sykepleiere, farmasøyter, samfunnsvitere, mm som jobber her. Jeg har lært utrolig mye om hvilket arbeid som gjøres, og når vi har «kaffe og Quiz» hver fredag har jeg lært en del annet nyttig/unyttig også. Jeg har hatt gleden av å jobbe et sted der de ansatte er stolte over jobben de gjør, og har en sjef som viser at hun ser hva de driver med. Mange har sagt til meg når jeg forteller hvor jeg jobber: «Åh, det er drømmejobben min å kunne jobbe på Kreftregisteret».



Gruppeselfie fra innflytningsfesten i Kreftregisteret.

En statistiker-kollega arbeidet tidligere i det private næringslivet. Han kom til Kreftregisteret og var helt oppgitt over at hans tidligere arbeidsgiver bare ønsket at han «kom frem til de tallene de ønsket å se». Det ble for enkelt, siden den teoretiske matematikken ikke kom til nytte. På Kreftregisteret kunne han jobbe med tall som var noe å bite i. Og tall-arbeidet var meningsfylt.

Jeg er heldig som har fått et verdifullt innblikk i en annen side av helsevesenet. Å være ansatt på en annen type arbeidsplass enn den kjente og kjære sykehusavdelingen, har vært inspirerende. Heretter skal jeg alltid med glede sirlig fylle ut kreftmeldinger. Imens jeg tenker på GYM-gruppen som sitter i 4. etasje og tar imot, registrerer, sorterer og lagrer informasjonen i insidensdatabasen.

Tusen takk til Inger Kristin Larsen, Tom Grotmol og Steinar Tretli for innspill og rettelser i artikkelen.

Foreslått lesing:

1. Cancer in Norway <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/>
2. Data quality at the Cancer Registry of Norway: an overview of comparability, completeness, validity and timeliness. Larsen IK, Småstuen M, Johannesen TB, Langmark F, Parkin DM, Bray F, Møller B. Eur J Cancer. 2009 May;45(7):1218-31. doi: 10.1016/j.ejca.2008.10.037. Epub 2008 Dec 16.
3. Cohort Profile: The Janus Serum Bank Cohort in Norway. Langseth H, Gislefoss RE, Martinsen JJ, Dillner J, Ursin G. Int J Epidemiol. 2016 Apr 10. pii: dyw027. [Epub ahead of print]

Test deg selv - hva vet du om kreftregisteret?

1. Hvilket år ble det opprettet?
2. Hvor mange jobber der?
3. Hvor mange land i verden har nasjonale landsdekkende populasjonsbaserte kreftregistre?
4. Hvor mange prosent av alle krefttilfeller i Norge finnes i kreftregisteret?

svart 1. 1952 2. Ca 150 3. 68 4. Ca 97%



Kvinnehelse er mer enn bikinimedisin

Av Elisabeth T. Swärd. Seniorrådgiver kvinnehelse/forskning, Norske Kvinners Sanitetsforening

Livmoren som svar på sykdom

På 1800 tallet anså man livmoren som forklarende for alt som rammet kvinnen. «Hysteriets gullalder», utfolder seg fra omkring 1870 og noen tiår fremover, med 1880 og 90-årene som særlig viktige. I antikken anså man at årsaken til hysteri var at livmoren var på vandring rundt i kroppen i sin søken etter å bli gjort gravid, løsrevet fra sin vanlige plass (Madsen, 2012). Hysteriet ble knyttet eksklusivt til kvinnens kropp og psyke, og konstruert i skjæringspunktet mellom vitenskapelige oppfatninger og forestillinger om kvinnelighet på den tiden. Hysteri kan derfor sees på som en kulturdiagnose dannet på tvers av historiske, faglige og kulturelle skiller. Og det mot slutten av et århundre, der medisinen spesialiseres, legenes makt og anseelse øker og den medisinske orden befester sin legitimitet og fungerer som en viktig premisseleverandør i offentligheten. Utallige hypoteser har som kjent forsøkt å forklare fenomenet hysteri, både gynekologiske, demonologiske, nevrologiske, psykologiske og ideologiske, men ingen enighet finnes, ikke en presis avgrensning eller entydig etiologi heller (Bondevik H, 2009). Hysteriet gikk ikke legestandens hus forbi og hysterektomi ble et av flere midler til behandling, som del av datidens medisinske behandling av kvinnen. Til eksempel trodde man at tuberkulose hadde årsak i uregelmessig menstruasjon og psykisk sykdom ble raskt koplet til problem med livmoren (Schenk-Gustafsson K, 2010). Derfor kan man si at den lingvistiske forbindelsen mellom kvinne, livmor og hysteri, har preget både kulturens metaforiske forestillingsunivers, og den medisinske sykdomsforståelsen i mange år i ettertid (Bondevik 2007), selv om hysteri som diagnose til slutt måtte vike på 1950 tallet og degradert til symptom – heldigvis.

Nasjonsbygger

Men tilbake til 1880-90 tallet. Til en tid da hovedstrømninger som positivism, darwinisme, sosialisme og en gryende feminisme var blant de viktigste strømninger, også i Norge. Norske Kvinners Sanitetsforening etableres (N.K.S.) i 1886, det knaker i unionen mellom Norge og Sverige, og kvinnesaksforkjemperen, kjøpmansdatteren og politikerfruen Fredrikke Marie Qyam (1843-1938) og 100 øvrige kvinner, deriblant Norges første kvinnelige student, Cecilie Thoresen Krogh (1858-1911), gikk i gang med å skaffe sanitetsmateriell til hæren i tilfelle krig. Frihet og selvstendighet var viktig, og sanitetskvinnenes første formålsparagraf lød slik:

«At skaffe Sanitetsmateriel til Brug saa vel i Krig som under Ulykkestilfælde i Fred, og at arbeid for at Kvinderne omkring i Landet gjøres fortlørlig med den første Hjælp i Ulykkestilfælde» (Norske Kvinners Sanitetsforening, 1946.)

Det norske samfunnet var i stor endring rundt unionsoppløsningen i 1905. Sykelighet og dødelighet var fortsatt høy, men medisin og helsevesen var i rask utvikling. N.K.S. begynner derfor umiddelbart å bygge nasjonen Norge (Larsen, Ø, Alsvik B, Nylenna M, Swärd E, 2005). Stemmerett for kvinner kommer på Fredrikke Marie Qyams dagsorden og kampen for velferdsordninger, spesielt for kvinner, starter i regi av sanitetskvinnene. I 1899 erklærte sanitetskvinnene krig mot tuberkulosen. Arbeidsmetoden var enkel og effektiv: først opplysning og så innsamling av midler. Folkebad, helse for mor og barn, sommeropphold for barn og friluftsskoler. Det ene folkehelseiltaket avløste det andre og i 1914 ble den første kontrollstasjon for mor og barn åpnet. Dette var forløperen til dagens helsestasjoner. I 1970 vant sanitet-

skvinnene en årelang kamp, nemlig at det ble lovpålagt at helsestasjoner er en kommunal oppgave (www.sanitetskvinnene.no).

100 år som forskningsaktør

Tidlig forstår sanitetskvinnene at kunnskap og sikker viten er nødvendig for utvikling. I 1916 står den kjente mikrobiolog og kreftforsker Fredrik Gade (1855-1933) på N.K.S. sitt landsmøte i Kristiania og fronter sanitetskvinnene med følgende spørsmål: Nå har vi over 50 000 diagnostisert med kreft i Kristiania, - hva har dere tenkt til å gjøre med det? Sanitetskvinnene startet med innsamling til det kommende Radiumhospital, til radiumet i seg selv, og Kreftfondet ble etablert som det første fond for forskning og utvikling, det første av seks fond. Senere fulgte fond for revmatisme, osteoporose, psykisk helse, barn og unge og kvinnehelse. Nå i 2016 er organisasjonen 120 år og feirer også seg selv som forskningsaktør i 100 år. Den røde tråd og hovedsatsningsområde for organisasjonen i dag er kvinners helse og livsvilkår i et livsløpsperspektiv.

Bikinimedisin og mannen som norm

I og med at det kjønnsspesifikke blikket i medisinen startet med livmoren, har den gjengse oppfatning av kvinnehelse i slangbenevning også fått navnet: "the bikini view", eller bikinimedisin. Det er det medisinske blikket som hviler på bryst og underliv, på de reproduktive organer. Folk flest tenker også på kvinners sykdommer og plager som tradisjonell konsekvens av kjønn og biologi. Kvinner har livmor, eggstokker og melkeproduserende bryst, og spør du «mannen i gata», blir ofte kvinnehelseoppfatningen deretter, om lidelser, plager og sykdom i disse organene. Dette synet gjenspeiles i organisering i hospital og i klinikker, hvor man fortsatt finner



Elisabeth i ExtraStiftelsen.

spesielle avdelinger for kvinner, ofte kvinneklinikker, med avdelinger som er koplet til de reproduktive organer, som gynekologi, føde og barselavdelinger (Schenk-Gustafsson, 2010).

Bikiniblikket kan avsløre og beskrive viktige kjønnsforskjeller og trekk ved kvinners helse, men samtidig kan dette blikket også usynliggjøre og forvrengte kunnskap. I tillegg brukes «mannen» vanligvis som norm for diagnostikk, behandling også i forskningen. Prototypen er fortsatt ofte uansett kjønn, basert på data fra en "70 kg white male". Konsekvensene er at vi vet altfor lite om sykdommer som rammer begge kjønn. For eksempel innenfor hjerte/kar problematikk, infeksjoner etc. (Schenk-Gustafsson, 2010). Ved kun å ha data om mannens kropp, sykdommer og årsaker samt behandlingsbehov, har man utgått fra at denne kunnskapen også gjelder kvinner, med unntak av det som handler om reproduktive organer. I tillegg forverres situasjonen for kvinner ved kvinners manglende deltakelse i forskning og av den kulturelle oppfatningen av kvinnen, og ved å ta for gitt bestemte kulturelle for-

« I antikken anså man at årsaken til hysteri var at livmoren var på vandring rundt i kroppen i sin søken etter å bli gjort gravid, løsrevet fra sin vanlige plass »

estillinger om mannlighet og kvinnelighet. Dagens medisinske diagnose-systemer for eksempel, der menn får sykdomsdiagnoser, som hjerteinfarkt og kvinner ofte får symptomdiagnoser som ryggsmertor, feber, vondt i magen, fibromyalgi. Dette kan gi grobunn for å tenke at det er kvinnens plager som er feil, ikke diagnosesystemet og helsevesenet.

Kjønn er mer enn biologi

For alle som blir syke er det viktig å få rask, adekvat og relevant behandling basert på kunnskap. «Kvinner skal behandles som kvinner» har vår eneste professor i kvinnehelse, Berit Schei ved NTNU

uttrykt i en årrekke og forklarer videre: «Kvinnehelse er et fagområde som formidler kjønns-spesifikk, medisinsk kunnskap forankret i klinisk, biologisk og epidemiologisk forskning» (Sundar T, 2000). Dette mener også Sanitetskvinnene. Det er derfor på tide å løfte blikket fra bikinien når vi skal snakke om kvinnehelse. Et kjønnsperspektiv med flere forklaringsmodeller er nødvendig mener vi. Kjønn som biologi viser til biologiske forskjeller mellom kvinner og menn, og er opplagt relevant for å forstå sykdom og helse fordi noen av forskjellene er absolutte. En person har eller har ikke to X kromosomer, livmor og eggstokker. Andre ulikheter er tendensielle på gruppe-

nivå; i gjennomsnitt har kvinner mindre kroppshår, lavere høyde enn menn, og mindre muskelmasse (NOU1999:13).

Men kvinneforskningen har hatt et anstrengt forhold til disse biologiske forskjeller som absolutt forklaring. Flere kvinner enn menn døde av tuberkulose, og det ble forklart med at kvinner har svakere konstitusjon. Men forklaringen var at kvinner fikk både dårligere ernæring og var mer utsatt for smitte gjennom sykestell og omsorgsarbeid. Et annet eksempel er at kvinners rusmisbruk ble vist til som både uforutsigbar og lunefull og derfor tolket som et uttrykk for en kvinnespesifikk fysiologi. Nå vet vi at drikkemønsteret til kvinner gjerne har andre årsaker som f.eks. deres forhold til mannlig partner eller forhold i arbeidslivet (Arntzen, 2014). Kjønn som identitet kan forstås hvordan den enkelte former seg selv gjennom en egen selvforståelse knyttet til kjønn (NOU1999:13). Et typisk eksempel med betydning for helse er hvordan kvinner ofte knytter sin identitet til nære relasjoner og til å ta vare på andres behov. Dette gir helsegevinster i form av nære nettverk og rom for bearbeiding av problemer, men også helsebelastninger gjennom utslitthet og sårbarhet overfor krenkelser.

Kjønnsuttrykk er måten man uttrykker sin kjønnsidentitet på og kan komme til syne på mange ulike måte, gjennom klær, stil, sminke, hårsveis og atferd. Dette er i likhet med kjønnsidentitet ofte en viktig del av en persons selvoppfattelse. Ikke uproblematiske, fordi det for noen ikke vil være samsvar mellom egen oppfatning av kjønn og det kjønn man er registrert som juridisk. Det å ha et normbrytende kjønnsuttrykk eller en annen kjønnsidentitet enn det samfunnet forventer, medfører ofte diskriminering og/eller ubehagelige opplevelser for den det gjelder. Men vanligvis vil selvforståelsen utvikles i samspill med hva som omgivelsen knytter til det mannlige og kvinnelige, derfor er kjønn også symbol og viser til hvordan kulturen fremstiller det kvinnelige og det mannlige. Kjønn som struktur er et uttrykk for hvordan kjønn knyttes til roller f.eks. i organisering og fordeling av arbeid, makt og privilegier på samfunnets arenaer, muligheter til utdanning, likestilling etc. (NOU 1999:13).

Kjønnsperspektiv på helse og sykdom er nødvendig i forståelsen av hva kvinnehelse er

Det å ha kjønnsperspektivet på helse innebærer å drøfte disse perspektiv og finne forklaringer på hvordan kvinners sykdom kommer til uttrykk, forstått og møtt av helsetjenesten og i medisinen. Det er nå over 10 år siden vi fikk den banebrytende NOU 1999:13 om Kvinners Helse i Norge etterfulgt av Stortingsmelding 16: Resept for et sunnere Norge, som stadfestet: «fordi kvinner og menn er forskjellige, vil ulike tiltak kunne ha ulik effekt og i noen tilfeller må det tas i bruk forskjellige virkemidler overfor kvinner og menn».

Forskning om biologiske kjønnsforskjeller og problemstillinger knyttet til kvinners somatiske og psykiske helse skal innarbeides i strategier for forskningsprogrammer og andre satsinger på kunnskapsinnhenting var løftene (St.meld.16). Men hva har skjedd? Det er over 10 år siden strategien kom og N.K.S. har sammen med flere andre kvinnehelsemiljøer etterspurt behovet for en ny strategi der dagens utfordringer kommer til syne, minoritetskvinnehelse, psykisk helse, konsekvenser av «skjønnhetstyrrani» mm.

Sanitetskvinnene mener også det er behov for en handlingsplan for hvordan sikre rettferdig og likeverdig helse og omsorgstjenester for alle, uavhengig ikke bare av etnisitet, religion, språk og kultur, men også av kjønn. Forskjellsbehandling mellom mann og kvinne er reelt. Denne høsten har vi blitt gjort oppmerksom på forskjellsbehandling ved hjerteinfarkt. Kvinner får dårligere behandling enn menn (Jortveit J, Govatsmark RES, Langørgen J, 2016). I tillegg har vi også blitt opplyst om at menn får over 6000 kroner mer i kreftbehandling enn kvinner (TV2, 15.10). Dette er kunnskap våre helsemyndigheter ikke kan stikke i sanden.

En handlingsplan bør derfor inkludere en nasjonal strategi for hvordan utjevne kjønnsforskjeller i utredning, diagnose og behandlinger innenfor helse og medisin mellom mann og kvinne for å sikre god helse for alle. Strategien bør legge til rette for økt kunnskap og kompetanse om kjønnsdimensjonens betydning. Ett annet krav mener vi bør være å kostnadsvurdere konsekvensene av forskjellsbehandlingen:

Hva koster det oss i samfunnet både av kroner og øre, lidelse og død for kvinner?

Justismyndighetene gjorde det i forhold til vold i nære relasjoner. Vista Analyse utredet hvor mye vold i nære relasjoner koster samfunnet, og beregnet at den samfunnsøkonomiske kostnaden av vold i nære relasjoner ligger i området 4,5 mrd til 6 mrd kroner i 2010 (Vista analyse, 2012). Nå bør helsemyndigheten gjøre det samme.

Det å ha et kjønnsperspektiv på helse innebærer også å ta i bruk kjønns-spesifikk kunnskap der den finnes, og etterspørre eller framskaffe den der den ikke finnes. Kvinner og menn er forskjellige, ulike tiltak kan ha ulik effekt og det kan være behov for ulike virkemidler overfor kvinner og menn. Det å ha et kvinneperspektiv innebærer å fokusere spesielt på kvinners helse på de områder hvor vi vet forhold gjør at et slikt fokus er nødvendig. N.K.S. mener derfor at det er på høy tid et behov for et eget forskningsprogram på kvinnehelse øremerket som et program i NFR, og vi i N.K.S. mener at å bli avspist med et kapittel i likestillingsmeldingen som kom i fjor, ikke holder med tanke på kvinnehelse som faktisk omhandler omtrent 50 % av befolkningen.

Referanser

- Madsen Linn Sollid, Orgasme mot hysteri. <http://forskning.no/psykiske-lidelser-historie-ovvertro-religion-kjonn-og-samfunn-seksualitet/2012/10/orgasme-mot-hysteri>
- Schenk-Gustafsson Karin. Innledning. Från kvinnohälsa til genusmedicin. En antologi. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), Solna ISBN: 978-9189602-39-7)
- Bondevik Hilde, Hysteri i Norge. Et sykdomsportrett. Oslo, Unipub, 2009. ISBN 978-82-7477-329-5
- Bondevik Hilde, La Donna è mobile. – om hysteridiagnosen i Norge på 1800-tallet Tidsskr Nor Legeforen 24: 2007; 127:3254-8 <http://tidsskriftet.no/2007/12/medisinsk-historie/la-donna-e-mobile-om-hysteridiagnosen-i-norge-pa-1800-tallet>
- Norske Kvinners Sanitetsforening, Veiviser til velferdssamfunnet, bind 1, Otta,1995
- Larsen, Øyvind, Alsvik Bård, Nylenna Magne, Swärd Elisabeth. Helse og nasjonsbygging. Oslo Gyldendal 2005) ISBN 9788205346109,
- Sundar Tom: Kvinnehelse i faglig klemme Tidsskr Nor Legeforen: 07: 2000; 120:866-7 <http://tidsskriftet.no/2000/03/vi-intervjuer-berit-schei/kvinnehelse-i-faglig-klemme>
- Kjønnsperspektiv på helse og sykdom. Kap. 2, Kvinners helse i Norge. NOU1999:13.
- Annett Arntzen. Hva betyr et kjønnsperspektiv i helseforskningen? Sarpsborg Arbeiderblad, april 2014. <http://www.sa.no/lokale-nyheter/hva-betyr-et-kjonnsperspektiv-i-helseforskningen/s/1-101-7313828>
- St.meld.nr 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge Folkehelsepolitikken. Del V. En kvinnehelsestrategi
- Jortveit J, Govatsmark RES, Langørgen J, 2016. Kjønnsforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1215–22.
- TV2 nyheter 15.10.16. Norge bruker mer på kreftbehandling til menn enn til kvinner <http://www.tv2.no/nyheter/8650698/>
- Vista Analyse AS. Rapport nummer 2012/41.Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner. ISBN. 978-82-8126-090 <https://www.regjeringen.no/globalassets/uppload/JD/Ingressbilder/Rapporter/voldsmaling2012.pdf>

Hormonell behandling av endometriose

Av Mette Moen, mette.moen@ntnu.no



Et av de siste programpunkter på et vellykket årsmøte i NGF på Lillestrøm var paneldiskusjon om 'den vanskelige smertepasient' med spesiell fokus på endometriose.

Endoskopiutvalget presenterte to kasuistikker med problemer/utfordringer og viste videoer av ulike typer av endometriose. Det ble en god diskusjon mellom panelet og kolleger i salen.

Det er nok mange som er usikre angående hormonbehandling: når, med hva og hvor lenge? Så det kan bli på sin plass med en oppsummering.

Endometriose oppfattes som en kronisk, inflammatorisk tilstand som kan medføre smerte, og barnløshet hos ca en tredel. Sykdommen kan oppstå allerede i puberteten, men symptomene forsvinner hos de fleste etter menopausen. Behandlingen vil hos de fleste være en kombinasjon av kirurgi og hormoner.

Prinsipper for hormonell behandling er at det må tas hensyn til at den ofte blir langvarig, det må tas hensyn til evt. barneønske, og behandlingen må i høy grad individualiseres etter symptomer og sykdomsutbredelse. Hensikt med hormonell behandling er å skape amenore, evt også å redusere østrogennivået. Endometriose er en godartet tilstand, og behandlingen bør ikke gi større plager enn det sykdommen har medført. Infertilitet bedres ikke av hormonbehandling.

Hvilke hormonbehandling kan vi tilby?

P-piller:

- Ofte vil p-piller være førstevalg og kan med fordel tas uten pause. Det vil i starten være vanlig med gjennombruddsblødninger, men det anbefales da tre dagers pause og så fortsettelse. Det er ikke vist at en type pille har fordeler framfor andre.
- P-pille har de vanlige kontraindikasjoner, og er ikke første valg hos de noe eldre pasienter.
- Kan ikke skrives på blå resept.

Gestagener:

Er alternativ til p-pille, og hos noen vil det være førstevalg.

- Produkter med MPA, medroxyprogesteronacetat (Provera tabletter og Depo-Provera depot) er registrert for endometriose og kan som de eneste gestagener utskrives på blå resept. Provera gis i dose på 10 mg x 3, evt høyere hvis det ikke oppnås amenore. Ved god effekt kan det skiftes til Depo-Provera. Det kan også startes med Depo-Provera med injeksjoner hver måned til det kommer amenore. Problemet er at injeksjonsbehandlingen kan ha effekt i opptil ett år etter siste sprøyte. Det har vært bekymringer for redusert bentetthet, spesielt hos de helt unge og de som nærmer seg menopausen, men det kan kanskje forbygges med et tilskudd av østrogen?
- Visanne, dienogest, er spesielt utviklet for endometriose, men kan ikke utskrives på blå resept. Noen bruker derfor i stedet det billigere Cerazette, men dokumentasjonen for effekt ved endometriose er svakere. Ved begge preparater oppnås amenore bare hos ca en tredel.
- Primolut (noretisteron acetat) er i Norge ikke registrert for endometriose, men brukes i mange land i mindre doser enn vi er vant til, f.eks. 5 mg daglig (en tablett). Gestagenet har en viss østrogen effekt, og en ikke ubetydelig metabolitt er ethinyløstradiol. Så det skal vises forsiktighet ved trombofili. Det har gunstig effekt på beinmassen.
- Gestagenspiral er et nytt tilbud som også kan forsøkes ved dyp rektovaginal endometriose.

GnRH-analoger:

Er sjelden første valg, men kan brukes hvor annen behandling har gitt bivirkninger. Behandlingen kan iverksettes i påvente av IVF hvor det med fordel kan gonadotropin-stimuleres hos pasienter som er hormonelt 'nedregulert'. Det er ikke studier som viser at GnRH-analoger er mer effektivt enn andre hormonelle behan-

dlinger. Noen måneders behandling med GnRH-analog kan forsøkes som en test på hvordan det vil oppleves å bli ooforektomert.

Informasjon er viktig. Pasienten må forberedes på 'flare-up' effekt etter 2-3 ukers behandling med forverring av symptomer og blødning som kan bli rikelig. Etter ca 3 måneders bruk kan effekten evalueres, og behandlingen bør seponeres ved manglende effekt. Ved effekt fortsettes med 'add-back' i form av østrogen/gestagen (f.eks. Activelle eller Livial). Det er i prinsipp ikke begrensning i varighet av behandlingen, men langtidsstudier er mangelfulle. Noen kvinner behandles til forventet menopausealder. GnRH-analoger kan skrives på blå resept, men ikke tilleggsbehandling.

- Synarela (nafarelin) er nesenspray som egner dårlig ved langtidsbruk
- Zoladex (goserelin) og Procren (leuprorelin) er subkutane depotpreparater som er likeverdige. Depot kan settes hver måned eller hver 3.måned. Vær oppmerksom på at det kan ta mange måneder før syklus gjenetableres etter seponering av 3-måneders dosering.

Hormonerstatning etter ooforektomi:

Selv om uterus også er fjernet, er det sikrest å substituere med kontinuerlig kombinasjon av østrogen og gestagen for å hindre residiv av evt. endometrioserester og for å hindre evt. malign transformasjon.

Oppfølging

Uansett valg av behandling, er oppfølging viktig. Noen medikamenter (spesielt GnRH-analoger) er kostbare, og alle hormonbehandling har bivirkninger. Kontroll etter tre måneder, seks måneder og så evt. årlig er god rutine. Rask kontroll ved uventede hendelser (som f.eks. nyoppstått blødning eller nye smerter) er viktig. Oppfølging kan med fordel skje hos praktiserende gynekologer for å sikre kontinuitet i behandling.

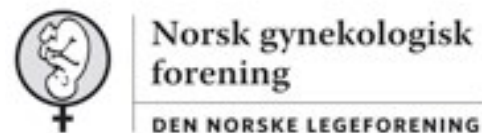
Diskusjon om behandling kan skje på nettstedet *Hormoner og Endometriose* under:

<https://legeforeningen.no/Community/Grupper>

Informasjon

Pergotime vil bli avregistrert fra nyttår. Letrozol kan bli et 'off-label' alternativ. Se informasjon på ovennevnte nettsted.





Møtereferat generalforsamling Norsk Gynekologisk Forening 2016

Thon Arena, Lillestrøm torsdag 27.10.16 kl 17.00 -18.30 i forbindelse med årsmøtet i Norsk gynekologisk forening.

Tilstede: 49 medlemmer

Fra NGF-styret: Marit Lieng (leder), Stine Andreasen, Nils-Halvdan Morken, Arild Kloster-Jensen, Ingrid Volløyhaug, Malin Dögl.

Valg av følgende ved akklamasjon:

Dirigent: Marit Lieng

Referent: Malin Dögl

Protokollunderskrivere: Jone Trovik og Knut Hordnes

Godkjenning av møteinnkalling/dagsorden

Minnestund

Med ett minutt stillhet mintes

Helga Birgitte Salvesen †20.1.2016, Rudolf Altenau †4.2.2016,

June Eccles Theisen †25.5.2016 og Knut Hareide †28.9.2016.

Årsmelding 2015 ved Jone Trovik

Jone Trovik presenterte de viktigste sakene som ble behandlet av NGF-styret i 2015. Årsmeldingen kan leses i sin helhet i Gynekologen nr 3, 2016. Ingen innsigelser eller kommentarer til årsmeldingen.

Regnskap presentert ved kasserer Arild Kloster-Jensen

Regnskap 2015: Underskudd kr 303.680. Årsaken er mindre inntekter ved kurs, mindre renteinntekter, underskudd ved produksjon av Gynekologen, dyrere utlandskontingenter på grunn av svakere norsk kronekurs samt frikjøp av leder.

Revidert budsjett 2016: Underskudd kr 200.908. Det er tilkommet økt renteinntekter etter omplassering av deler av foreningens midler i fond.

Revidert budsjett godkjent ved akklamasjon.

Budsjett 2017: Underskudd kr 320.000. Skyldes i hovedsak store utgifter til kontingenter (NFOG, ENTOG, FIGO), underskudd gynekologen og frikjøp leder.

Revidert budsjett godkjent ved akklamasjon.

Fastsettelse av ekstrakontingent

Det overføres ikke penger i solidaritetsfondet i 2017 og medlemskontingent økes med kr 300/medlem i 2017. Dette medfører nullbudsjett for 2017. Med disse endringer godkjennes budsjettet for 2017 med akklamasjon.

Det besluttes at Gynekologens fremtid som papirjournal settes på agendaen til generalforsamlingen i NGF 2018.

Årsrapporter:

Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, Fosterovervåkningsgruppen, Spesialitetskomiteen, NFGO, FUGO, NPE-utvalget, NFOG vitenskapelig komite m.fl. Samtlige rapporter er publisert i sin helhet Gynekologen Nr 3, 2016. Det bemerkes av Rolf Kirschner at det er en meget kort årsrapport fra Kvalitetsutvalget. Utover dette ingen innsigelser eller kommentarer til årsrapportene.

Saker fremlagt av styret:

1. NGF styret foreslår endringer i vedtekter/statutter for Norsk gynekologisk forenings solidaritetsfond for kvinnehelse.

Det foreslås at søknadsfristen endres fra 01.05. til 15.08. hvert år. Søknader må inneholde et budsjett der plan for anvendelse av tildelte midler fremgår (nytt punkt), mottatte midler må benyttes innen påfølgende år etter tildeling (nytt punkt) og rapport etter bruk av tildelte midler publiseres i Gynekologen (nytt punkt).

Endringene godkjennes ved akklamasjon.

2. NGF styret anbefaler at det årlige NGF vårmøtet avvikles på grunn av sviktende oppslutning.

Godkjennes ved akklamasjon.

Saker fremlagt av medlemmene:

Den nye spesialiststrukturen er et viktig fagpolitisk tema. Hvordan jobber NGF med dette? (Pernille Schønsby)

Orientering fra Spesialitetskomiteen ved Jeanne Mette Goderstad (leder) og Ingeborg Bø Engelsen (nestleder) om ny spesialiststruktur. Det orienteres om arbeidet som er gjort i av spes. kom. I samarbeid med NGF styret, og hva som vil skje fremover. Det orienteres om at det vil komme ut høring i desember. Medlemmene oppfordres til å vurdere høringen og gi tilbakemelding til styret eller spes. kom..

Valg:

Ny valgkomite:

Følgende medlemmer foreslås valgt: Knut Hordnes, Tone Shetelig Løvvik og Anny Spydslaug. Valgt ved akklamasjon.

Nytt medlem til kvalitetsutvalget:

Anne Flem Jacobsen foreslås. Valgt ved akklamasjon.

Årsmøtested 2018

OUS foreslås. Valgt ved akklamasjon.

Sted/dato:

Jone Trovik

Knut Hordnes

Referat, Lillestrøm 26.-28. oktober 2016: ÅRSMØTE NORSK GYN. FORENING

Av Magne Halvorsen

Allerede på banketten ved årsmøtet i Bergen i fjor la AHUS lista høyt med den spenstige invitasjonen til neste års møte i Lillestrøm. Og de innfridde forventningene.

Årsmøtet ble arrangert sentralt i Lillestrøm i hotell Arena. Det er et romslig, lyst og luftig hotell med rikelig plass til utstillere og deltakere. Det var 256 påmeldte deltakere og 57 utstillere fordelt på 28 ulike firma. Møtet begynte med formøter onsdag ettermiddag kl. 17.30. Selv deltok jeg på NUGG møtet ledet av Mariann Eidet. Nyttig og interessant innhold som varierte fra Botoxinstillasjon i blære med kateter, til anbud og innkjøp av inkontinens-slynger.

Så gikk vi i nesten samlet flokk til gettogether arrangement i Lillestrøm kultursenter. Det var god oppslutning og som vanlig veldig hyggelig å treffe kjente og ukjente kolleger. Vi fikk servert utmerket tapasbuffet med hovedvekt på det maritime. Karianne Sagberg og Jørgen Perminow fra den lokale organisasjonskomiteen presenterte den uhyetidelige spørreundersøkelsen som de fleste hadde besvart. Utrolig hvor mange artige svar man kan få ut av en slik undersøkelse. Noen hovedtrekk var at yngre gynekologer liker obstetrikke bedre enn eldre og at privatpraktiserende gynekologer er mer fornøyd med jobben enn sykehusleger. Men de har flere skilsmisser! Fornøydlig innslag. Og veldig hyggelig: *Norges gynekolog nr. 1 ble Tore Henriksen*. De fleste fant nok greit tilbake til hotellet da gangveien var merket med selvlysende spekler. Kult.

« Kjønnssdysfori eller transseksualitet innebærer at personen har motsatt kjønn i hjerne og kropp/kjønn »

Selve årsmøtet startet kl. 0900 Torsdag morgen med fullsatt plenumsal. Sykehusdirektør ved AHUS Øystein Meland åpnet høytidelig årsmøtet og var tydelig stolt av nye AHUS og mente at det var Lillestrøms største attraksjon. Etter en ungdommelig og frisk danseoppreden åpnet vår nye leder Marit Lieng den faglige delen av møtet og ønsket alle kolleger og utstillere velkommen.

Første foredrag FØDD I FEL KROPP om kjønnssdysfori ved Gunnar Kratz, professor i plastisk kirurgi, Linkjøping universitet i Sverige var utrolig bra. Kjønnssdysfori eller transseksualitet innebærer at personen har motsatt kjønn i hjerne og kropp/kjønn. Tilstanden er svært alvorlig og selvmordsraten er skyhøy. Halvparten av pasientene begår selvmord før 30 års alder! Kjønnssdysfori blir mer og mer anerkjent som sykdom og stadig flere får behandling. I 2015 ble 207 pasienter i Sverige operert med kjønnsskifte. Det er likt fordelt mellom kvinne til mann som mann til kvinne. Behandlingen strekker seg over 3 år og starter med utredning ved psykiater, psykolog, sosionom, kromosom-analyse, hormonell utredning osv. Deretter er det hormonterapi, hårfjerning, logopedi og til slutt kjønnss-bytte operasjon ved plastikkirurg og gynekolog. Vi fikk se imponerende bilder på resultater både på kvinne til mann og omvendt. Faktisk så bra at en tidligere mann ble tatt for å være

flergangsfødende kvinne ved gynekologisk undersøkelse ved kollega- riktignok svensk!

Så var det kaffepause med besøk på ulike stands og hyggelig prat med utstillere og kolleger. Stort utvalg i utstyr både for obstetrikke og gynekologi i sykehus og praksis. Det var 24 poster presentert. Alle med god kvalitet. Tema varierte fra «Invasiv placenta» til «Gjennomførbarhet og sikkerhet av transvaginal biopsitaking av adenomyose for forskningsformål». Den førstnevnte ved Pernille Trent et al fra OUS vant prisen for beste poster. Den siste ved Tina Tellum et al fra OUS vant Actaprisen.

Første bolk med frie foredrag var viet obstetrikke og startet med Anne Tandberg fra Haukeland som presenterte studie på Tvillinginsidens i Norge i perioden 1988 til 2014 med fokus på assistert befruktning. Hun viste nedgang i insidens av Tvillinger ettersom IVF klinikkene mer og mer kun setter tilbake ett embryo. Vi fikk også høre Solveig Bjellmo fra Ålesund presentere sin studie på setefødsel og risiko for CP basert på data fra Norsk Medisinsk Fødselsregister og Cerebral Parese registeret i Norge. Hun konkluderte med at det ikke var økt risiko for CP ved setefødsel i Norge. Derimot var det økt risiko for perinatal mortalitet. Flott studie og presentasjon og hun vant da også prisen for beste obstetriske foredrag.

Så var det matpause og de av oss som hadde meldt oss på kunne kombinere forelesning om overaktiv blære og lunsj. Interessant og matnyttig foredrag av dr. Dudley Robinson ved Kings College London for en stappfull sal.

2. bolk av frie foredrag var gynekologi. Her fikk vi blant annet høre av Stipendiat

Nora Johansen, Arendal, at kun 51,7% av kvinner mindre enn 53 år og uten brystkreft og som er operert med Risiko Reduserende Salpingo Oophorectomi RRSO brukte HRT. Her har vi et ansvar. Fint foredrag og studie. Vi fikk også høre Renate Torstensen OUS/ Bodø presentere 3 kasus med alvorlig utfall av sannsynlig gassemboli ved hysteroskopi. Hun presenterte kasuistikkene og mulig årsaken til luftlekkasje fra uterus til vener og patofysiologien som førte til to dødsfall og en alvorlig senskade. Tankevekkende, lærerik og flott presentert. Hun vant prisen for beste gyn. Foredrag. Vel fortjent!

Så var det ny kaffepause før fagpolitisk debatt: «To STAN or not to STAN» Sesjonen starter med Edwin Chandharan, leder for fødeavdelingen St. George's University Hospital London med over 5000 fødsler. Han snakket ikke så mye om STAN, men desto mer om hans meget kritiske holdning til scalp pH illustrert med utallige bilder av seg selv som blir kuttet i hodebunnen. Deretter holdt Professor Emeritus Per Olofsson ved Universitetet i Lund en forsvarstale for STAN der han blant annet plukket den Amerikanske studien på STAN grundig fra hverandre.

Til slutt hørte vi Professor Niels Ulbjerg Aarhus Universitet. Han kommer fra et sykehus og region i Danmark som er skeptiske til STAN og kunne vise til meget gode resultater i sitt sykehus ved bruk av CTG og scalp pH. Det var nok vanskelig å trekke en klar konklusjon av hva som er beste overvåkingsmetode. Trolig er det slik at gode rutiner og samvittighetsfull overvåking av flinke fødselsjelpere gir gode resultater.

Da var det tid for generalforsamling. Det var bra oppmøte og god møteledelse ved Marit Lieng. Hovedtema var ny spesialiststruktur. Saken ble lagt fram av Jeanne Mette Goderstad som er ny leder for spesialitetskomiteen. Sammen med Ingeborg Bø Engelsen ga hun oss et innblikk i framtidens utdanningsstruktur. Det skal legges mer vekt på oppnådd kompetanse og evaluering av den enkelte kandidaten enn antall år med gyn/obst, og antall utførte operasjoner. Og gruppe 1 tjeneste forsvinner.

Banketten torsdag kveld var kjempehyggelig. Mange pene og blide mennesker. God mat og gode viner. Jørgen Berminow og Anne Eskild var toastmastere. Det var gode, litt på kanten vitser og stemningen var høy. Vi hørte et nydelig musikalsk innslag med sang og klaver fra to elever ved Lillestrøm videregående. Vår utmerkede leder Marit Lieng holdt en underholdende og humorfylt tale på klingende nordlandsdialekt.

Så var det utdeling av priser: Utdanningsprisen gikk til St. Olavs hospital ved Tone Løvvik som ble veldig overrasket og veldig glad. Tom Tanbo fikk Bayerprisen. Actaprisen gikk til Tina Tellum et al. Pernille Trent –OUS fikk pris for årets Poster. Og NGF's Hederspris ble overrakt til Bjørn Backe, St. Olavs Hospital. Veldig fortjent og populært.

Våre kolleger fra Stavanger Universitets-Sykehus takket for maten og ønsket oss velkommen til neste årsmøte i Stavanger. Så hadde de en fantastisk presentasjonsvideo med imponerende gitartrio -Ragnar Sande, Philip von Brandis og Olav Nordbø med Erik Andreas Torkildsen på slagverk. Skikkelig trøkk. Vi gleder oss.

Programmet fredag begynte presis kl. 09 med godt oppmøte. Tema var graviditet, fødsel og utvikling av bekkebunnssdysfunksjon. Vi hørte 3 gode foredrag fra ulike vinklinger av Maria Gyhagen, overlege, Sahlgrenska Gøteborg, Jette Stær-Jensen, overlege AHUS og Astrid Betten Rygh overlege SUS. Det er sikkert at fødsler gir økt risiko for decens og inkontinens. Fødsel av barn > 4500 gram gir 50% risiko for urininkontinens og 15% risiko for fecal inkontinens. Risiko øker ved tangforløsning. Og sectio forebygger mot bekkenbunnsskader. Men det må gjøres 10 sectio for å forhindre en kvinne fra å få decens. Et lyspunkt er at god støtteteknikk og fokus på bekkenbunnen under fødsel gir gode resultater. Og trolig kan tøying av perineum sent i svangerskapet forebygge fødsels-skader.

Neste bolk med frie foredrag var viet gyn. onkologi. Vi fikk høre Ingvild Vistad Kristiansand med sin studie på kontroller etter gyn-kreftoperasjoner. 83% av

recidivene kommer i løpet av de første to årene. Kontroller ved gynekolog etter 2 år gir liten gevinst for pasienten. Jone Trovik, Haukeland, presenterte en tankevekkende studie fra 10 gyn.avdelinger i Norge, Sverige og Belgia som til sammen hadde operert 1302 pasienter for endometriecancer. Operasjon sent i uken, onsdag-fredag ga dårligere 5 års sykdomsspesifikk overlevelse enn de som ble operert mandag og tirsdag. Faktisk > 40% økt risiko for å dø innen 5 år. Kanskje man bør operere kreftpasienter mandag og tirsdag når man er mest opplagt og de beste operatørene ikke er opptatt på kongresser eller langweekend på hytta?

Så var det lunsjsymposium hvor vi hørte mikrobiolog og PhD Paul Kvakman Holland foredra om aloverabasert gel som behandler og forebygger bakteriell vaginose og candidainfeksjoner. Interessant og oppløftende hvis alternativer til antibiotika og antimykotika virkelig har effekt. Neste bolk med frie foredrag var obstetrikke. Mange gode og interessante foredrag, Anne Eskild AHUS presenterte studien til Tom Tanbo OUS et al om tidlig HCG måling ved IVF svangerskap dag 12 etter embryotransfer. Det var store variasjoner. Lave verdier ga lengre svangerskap og konklusjonen var at det var store ulikheter i tid til implantasjon av embryo.

Siste sesjon i dette årsmøtet var viet smertepasienter og laparoskopi. Klaus Oddenes ga en fin oversikt over hvordan unngå og takle komplikasjoner ved laparoskopi. Siste del av programmet ble ledet av Stine Andreasen OUS og Guri Majak OUS. Et panel av Anton Langebrekke og Unni Kirste, OUS, og Mette Moen, St. Olavs Hospital, diskuterte diagnostikk og behandlingsforslag for to smertepasienter. Publikum var med i form av elektronisk tilbakemelding. Særs matnyttig og interessant bolk.

Til slutt var det utdeling av pris for beste frie gyn.foredrag til Renate Torstensen og beste frie obstetrikkeforedrag til Solveig Bjellmo. Leder Marit Lieng avsluttet møtet som på alle måter var vellykket. Vi ser fram til neste møte i Stavanger.

NGF's Hederpris til Bjørn Backe

Av Knut Hordnes

Bjørn Backe er en meget verdig vinner av foreningens Hederspris. Han får prisen for sitt sterke og brede engasjement både klinisk, akademisk, faglig og fagpolitisk, og for mangeårig innsats i foreningsarbeidet.

Årets vinner var kanskje determinert til å bli gynekolog, med far som lege og mor som jordmor. Han er oppvokst i Brumundal, tok artium i 1966 og studerte medisin i Wien og Würzburg. Bjørn så for seg en karriere som distriktslege men et kort vikariat ved Kvinneklinikken Sentralsykehuset i Trondheim før turnus, ble bestemmende for det videre løpet. Han ble gift med en trønder og fikk vekket interessen for faget.

Etter turnus, militærtjeneste og 2,5 år generell kirurgi i Stokmarknes havnet han så i Trondheim og har hatt to perioder ved RIT/St Olav:

I første periode 1978-84 var han assistentlege/reservelege, og ble spesialist i 1983. I årene 1984-1992 hadde han så et avbrudd fra klinisk medisin for å dyrke forskerinteresser: og var forsker og gruppeleder ved NIS (Norsk institutt for sykehusforskning). I denne tiden arrangerte han blant annet konsensuskonferanser om viktige tema som om ultralyd screening (1986 og 1995), om østrogen og mammografi screening, og om mindre gynekologiske emner som kolesterolbehandling. En forløsning i rett tid gir mange kvalitetsjusterte leveår i forhold til statinbehandling, og Bjørn valgte å gå tilbake til klinikken.

Neste periode ved St Olav varte 20 år fra 1992 til 2012, nå som overlege og i perioder seksjonsoverlege ved Fødeavdelingen. Han ble dr. med. i 1995 med avhandlingen heter «Studies in antenatalcare». 7 artikler og er selvfølgelig førsteforfatter på alle.

Bjørn var NTNU ansatt fra 1995 -2013. Fra 2003 professor I, fra 2011 professor II og i 2013 professor emeritus. Han er glad i å uttrykke seg skriftlig og har skrevet rundt 80 artikler og vel 60 andre skriftlige arbeider (rapporter, bokkapitler, kronikker, debattinnlegg osv.) Ser en i Pubmed er første artikkelen fra 1980 om spiralinnsettning etter abort, i den siste fra 2015 beveger han seg noe bort fra faget; tittelen er Nakkeskudd med helbredelse. Hovedtyngden ligger likevel inne fag og fagpolitikk. Spesielt har han vist interesse for svangerskapskontrollen og verdien av dette som screeningprogram, og har engasjert seg i perinatalkomiteene. Han har veiledet 37 medisinske studenter i forbindelse med hovedoppgaven, har vært hovedveileder for en doktorgrad og biveileder for to, og ti ganger vært opponent ved PhD disputaser.

Fremfor alt har Bjørn lang fartstid i foreningsarbeid. Han debuterte som YLF tillitsvalgt, og representerte Stokmarknes og KK RIT, og senere Sør-Trøndelag i YLF landsråd.

Han tjente 8 år (to perioder) i Spes. kom., først som medlem 1994-98 og så leder i perioden 1998-2002. I denne sammenheng



Knut Hordnes deler ut hedersprisen.

ble han også leder av Utdanningsnemnden i NFOG fra 1998 og stilte dermed i NFOG styret fram til 2002. Siden representerte han NGF i NFOG og har dermed til sammen 12 års fartstid i NFOGs styre.

Bjørn var i NGFs styre i 6 år, først som nestleder 2006-2010 før rev til seg makten og ledet foreningen i perioden 2010-2012.

Undertegnede har vært sammen med Bjørn i NGF styret i 6 år og det har vært en stor glede å arbeide sammen med årets prisvinner. Han er arbeidsom og har frontet vanskelige saker for eksempel om overtidig svangerskap. Han er en god skribent og forfatter av en rekke gode og enkelte drepende høringsvar. Klassikere som burde vært pensum for nye styremedlemmer er hans Høringsvar om lokalsykehusene fra 2006 Et trygt fødetilbud fra 2010.

Bjørn er nå pensjonist men er fortsatt faglig engasjert nemlig i NPE, NEL og med lærebok for jordmødre. Han har nylig laget App for egenregistrering av SF mål. Han er en sprek pensjonist som klatrer (Norsk Geriatrisk Klatrekompani) og padler (Jonsvannet), og har tid til pleie familien som inkluderer fire barnebarn (og en veteran Porsche).

Med tildeling av Hedersprisen takkes Bjørn for betydelig innsats gjennom mange år.

Solid senior

Av Jone Trovik

Årets pris ble tildelt Tom Tanbo for sitt mangeårige engasjement og forskningsaktivitet innenfor reproduksjonsmedisin.



Tom Tanbo mottar forskningsprisen fra Bayer.

Han startet sin gynekologiske tjeneste 1979, først i Aust-Agder men fra 1984 på Rikshospitalet, fra 1986 som overlege. Han har vært leder for Reproduksjonsmedisinsk seksjon ved Rikshospitalet OUS 1997- 2014, kun avbrutt av perioden 2006-10 da han var leder for Nasjonal Kompetansetjeneste for kvinnehelse.

Sin første gynekologiske artikkel publiserte han i 1985 om retrofleksio uteri; et 5 årsmateriale om kirurgisk behandling av dette. Han tok sin medisinske doktorgrad 1991 med tittelen "Clinical studies with particular attention to ovarian stimulation, oocyte retrieval and transfer of gametes or embryos." Avhandlingen inneholdt 8 delarbeider, 5 om kontrollert ovarie hyperstimulering.

Tanbo har 145 PubMed annoterte publikasjoner, 34 som første-forfatter og 37 som sisteforfatter.

Publikasjonene hans er først og fremst innenfor reproduksjonsmedisin men spenner også over tema som residiverende spontanabort, vaginal involvering ved genital erosiv lichen planus til Seksuell aktivitet og funksjon etter risikoredusernde salpingooforektomi.

Tanbo ble bedømt professorkompetent 1995 og ansatt som professor ved universitetet i Oslo 2008. Han har veiledet 14 PhD kandidater, 4 som hovedveileder. Han var grunnlegger og første president av NOFAB; Norsk Forening for Assistert Befruktning og har sittet i styret i Nordisk FertilitetsForening.

En velfortjent pris for både klinisk og akademisk virke innenfor fertilitetsmedisin!

Repadina®
plus

**– den naturlige løsningen
mot vaginal tørrhet**



Har du vaginal tørrhet vil du sikkert gjenkjenne én eller flere av disse symptomene:

- Tørrhet eller ømhet i vagina
- Kløe og irritasjon i vagina
- Smerte ved samleie
- Ubehag ved å ha på seg stramme klær

Prøv Repadina Plus og erfar effekten

- Repadina Plus inneholder kroppens eget hyaluronsyre som bidrar til å bygge opp celler, derfor hjelper Repadina Plus deg mot vaginal tørrhet.
- Repadina Plus er et hormonfritt produkt som medvirker til gjenoppbyggingen av slimhinnene i vagina.

Repadina Plus er reseptfritt, uten hormoner, parfyme og parabener. -Tilgjengelig i alle Bandabutikker og på alle apotek!

Repadina Plus 5-pakning kan bestilles direkte fra leverandør kr 700,- inkl. mva og frakt).
Telefon: 21 55 59 90 - Faks: 21 55 59 94
E-post: info.no@azanta.com

Azanta

Azanta AS | Postboks 39, Tveita | 0671 Oslo

PRISER NGF 2016

Beste frie foredrag gynekologi:

Renate Torstensen (Bodø/OUS)
Gasseboli under hysteroskopisk kirurgi

Beste frie foredrag obstetrik:

Solveig Bjellmo
Forløsning av seteleie – en risikofaktor for cerebral parese?

AOGS posterpris:

Tina Tellum (OUS/UiO)
Gjennomførbarhet og sikkerhet av transvaginal biopsitaking av adenomyose for forskningsformål

Publikums posterpris:

Pernille Bjerre Trent (OUS)
Invasiv placenta

Beste utdanningsinstitusjon:

St. Olavs Hospital



Fornøyde Trøndere med pris for beste utdanningsinstitusjon.

Referat, Lillestrøm 21. oktober 2016: NGF Lederforum

Av Marit Lieng

Dette var oppstarten på et lederforum for medlemmer i Norsk Gynekologisk Forening. Undertegnede var initiativtaker, møtet ble finansiert av AHUS og ledet av Pernille Schjønshy (klinikkleder ved Kvinneklinikken, AHUS).

14 hadde meldt seg på lederforumet, og det dukket opp et par til. Dette var slett ikke verst deltagelse på denne nykommeren, gitt tøff konkurranse fra mange etablerte formøte-gjengangere på samme tidspunkt.

Charlotte Wilken-Jensen, leder av Danmarks største Kvinneklinikk på Hvidovre sykehus holdt et foredrag med tittelen "Ledelse

i gyn/obst. Fryd eller Forbandelse". I foredraget delte Charlotte erfaringer fra sin karriere med lederstillinger både i store og små avdelinger, og mange tanker rundt det å være leder. Foredraget var meget interessant, formen var uformell og mange av deltagerne kommenterte og stilte spørsmål underveis.

Det var stor enighet blant deltagerne om at det er behov for et NGF lederforum og at vi ønsker å fortsette og arrangere dette som formøte på kommende årsmøter. Lederen på vertsavdelingen hvert år får ansvaret for dette, og Erik Andreas Torkildsen, leder ved Stavanger Universitetssykehus, har tatt ballen og lovet oss nytt lederforum i Stavanger i 2017.



PK TECHNOLOGY

POWERING GYNECOLOGY

PK TECHNOLOGY er et impedans-kontrollert bipolar energisystem som er spesielt utviklet for å forbedre ytelsen og allsidighet i laparoskopisk gynekologisk kirurgi. Olympus tilbyr et komplett utvalg av multifunksjonelle laparoskopiske instrumenter, hvert individuelt designet for et bestemt bruksområde.

PK TECHNOLOGY instrumenter har vært etablert i markedet i mer enn ti år, og brukes av gynekologer over hele verden i ulike prosedyrer.

Fordeler:

- Bipolar disseksjon
- Presis bipolar skjæring
- Bipolar koagulering
- Tryggere og mere effektiv enn monopolar og konvensjonell bipolar teknologi



PK Cutting Forcep



PK Lap Loop



PK Needle



PK Spatula

Årsmøte Lillestrøm 2016

Takk for et innholdsrikt møte og en fantastisk fest i Lillestrøm.



Selfiekonkurranse



Vaktteam på ahus i kveld

De egentlige vinnere av selfiekonkurransen!



Kjære FUGO-medlemmer!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder



Takk for hyggelig samvær på årsmøtet til alle dere som var der. Det var gøy at det var så mange LiSer som presenterte forskningsprosjektene sine, og jammen ble det ikke et prisdryss over de unge og lovende også! Det vitner om at det gror godt blant unge gynekologer!

FUGOs FORKURS

FUGOs forkurs var mer populært enn noensinne, og vi er veldig fornøyd med den store pågangen. Det ble noe mer intimt enn ønskelig da det dukket opp flere enn de påmeldte, men det

faglige veide opp mer enn godt nok til at tilbakemeldinger var overveiende positive. Vi hadde flotte forelesere med masse kompetanse innen forskjellige deler av urogynekologien, som i tillegg var flinke formidlere. Tusen takk til Eirin som har stått i bresjen fra FUGO og til Ashi S Ahmad fra LOK som gav oss uvurderlig hjelp med det praktiske. Neste år skal vi passe på at det ikke blir forvirring med hva som er forkurs og hva som er formøte! Forkurs er altså et eget kurs som man må melde seg på via Legeforeningens kursside. Formøte er kveldsarrangement med generalforsamling før «get together», dagen før selve årsmøtet.

Neste års kurs holdes i Stavanger og tema blir bestemt i løpet av januar/februar 2017. Hvis noen har idéer til noe de ønsker bedre kunnskap om og som dekkes dårlig av kursene som allerede tilbys, er dette tiden å sende en mail, eller en melding via vår nyopprettede Facebookgruppe. Neste års kursgeneral blir Anders Einum, LiS i Stavanger, som ble valgt inn i styret på generalforsamlingen. Vi er utrolig glade for at Anders ville påta seg dette vervet.

« FUGOs forkurs var mer populært enn noensinne, og vi er veldig fornøyd med den store pågangen »

FUGOs FORMØTE

Formøtet gikk av stabelen som sedvanlig med generalforsamling og rapport fra spesialistkomitéen. I tillegg hadde vi i år fått tak i Kristin Utne fra YLF til å fortelle oss om streiken og veien videre. Veien videre viste seg å være ganske klar, og det er en spennende tid som ligger foran oss. Spennende er det også med ny spesialiseringsstruktur som jeg skrev en del om i forrige utgave av Gynekologen. Marte Reigstad og Camilla Kleveland gjorde fint rede for hvor vi står i dag, og det er tydelig et emne som engasjerer. Sannsynligvis vil et forslag komme ut på høring i løpet av desember, så følg med på Facebook-siden vår, så skal vi holde dere oppdatert!

FACEBOOK

Som nevnt flere ganger, eksisterer det nå altså en egen Facebookgruppe som vi håper kommer til å brukes hyppig av alle til å komme i kontakt med LiSer andre steder i landet, reklamere for arrangementer og diskutere faglige problemstillinger. Selv om vi fortsatt skal skrive i Gynekologen og sende en mail i ny og ne, kommer nok Facebooksiden til å være styrets primære måte å komme i kontakt med dere, så send en forespørsel dersom du ikke enda er medlem!

2017

Nå retter vi blikket mot 2017. På generalforsamlingen var det stemning for å starte en kampanje om veiledning, og det kommer vi nok til å starte arbeidet med neste år. Tettere veiledning blir et sentralt element i den nye spesialiststrukturen, og vi tenker det er en god idé å begynne å tenke på hvordan veiledning kan forbedres allerede nå. De spennende utenlandsmulighetene som finnes for alle LiSer kan ikke nevnes ofte nok. ENTOG-utvekslingen virker å være godt kjent. I år går turen til Slovenia – søknadsfrist er 31. januar. Send en søknad til Erica Hove hvis du er interessert. Informasjon om hva vi vektlegger i vurderingen ligger på hjemmesiden vår www.legeforeningen.no/fugo. I tillegg har vi lyst til å fremheve et endokrinologiseminar med tittelen «Hormones - friend or foe?» i regi av Educational Committee i NFOG som holdes i København i slutten av april, og det svært gode laparoskopiskurset GET UP i Roma på omtrent samme tidspunkt. Link til sistnevnte finner dere, som så mye annet, på hjemmesiden og på Facebooksiden vår! Det er feiende flotte muligheter der ute for dem som griper dem!

Referat, Lillestrøm 26 oktober 2016: FUGO generalforsamling

Av Magne Halvorsen

Thon Hotell Arena, Lillestrøm., 26 oktober 2016 kl. 17.30 - 18.10.

Godkjenning av innkalling

Godkjent uten innsigelser.

Valg av ordstyrer:

Thea Falkenberg Mikkelsen.

Valg av referent: *Eirin Haugli Falch.*

Agenda presentert ved møteleder.

Ingen innkomne saker fra medlemmer

Saker framlagt av styret:

Presentasjon av endoskopiutvalget.

Forslag til ny kampanje om veiledning.

FUGO- styrets arbeid gjennom året

ved Thea Falkenberg Mikkelsen.

Presentasjon av sittende styre:

- Thea Falkenberg Mikkelsen: leder, ENTOG, NFOG.
- Erica Hove- nestleder, ENTOG og web-ansvarlig.
- Eirin Haugli Falch: Kursansvarlig og sekretær
- Tiril Tingleff: Kasserer og representant i endoskopiutvalget
- Malin Dögl: NGF-representant
- Renee Waage: Gynekologen
- Camilla Kleveland: Spes.kom, vara

I tillegg til det løpende arbeidet med kurs og representasjon i diverse utvalg, har hovedfokus for styret i år vært arbeidet med ny spesialiseringsstruktur. Det har vært viktig for FUGO å arbeide for fortsatt prosedyrelister og å beholde kirurgisk tjeneste

Presentasjon av NGF-styret og dets arbeid

ved Malin Dögl.

Malin Dögl har vært FUGOs representant i NGF inneværende år. FUGO-representanten i NGF-styret er et viktig bindeledd mellom NGF og FUGO og fungerer i tillegg som sekretær. Malin presenterte styret og styrets arbeid.

Presentasjon av NFOG

ved Thea Falkenberg Mikkelsen.

Nordic federation of young obstetricians and gynaecologists. Styret i NFOG består av to LIS fra hvert av de nordiske landene; Island, Finland, Danmark, Sverige og Norge. Målet til foreningen er å fremme samarbeid mellom LIS i de nordiske landene, forbedre spesialistutdannelsen innen gyn./obst. og utveksle erfaringer mellom landene. Det avholdes 2-3 styremøter årlig, samt et arrangement for LIS ifm. NFOG kongresser, forrige i Helsinki i juni 2016. Planlegges seminar organisert av Educational Committee i København i 2017 om endokrinologi. En LIS fra Norge skal presentere Norges HRT-praksis og vi trenger en representant. NFOG skal tilrettelegge for utveksling og hospitering på tvers av landene. NFOG forvalter et eget fond hvor en kan søke om midler til ulike faglige formål.

Presentasjon av EBCOG og ENTOG

ved Thea Falkenberg Mikkelsen

Presentasjon av de to organisasjonenes arbeid. Årets ENTOG- utveksling var i Torino, Italia. LIS Tilde Østborg og Lisa Tangnes Leeves var norske representanter. Camilla Kleveland og Tiril Tingleff deltok på årets ENTOG-kongress. Neste års utveksling er i Slovenia. Søknadsfrist er 31.januar, og søknad kan sendes til

FUGO-styrets økonomi

ved Tiril Tingleff.

Regnskapet for 2015 godkjennes ved akklamasjon etter følgende redegjørelse: FUGO-styret er finansiert av NGF med et budsjett på 60 000. Vi forsøker å holde en nøktern profil. Kurset har eget budsjett og regnskap hvor overskuddet går til NGF. ENTOG-utvekslingen har eget budsjett på 15 000 kr utenom FUGOs budsjett, det dekker utgiftene for to utvekslingskandidater. I 2015 var det ikke EBCOG kongress eller deltagelse på ENTOG-møtet

fra styret. NFOG-representantenes utgifter dekkes av NFOG. I 2015 var det ikke NFOG kongress eller annen virksomhet som ble dekket av vårt budsjett. I alt brukte styret 34997 kr i 2015.

Budsjettet for 2017 godkjennes ved akklamasjon etter følgende redegjørelse: Budsjettet for 2016 ble godkjent på generalforsamlingen i fjor og så ut omtrent som budsjettet for 2015. Endelig regnskap legges fram på generalforsamlingen neste år. I år har det vært større utgifter i forbindelse med ENTOG/EBCOG og NFOG i forbindelse med at "Gi kniven videre" ble akseptert som poster på kongressene i henholdsvis Torino og Helsinki. Vi prioriterer bevisst å ha god geografisk spredning i styret og det gir høyere reiseutgifter i forbindelse med møtene. Da vi samtidig sjelden bruker de utgiftene som er satt av til årsmøtet.

Budsjettet for 2017 godkjennes ved akklamasjon etter følgende redegjørelse: Budsjettet for 2016 ble godkjent på generalforsamlingen i fjor og så ut omtrent som budsjettet for 2015. Endelig regnskap legges fram på generalforsamlingen neste år. I år har det vært større utgifter i forbindelse med ENTOG/EBCOG og NFOG i forbindelse med at "Gi kniven videre" ble akseptert som poster på kongressene i henholdsvis Torino og Helsinki. Vi prioriterer bevisst å ha god geografisk spredning i styret og det gir høyere reiseutgifter i forbindelse med møtene. Da vi samtidig sjelden bruker de utgiftene som er satt av til årsmøtet, er det på neste års budsjett gjort noen omrokninger på postene.

Presentasjon av endoskopiutvalget

ved Tiril Tingleff.

Utvalg utnevnt av NGF. En LIS-repre-

sentant fra FUGO-styret. Utvalget arrangerer årlig et LIS-kurs. Et spesialistkurs er på planleggingsstadiet. ESGE - European society of gynecological endoscopy. Reklamerer for websurg.com og GET-UP (get-up-gyn.eu). Søknadsskjema ligger inne på webadressen. Ment for erfarne LIS. 7 stykker fra Norge på siste kurs.

Forslag om ny kampanje ved Tiril Tingleff Det framlegges forslag om å utarbeide en ny kampanje om veiledning. Mengden og kvaliteten på veiledningen i dag oppleves tilfeldig. Tema er høyaktuelt ifm. omlegging av spesialiststrukturen, da det er lagt opp til mer kvalitativ evaluering av progresjonen. Forslaget mottar positiv respons fra salen. Enighet om at veiledning generelt er lite i fokus og dårlig definert. Det blir viktig å involvere overlegene ved avdelingene i prosjektet. Kanskje bør

veiledningsansvaret begrenses til en gruppe overleger, ikke alle slik det praktiseres i dag. Utdanningsforeningen for øre-nese-hals er interessert i å samarbeide om dette prosjektet. Andre LIS-foreninger vil også inviteres til å delta. Forslaget vedtas.

Evaluering av årets forkurs

ved Eirin Haugli Falch

Årets kurs hadde tittelen "Urogynekologi og prolaps". Stort oppmøte og lang venteliste. Generelt gode tilbakemeldinger både muntlig og skriftlig på det faglige og organisatoriske ved kurset. Det oppsto dessverre noen utfordringer ift. kapasitet på tildelt lokale hvilket tas til etterretning ved planlegging av videre kurs.

Neste kurs avholdes i Stavanger på onsdag i årsmøteuken. Det foretas en idemyldring om tema til neste kurs; Foruteksisterende

sykdom hos mor og konsekvenser for svangerskap, praktisk obstetikk, ultralydtema, endokrinologi.

LIS fra Stavanger skal forhøre seg med miljøet og komme med forslag til tema. Spesialistkomiteen foreslår at neste års kurs kan være en pilot på planlagte innføringsskurs i den nye kursmodellen. Tema for neste års kurs besluttes av FUGO-styret på første styremøte i 2017.

Valg av nytt FUGO-styre

Ledes av Marte Reigstad i fravær av representantene i valgkomiteen, Elise Sletten og Helene Peterson.

Kandidater til gjenvalg: *Thea Falkenberg Mikkelsen og Erica Hove.*

Ny kandidat: *Anders Einum.*

Alle kandidatene velges ved akklamasjon.

Vel blåst - Urogynekologi og prolaps - årets FUGOs forkurs 2016

Av Johanne Holm Toft - LIS Stavanger universitetssjukehus

Urogynekologi og prolaps var temaet for FUGOs forkurs som ble avholdt på Ahus 26.oktober. FUGO har i en årrekke arrangert forkurs for NGF årsmøte og temaene for tidligere kurs har blant annet vært perinatalogi, gynekologisk laparoskopisk, kolposkopi, menopause, fosterovervåkning/STAN og infertilitet.

Tema for årets kurs ble valgt da det var stor stemning for dette temaet under FUGOs generalforsamling 2015. Tradisjonelt har forkursene tatt opp tema som har vært mindre dekket ved allerede eksisterende kurs, obligatoriske eller valgfrie. Ved flere tilfeller har temaene for FUGOs forkurs blitt etablerte kurs i etterkant. Denne gangen var temaet urogynekologi og prolaps, noe som passet godt med at årsmøte i år

ble arrangert i regi av Ahus som har stor kompetanse innen dette feltet.

Kursleder Eirin Falch har sammen med lokalkomite (LOK) og FUGO satt sammen et godt faglig program. Ellen Borstad innledet med foredraget «bekkenbunnens anatomi og fysiologi - en gang for alle». Forventningene var på forhånd høye, bekkenbunnen en gang for alle, og det på 45 min? Tror nok de fleste av oss må lese mer for å få den hele og fulle oversikten over bekkenbunnen, men Borstad ga oss et godt utgangspunkt for videre fordypning.

Dagen videre var delt i to bolker hvor første del hadde hovedtema inkontinens og siste del prolaps. Rune Svenningsen fra OUS holdt en oversiktlig og god forele-

sning om klassifikasjon av urininkontinens og urodynamisk utredning. Videre fulgte gode forelesninger om behandling av stress- og urgeinkontinens, graviditet og fødsels påvirkning av bekkenbunnen. Etter lunsj fikk vi en gjennomgang av POP-Q, mulig eller umulig system? Fysioterapeut Kari Bø foreleste om bekkenbunnstrening, kan vi forebygge prolaps? Til sist fikk vi en innføring i pessar når og hvordan, samt sett demonstrasjonsvideoer fra operasjoner.

Alt i alt et veldig bra og nyttig kurs. Dersom kurset skal arrangeres igjen, bør man finne et større lokale som gir både plass og oksygen nok for engasjerte LIS gjennom en hel dag. Vel blåst til FUGO og kursleder.



ALLE LIS: KJEMPEMULIGHETER FOR UTVEKSLING!

Få opplevelser er så lærerike og morsomme innen dette faget som å se hvordan gynekologi og fødselshjelp praktiseres i andre land. Dette har man en unik mulighet for å gjøre kommende år. Som de aller fleste kjenner til, arrangerer ENTOG årlig utveksling med et 3 dagers opphold i et av sine medlemsland. I år foregår dette i Slovenia fra 29.mai til 1. juni, med påfølgende ENTOG generalforsamling og seminar 2. og 3. juni.

Reise og opphold dekkes av Norsk gynekologisk forening. Skriv en søknad til FUGO ved Erica Hove (ericahove@gmail.com) for å fortelle hvorfor akkurat du bør velges ut.

Søknadsfrist er 31. januar. Du kan lese mer om utvekslingen og utvelgingskriterier på FUGOs hjemmeside.

I tillegg er det i år mulighet for et lengre opphold i Russland. Ekaterina Yarotskaya, russisk representant i EBCOG, har kommet med det generøse tilbudet å dekke mat og opphold i opp til 4 uker mens man hospiterer på et sykehus i Moskva.

Og ikke glem EBCOG fellowship –muligheten: Man kan hospitere på et sykehus i nær sagt hvilket som helst europeisk land i 3 måneder og motta et stipend på 3000 euro. Ta kontakt med FUGO for mer informasjon, både om EBCOG- og Russlandsutveksling. Hiv dere rundt og gjør noe gøy!





[Home](#) [Book now](#) [Programme](#) [Speakers](#) [Venue](#) [Accommodation](#)
[Exhibitors](#) [Social](#) [Contact](#)



THE 2ND INTERNATIONAL COLLOQUIUM ON HYPEREMESIS GRAVIDARUM
5th-6th October 2017 Windsor, UK

BOOK NOW

International Colloquium on Hyperemesis Gravidarum

Pregnancy Sickness Support in collaboration with Plymouth University and the British Pregnancy Advisory Service are excited to present the 2nd International Colloquium on Hyperemesis Gravidarum, ICHG 2017.

Bringing together the world's leading researchers in hyperemesis gravidarum this two day event, in the historic royal town of Windsor, will provide an excellent opportunity for delegates to hear about the latest developments and innovative treatments for this complex condition.

<https://www.hgconference.org/>



ENTOG-utveksling i Torino 2016

Av Lisa Tangenes Leeves og Tilde Broch Østborg

Som de to heldige utvalgte ankom Lisa Tangenes Leeves og Tilde Broch Østborg den alpeomgitte byen Torino i nordre Italia søndag kveld. Etter en rask rekognosering ble vi tatt i mot av vår vertinne Emilie, en fransk-italiensk lege i spesialisering. Vi forsto raskt at vi var innkvartert i en smal seng med dobbeltdyne, men forøvrig strålende behandling fra vertskapet.



Mandag startet utvekslingen klokken 08:00 på Sant'Anna-sykehuset som er et av sykehusene i Europa med flest forløsninger, anslagsvis 9000 per år, og en keisersnittfrekvens rundt 30-35%. Vi ble ønsket velkommen av professor Chiara Benedetto, og deretter delt opp i grupper for dagen. Kvinneklubben ved Sant'Anna har ikke noe felles morgenmøte, og det var noe vanskelig å få oversikt over driften.

Første dag var vi ved ultralydenheten til sykehuset, som har 10 ultralydrom. Strukturen ved undersøkelsene var lagt opp annerledes enn hjemme, pasientene var henvist fra akuttmottak, fastlege eller privatpraktiserende gynekolog for å få gjort ultralyd ved senteret. Hver konsultasjon varte i underkant av 15 minutter og inneholdt

« FUGOs forkurs var mer populært enn noensinne, og vi er veldig fornøyde med den store pågangen »

kun sonografisk undersøkelse, deretter ble resultatet skrevet på et ark som pasienten tok med tilbake til henvisende lege. Det er utvilsomt effektivt med tanke på antall konsultasjoner, men ga inntrykk av lite helhetlig behandling og mangelfull pasientkommunikasjon. Videre forsto vi at mørkakeprøver og amniocentese gjøres på en uselektert gruppe kvinner, og tilbys til alle over 35 år uten foregående NT-måling eller blodprøver.

Tirsdag var vi plassert på sykehusets simuleringsrom. Leger i spesialisering i Italia har ikke krav til gjennomførte prosedyrer, forløsninger eller operasjoner, noe som dog gjenspeiles i gode muligheter for simulering. I tillegg til laparoskopisimulatorer, fødefantomer som vi kjenner hjemmefra, hadde de også simulator for hysteroskopi og vaginal ultralyd. Mange av legene vi snakket med brukte simulatorrommet ivrig, men uttrykte frustrasjon over at de ikke slapp til i reelle læringssituasjoner.

Onsdag ble vi med vår vertinne Emilie på operasjonsstuen. Hun er i sitt siste år av spesialisering, og utførte TCPR og hysterektomi den dagen. Hysteroskopien ble utført under supervisjon av to mannlige overleger. Når det kom til hysterektomien, var det vanskelig å få helt tak i hva som var indikasjonen, og hverken operatør eller assistent kunne gjøre rede for hvorfor den skulle gjøres per



laparotomi. Verdens minste uterus ble fjernet hos en 43 år gammel kvinne som tidligere hadde født tre barn vaginalt...

Sannsynligvis gjenspeiler dette at indikasjon og operasjonsmetode stilles av andre enn operatørene, deriblant pasientens egen gynekolog. Imidlertid har sykehuset korte ventetider for operasjon, under tre uker for de fleste inngrep.

Fagmedisinsk sett var utbyttet ikke overveldende, men det var svært interessant å se et alternativt system og logistikk.

Det var forøvrig lagt opp til et omfattende sosialt program, med fine utflukter til blant annet mole antonelliana (se utsiktsskildre), middager og drinker. Utbyttet fra utvekslingen lå først og fremst i møter og samtaler med kollegaer fra 16 andre land.

I etterkant av utvekslingen deltok vi sammen med Camilla Kleveland fra FUGO på ENTOG scientific program og council. Av høydepunktene kan nevnes at Bergen er valgt ut til å arrangere ENTOG-utvekslingen i 2020. Deretter gikk EBCOG-konferansen av stabelen, hvor FUGOs "Gi Kniven Videre"-prosjekt hadde poster, og Tilde Østborg hadde mundtlig presentasjon av "Induction and labour duration" i Hot Topics in Delivery.



Antibiotika **fritt** legemiddel mot bakteriell vaginose

Donaxyl® (dekvaliniumklorid)¹ er det første antiseptiske legemiddelet for behandling av bakteriell vaginose. Behandlingen er like effektiv som klindamycin (vaginalkrem 2%)² og tas som vaginaltablett om kvelden i 6 dager. Donaxyl passer også for de av dine pasienter som er gravide eller ammer.¹



Referanser: 1. Produktresumé Donaxyl. www.felleskatalogen.no 2. Weissenbacher ER, et al. A Comparison of Dequalinium Chloride Vaginal Tablets (Fluomizin®) and Clindamycin Vaginal Cream in the Treatment of Bacterial Vaginosis: A Single-Blind, Randomized Clinical Trial of Efficacy and Safety. Gynecol Obstet Invest 2012; 73: 8-15.

Donaxyl, CampusPharma. Antiinfektiv til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A C05. Står ikke på WADAs dopingliste. **VAGINALTABLETTER 10 mg**: Hver vaginaltablett inneholder: Dekvaliniumklorid 10 mg, hjelpe-stoffer. **Indikasjoner**: Bakteriell vaginose. Det skal tas hensyn til offisielle retningslinjer om riktig bruk av antibakterielle midler. **Dosering**: 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandlingen skal avbrytes under menstruasjon og gjenopptas etterpå. Behandling skal fortsette selv om symptombedring innen 24-72 timer er vanlig. Behandling som varer i <6 dager kan gi tilbakefall. **Administrering**: Til vaginal bruk. Føres langt inn i skjeden ved leggetid om kvelden. Inforsing er lettest i en tilbakeleilighet med bena litt Boyd. I sjeldne tilfeller når skjeden er svært tørr, kan vaginaltablettet fuktet med en dråpe vann før inforsing. **Kontraindikasjoner**: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Sår i vaginalt epitel og i skjededelen av livmorhalsen. Skal ikke brukes av unge jenter som ikke har hatt sin første menstruasjon. **Forsiktighetsregler**: For å minimere eksponering hos nyfødte, bør vaginaltablett ikke brukes senere enn 12 timer før fødsel. Det er ikke innhentet effekt- og sikkerhetsdata knyttet til ny behandling av pasienter som ikke reagerer på eller som har fått tilbakefall umiddelbart etter 1. gangs behandling. Pasienten bør rådføre seg med lege dersom symptomene vedvarer når behandlingen avsluttes, eller hvis symptomene kommer tilbake. Bruk av høyere daglig dose eller økt behandlingstid kan øke risikoen for sår i skjeden. Ingen effekt- og sikkerhetsdata knyttet til behandling av bakteriell vaginose hos kvinner <18 eller >55 år. **Interaksjoner**: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner (se G01A C05). Anionaktive stoffer kan redusere antimikrobiell aktivitet. Samtidig intravaginal bruk av såper, sæddrepende midler eller vaginaldusj (vaginalskylling) anbefales ikke. Samtidig bruk av lateksfrie kondomer og annet intravaginalt utstyr (f.eks. pessar) anbefales ikke. Svekker ikke funksjonaliteten til latekskondomer. **Graviditet, amming og fertilitet**: Graviditet: Begrensede data viser ingen negativ innvirkning på graviditet eller foster/nyfodt barn. Bør bare brukes under graviditet hvis helt nødvendig. Amming: Systemisk eksponering hos ammende er ubetydelig, og ingen skadelig innvirkning på diende nyfødte/spedbarn forventes. Kan brukes under amming. **Bivirkninger**: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Infeksjoner: Vaginalis candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Vaginalutflod, vulvovaginal pruritus, vulvovaginal sviende følelse. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Infeksjoner: Bakteriell skjedekatarr, soppinfeksjon i huden, vulvitt, vulvovaginit. Kjønnsganer/bryst: Vaginale blødninger, vaginalsmerte. Nevrologiske: Hodepine. Ukjent frekvens: Infeksjoner: Blærekatarr. Kjønnsganer/bryst: Sår og maserasjon i vaginalt epitel, uterusblødning, rødhet, vaginal tørrhet. Øvrige: Feber, allergiske reaksjoner. **Overdosering/Forgiftning**: Bruk av høyere daglig dose enn angitt kan gi sår i skjeden. Vaginal skylling kan ev. utføres. **Egenskaper**: Klassifisering: Kinolinderivat. Overflateaktivt stoff som virker lokalt i skjeden. Virkningsmekanisme: Øker bakteriecellens permeabilitet, og påfølgende tap av enzymaktivitet gir celledød. Bakteriedrepende aktivitet inntreffer innen 30-60 minutter. Vanligvis følsomme arter: Enterococcus faecalis, Lactobacillus spp., Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae (gruppe B-streptokokker), Streptococcus pyogenes (gruppe A-streptokokker), Enterobacter spp., Escherichia coli, Klebsiella spp., Pseudomonas spp., Serratia spp., Atopobium vaginæ, Bacteroides spp., Fusobacteria, Gardnerella vaginalis, Prevotella spp., Peptostreptococci, Porphyromonas spp. Ingen mekanismer for nedavret resistens er observert. Absorpsjon: Dekvaliniumklorid absorberes i svært små mengder etter inforsing i skjeden. Systemisk eksponering regnes som ubetydelig. **Sist endret**: 04.09.2015 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Basert på SPC godkjent av SLV**: 12.10.2015. **Donaxyl vaginaltablett**: Styrke: 10 mg; Pakning: 6 st (blister); Refusjon/Byttegruppe: -/-; Pris (kr): 189,70; R.gr.: C²

¹) Gjelder forhåndsgodkjent refusjon. For informasjon om individuell stonad, se HELFO.
²) Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.

Referat, Helsinki 12.-15. juni 2016

40. NFOG 2016 kongress i Helsinki

Av Irina Eide

Et av de mest attraktive lokaler i Helsinki, Finlandia Hall designet av Alvar Aalto, tok imot 775 delegater fra 28 forskjellige land. De fleste kom fra Nordiske land og Baltikum (705), men det var noen delegater fra resten av Europa og Amerika. Noen fant sin vei til Helsinki helt fra Australia, Thailand, Brasil og Nigeria. Norge var representert med 103 delegater.

Organisasjonskomiteen brukte tre år til å forberede møtet og alt gikk som smurt: programmet inkluderte siste gjennombrudd fra både basale og kliniske fag. Plenumsforelesninger, symposier, møter og frie foredrag, - alt var flott organisert både faglig og med moderne tekniske løsninger. Delegater fikk en brukervennlig app med program og abstrakter. Man kunne sende spørsmål til foredragsholdere med SMS og teksten dukket opp på en stor skjerm godt synlig for alle.



Finlandia Hall designet av Alvar Aalto.

Her er noen høydepunkter fra kongressen.

Pre-kongress

Ti forskjellige kurs ble arrangert: laparoskopiske teknikker, svangerskapsultralyd, kolposkopi, perineale skader, prevensjon, tenåringsgynekologi, menopause, kvinneverdigheter på verdensbasis og skriving av vitenskapelig artikkel.

Undertegnende deltok på Kolposkopi kurs i EFC regi (European Federation of Colposkopi) med foredragsholdere fra Finland, England og Sverige. Det var interessant og nyttig å lære om Swede Score som antakelig kan øke kolposkopiets sensitivitet og spesifisitet. Swede score gir poengsum fra 0 til 2 for Aceto opptak, marginer/overflate, blodkar, størrelse og jod farging (*bjorn.strander@rcv.se*).

Åpningsseremoni

Etter at NFOG president Oskari Heikinheimo ønsket velkommen til fullsatt sal, delte Ganesh Acharya ut årets AOGS priser. Prisen for den mest siterte artikkelen gikk til Lene Heidemann for «The relation between endometriosis and ovarian cancer – a review». Sebastian Gidlöf fra Karolinska Institutet fikk NFOG Young Scientist Award 2016 for studier i gen ekspresjon og

RNA-regulering i decidualiseringsprosess i endometriet.

Women's reproductive rights – a global challenge

Vi var heldig å få høre Lesley Regan's utmerkete foredrag om kvinneverdigheter på verdensbasis. Lesley Regan er professor i Imperial College, visepresident for strategisk utvikling ved RCOG og forkjemper for kvinneverdigheter. Vi lever fremdeles i en verden full av kontraster. Bekjempelse av fattigdom, kvinneutdanning og familieplanlegging – er fortsatt veien å gå. Men den veien er lang i mange verdens lang. For sammenligning: livstidsrisikoen for maternal død i Sverige er 1/17400, mens i Chad er den 1/8.

Som Flavia Bustreo fra WHO sa: "the right to health is a human right and the health of a nation is determined by the health of its girls and women"

Hormone Replacement Therapy (HRT): enda flere fordeler enn ulemper?

Pauliina Tuomikoski kom med noen gode nyheter i sitt foredrag: kvinner som starter HRT før 59 års alder og mindre enn 10

år etter oppstått menopause har lavere total mortalitet, mindre risiko for koronarsykdom og type 2 diabetes. Kvinner i den gruppen som bruker ren østrogen har også noe lavere brystkreftisiko (Santen RJ, 2010). I tillegg gir transdermal østrogen risikoreduksjon for slag, hjerteinfarkt og DVT. Dårligere nyheter er, at hormonspiral (LNG-IUD) kan muligens øke brystkreftisiko sammenlignet med ikke-brukere (Lyytinen HK, 2010. Soini T 2016).

Moderne vitenskap lar oss se mer differensiert på heterogene helseeffekter av forskjellige HRT-typer. For eksempel, østradiol har lavere kardiovaskulær risikoprofil enn konjugert østrogen (CEE) (Smitt, 2014). Gestagen-komponent har også betydning for risikoprofil: mens mikronisert progesteron er sannsynligvis trygg, øker medroksiprogesteronacetat (MPA), norpregnaner og nortestosteroner (nortestosteronacetat, tibolon) tromboseisiko (Canonic M, 2011).

Dr. Tuomikoski's "Take home message" er: HRT har variert nytte-risiko profil; hos yngre postmenopausale kvinner har HRT mer nytte enn risiko. Det er viktig å vurdere bakenforliggende hjerte-kar-/



NFOG kongress anbefales!

trombose- og brystkreftisiko. Transdermal østradiol er antagelig mer gunstig mht. tromboseisiko. Påvirkning av forskjellige progesteriner er enda ikke helt avklart.

PCOS-update

PCOS-eksperter Elisabet Stener-Victorin, Dorote Grindborg, Laure Morin-Papunen og Eszter Vanky oppdaterte oss i siste nytt på PCOS-fronten. Livsstil med vektreduksjon, p-piller og Metformin er fortsatt viktig. Metforminbehandling øker muligheter for egglosning og graviditet, minsker risiko for hyperstimulering (OHSS) ved IVF/ICSI; sammenlignet med placebo gir mindre vektøkning i graviditeten og muligens reduserer risiko for preeklampsi og for tidlig fødsel. Det forskes nå på en vaginal måte å administrere Metformin på. Det er også et viktig budskap, at kvinner med PCOS er sannsynlig mer utsatt for angstlidelser.

Microbiota – a hot topic

I den senere tid er det mer og mer fokus på kroppens bakterier som en vesentlig del av vår organisme. Menneskets kropp rommer mer enn ti ganger så mange mikrobielle celler som menneskeceller. Disse bakterier produserer hormon- og immunaktive stoffer og spiller en stor rolle i sykdom og fedmeutvikling.

Ifølge Willem da Vos er mikrobiell kolonisering av de nyfødte en vel orkestrert prosess programmert av substanser produsert av både mor og barn, og at den skjer i «a short window of opportunity». I den sammenheng kan man se på vaginal fødsel som på «large fecal transplantation». Dette kan forklare flere gunstige helseeffekter av vaginale fødsler.

I fremtiden kommer vi sikkert til å høre mer om mikrobiota-medlemmer, for eks. om en med et vakkert navn Akkermansia muciniphila, «a gate keeper of our mucus». Den har flere gunstige immune og metabolske effekter på inflammasjon og fettmetabolisme. Det er vist, at Metformin stimulerer vekst av Akkermansia. Kanskje Akkermansia er en del av fremtidige PCOS-behandling?

Prematur fødsel – hva er nytt?

En svensk forskningsgruppe (Aagaard K et al, Sci Transl Med 2014) har vist, at normal placenta ikke er steril, og placentas mikrobiota ligner mer på munnhulen enn på vagina. Videre har Bo Jacobssen et al vist at inntak av melkbaserte probiotika minsker risiko for både prematur fødsel og preeklampsi (data fra MoBa-undersøkelsen). Disse data åpner for en ny forståelse av mekanismer som ligger bak disse tilstander.

Nytt om prevensjon

Sven O. Skouby og Dan Apter har presentert en ny østrogenfri p-pille med drospirenon 4 mg i 4/24 dager regime (DRSP 4/24). Sammenlignet med Cerazette (75 mcg desogestrel) gir DRSP 4/24 mindre mellomblødninger og minst like bra egglosningsupresjon.

Adenomyosis – ja, det er mulig å se den med ultralyd!

Margit Dueholm inspirerte oss med sitt rikelig illustrerte foredrag. Transvaginal ultralyd gir gode muligheter for å diagnostisere adenomyose (82 % sensitivitet og 85 % spesifisitet). Irregular endomyometrial junction, myometrial antero-posterior asymmetry, subendometrial echogenic linear striations, myometrial cysts, heterogeneous myometrium, - disse tegn må man se etter.

Sosialt program

Pianisten Iiro Rantala skapte fin stemning på Get-together party i Finlandia Hall på søndag. Strålende mottakelse i Helsinki Rådhus på mandag og uforglemmelig NFOG middag i Wanha Satama restaurant med fantastisk mat og flott underholdning på onsdag, - disse minnene har vi tatt med oss hjem.

Neste NFOG 2018 kongress arrangeres i Odense 10-13 juni 2018. Vel møtt!



Rapport, Sao Paulo, Brasil 23-26 oktober 2016. Verdenskongressen til ISSHP

Av Ved Annetine Staff, Forskningsleder og overlege, Kvinnekliviken Oslo universitetssykehus. Professor I, Universitetet i Oslo. Avtroppende visepresident i ISSHP

Hva er ISSHP?

Akronymet ISSHP er forkortelsen til organisasjonen: "The International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy", som ble grunnlagt for 40 år siden. Les mer om denne på: <http://www.isshp.org/>

Når avholdes ISSHP-konferanser?

Organisasjonen avholder en verdenskonferans hvert annet år, og i år ble konferansen holdt i Brasil, fra 23-26 oktober. I «mellom»-årene mellom verdenskonferansene arrangeres det ISSHP-møter i Europa, som også trekker internasjonale

deltakere fra hele verden, men som avholdes i mindre målestokk enn det internasjonale møtet. I 2017 avholdes Euro-ISSHP i Berlin (6-9 september 2017), mens neste verdenskonferans avholdes i Amsterdam i oktober 2018.

Hva skjedde på ISSHP-møtet i Brasil i 2016?

Møtet i år var preget av at ISSHP satser på å forbedre hverdagen for gravide med hypertensive svangerskapskomplikasjoner i lav og middels-inntektsland (LMIC: Low and Middle Income Countries). Selv om

dødeligheten i verden av preeklampsi ser ut til å synke noe, er det fremdeles minst 50 000 kvinner som dør hvert år og et ukjent antall fostre/nyfødte. De fleste av disse tragiske utfallene av preeklampsi skjer i lavinntektsland. Uansett er hypertensjon i svangerskapet den komplikasjonen som samlet sett er farligst for mor og barn på kort og lang sikt i livet i hele verden.

Kongressen i Brasil hadde derfor mange foredrag og sesjoner knyttet til situasjonen i de fattigste landene. I tillegg var «brukerstemmen» mye bedre representert enn ved tidligere konferanser. Direktøren for «Preeclampsia Foundation» i USA, Eleni Tsigas, holdt foredrag og var aktivt tilstedeværende under hele konferansen. I samarbeid med ISSHP planlegges det utvikling av undervisningsverktøy som kan brukes web-basert og tilpasset lokale forhold, både for gravide og deres helsehjelpere. Det er selvfølgelig en lang vei å gå i samfunn der noen (menn) bestemmer om en kvinne med eklampsi kan få lov til å oppsøke helsepersonell, ut fra at krampene oppfattes som at onde ånder har besatt henne. Utdanning er som vanlig en enormt viktig forutsetning for å få til bedring i de fattigste landene. Konferansen delte ut en LMIC-relatert pris (EMPOWER) til Sarah Manyame, gynekolog fra Tanzania, som skal forske på nye biomarkører i urinen fra kvinner med preeklampsi.

Brasil-møtet presenterte også siste nytt på patofysiologifronten, med nye tanker fra Chris Redman om aldringsprosesser i placenta som viktig mekanisme ved den placentadysfunksjonen man finner ved



Fra venstre: Chris Redman (Oxford) gratulerer ung prisvinner fra Tanzania Sarah Manyame, sammen med Vivian Ukah (Canada) og Jim Roberts (USA).

« Selv om dødeligheten i verden av preeklampsi ser ut til å synke noe, er det fremdeles minst 50 000 kvinner som dør hvert år og et ukjent antall fostre/nyfødte »

forskjellige typer preeklampsiformer. Biomarkører stod som vanlig sterkt, og funn fra siste kliniske studier støtter våre ideer (publisert av Redman og Staff for eksempel i *AJOG* 2015: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26428507>) om at angiogenetiske markører (som sFlt1 og PlGF) er mer enn markører for den heterogene sykdommen preeklampsi, og representerer et mål på «morkakestress».

STAMP-studien fra England ble presentert av Asif Ahmed, og viste dessverre at statiner ikke ga bedre utkomme for kvinner med alvorlig preeklampsi, ei heller reduserte nivået av sirkulerende sFlt1, som var hovedhypotesen. Gordon Smith fra Cambridge ga et glimrende oversiktsforedrag over dagens status innen biomarkør-prediksjon av preeklampsi («Screening for preeclampsia: a pyramid, an inverted pyramid or a tunnel»). De av oss som forsker på disse biomarkørene er skjønt enige om at slike analyser i svangerskapet fremdeles må dokumenteres i forskningsprosjekter, før man kjenner til totalkostanden av å introdusere ny screening med mange falske positive og noen falske negative prøvesvar. Imidlertid er det godt dokumentert at hos kvinner med uklare tegn på preeklampsi før uke 34-37 i svangerskapet, vil en lav sFlt1/PlGF-ratio nærmest utelukke utviklingen av preeklampsi eller føtale komplikasjoner

basert på placentasvikt den nærmeste uken. Nye resultater fra denne studien, der Norge var sentral deltaker, ble publisert i *NEJM* i 2016 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26735990>) og presentert på møtet i Brasil.

Mark Hanson fra Southampton, som de fleste i Norge kjenner til pga sin store innsats innen DoHAD (Developmental Origin of Human Adult Disease) holdt et glimrende foredrag om hvordan feilernæring i form av fedme og overvekt er en essensiell helsefaktor i verden idag, både for reproduktiv og annen helse. Et av budskapene er at forebygging i barne- og ungdomsårene er den viktigste innsatsen for å kunne bryte onde sirkler og for å investere i neste generasjons helse.

Selv hadde jeg gleden av å lede to møtesesjoner sammen med lokale møtearrangører fra Brasil. En av sesjonene jeg ledet het «Life after preeclampsia», der jeg var bedt om å snakke om langtids helse-effekter etter preeklampsi, og hvordan informere og følge opp kvinner etter preeklampsi ift senere sykdom i livet. Påfølgende 4 utvalgte abstracts i sesjonen presenterte nye og spennende data fra Danmark, Australia og England. Alle studiene bidrar med ny kunnskap og biter til det store og utfordrende puslespillet der vi forsøker å forstå mekanismene som kopler en svanger-

skapskomplikasjon som preeklampsi og placentasvikt hos en fertil ung kvinne til alvorlig og prematur sykdom for henne senere i livet.

ISSHP er også kulturell utveksling. Kongressdeltakerne i Sao Paolo fikk servert flotte lokale tromme- og danserytmer fra Brasil på kongressåpningen. På den uformelle avslutningsmiddagen ble kveldens store høydepunkt tre flotte kvinnelige modeller fra Brasil som stilte opp og danset eggende samba i et minimalistisk kostyme. Klesplagget bestod av et ti-talls diamanter som dekket kun de aller mest strategiske ytre kjønnsorganer. Publikum klarte etterhvert å konsentrere seg om fantastisk hodepryd og hårkreasjoner, men noen av oss er spent på hva Amsterdam skal bidra med av underholdning i 2018, som kan gi samme hakeslepp til kongressdeltakerne. Dessverre så jeg meg ikke i stand til å ta hverken bilder eller film fra denne interessante begivenheten.

Norges deltakelse i ISSHP. I 2015 ble den europeiske ISSHP-konferansen holdt i Budapest, mens Norge arrangerte den i juni 2013 i Tromsø. Ganesh Acharya fra Tromsø gjennomførte et flott arrangement som mine internasjonale kollegaer i ISSHP fremdeles snakker



Forskningsturen til eksotiske Brasil inkluderte en helge-svipptur til Iguazo, fossefallene mellom Argentina og Brasil. Fra venstre: Annetine Staff (avtroppende ISSHP-vicepresident), Chris Redman (tidligere ISSHP-president) og Marijke Faas (kongressarrangør ISSHP 2018 i Amsterdam), i trygg avstand fra imponerende fossefall.



varmt om, ikke minst de som deltok på en uforglemmelig ferietur til Svalbard i etterkant av konferansen.

Jeg har selv vært visepresident i ISSHP siden 2013, og er nå ferdig med to valg-perioder. Du kan lese mer om ISSHP-ledelsen samt visepresidenten på ISSHPs hjemmesider:

<http://www.isshp.org/officers-2/>

<http://www.isshp.org/on-the-couch-with-society-vice-president-annetine-staff/>

Etter ISSHP-møtet i Brasil overtok Professor Ananth Karumanchi fra Harvard rollen som visepresident. Han er en verdensledende forsker innen preeklampsi og forståelse av angiogenetiske biomarkører, og er nefrolog av utdanning. Jeg fortsetter som medlem i ISSHP Executive Committee, der jeg representerer Norge. I ISSHP har jeg deltatt i de fleste organisasjonskomiteer og bidratt som støttespiller for nye kongresser. Vitenskapelig komite for disse ISSHP-møtene består ofte av en blanding av lokale organisatorer samt internasjonale ISSHP-medlemmer fra Executive Committee. Komitemedlemmer brukes ofte til å være abstract-evaluator, dommere på konferansen av orale og posterpresentasjoner. På denne måten kan man bidra til utviklingen av nye talenter innen preeklampsi-forskningsverden, og ikke minst utvide eget internasjonalt forskningsnettverk, finne nye samarbeidspartnere og utvikle nye forskningsprosjekter.

ISSHP gir ut eget Tidsskrift

ISSHP gir ut tidsskriftet Pregnancy hypertension: An international Journal of Women's Cardiovascular Health. Før het tidsskriftet "Hypertension in Pregnancy", men pga uenighet med forlaget, er Journalen nå flyttet og har skiftet navn. Som nytt tidsskrift har ikke Impact Factor blitt veldig høy ennå, men med nye redaktører som verdenskjente Ananth Karumanchi og Anne Marie Hennessy er det grunn til å tro at tidsskriftet kommer til å utvide sin leserkrets betraktelig, og at flere sender sine artikler til dette tidsskriftet.

Norske forskere oppmuntres herved til å sende sine artikler hit, gjerne også review-artikler.

Hvorfor bli medlem av ISSHP?

- Du utvider din horisont og nettverk innen preeklampsi-relatert forskning
- Du får rikelig mulighet til å bidra til utviklingen av organisasjonen ISSHP og av forskningen samt klinisk oppfølging innen preeklampsi
- Du får gratis ISSHP-tidsskriftet (Pregnancy hypertension: An international Journal of Women's Cardiovascular Health)
- Av 100 euro medlemsavgift går minst 10% direkte til å støtte medlemmer fra lav og middels-inntektsland (LMIC: Low and Middle Income Countries).
- Du får tilgang på undervisningsmateriale (tilgjengelig fra 2018)
- Du tilbys oftest billigere kongressavgift
- Som deltaker på kongressene kan du vinne prestisjefylte priser (som hjelper deg videre i søknader om ressurser til forskning og nye jobber senere)

Er du medlem av ISSHP?

Mange tror de er medlem, men har ikke betalt avgift. Logg deg inn på ISSHPs hjemmeside, og sjekk medlemskapet eller bli ny medlem i dag: <http://www.isshp.org/>

"Lean in, don't hold back..."

ISSHP er en liten organisasjon der du kan med litt innsats bli med og prege forskningen fremover, samt bidra til å gjøre en stor forskjell for mange land med mindre ressurser enn vi har i Norge.

Norske forskere er høyt respektert internasjonalt, og norske epidemiologiske registerbaserte studier blir referert på alle ISSHP-møter. Jeg ønsker derfor alle som har lyst til å bidra aktivt til ISSHP. **Kanskje sees vi i Berlin neste år, eller i Amsterdam i 2018?**

GET-UP-Kurs i laparoskopi i Roma

Av Tirill Tingleff

Det første GET-UP-kurset (Gynaecology Expert Training for Upcoming Professionals) i gynekologisk endoskopi ble arrangert i Roma, ved Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli – Università Cattolica del Sacro Cuore 20.-24. april 2016 med Olympus som initiativtaker. Målgruppen var ferske spesialister og sisteårs utdanningskandidater som ønsker å arbeide med gynekologisk endoskopi. Målet var å øke deltagerens kunnskaper og ferdigheter innen laparoskopi og hysteroskopi. Av 200 søkere fikk 100 (relativt) unge, lovende endoskopister fra rundt om Europa muligheten til å delta. Fra Norge var vi 7 deltagere. Fakultetet besto av kompetente, profilerte endoskopister fra flere Europeiske land, Hans Brölmann fra Nederland var leder. Norge var representert ved Marit Lieng.

Kurset var delt inn i 4 moduler, laparoskopi, hysteroskopi, komplikasjoner og sykdomsrelatert endoskopi. Deltagerne var delt inn i grupper og hadde en modul daglig. Dagene var delt inn i teoretiske forelesninger, short interactive communications (SIC) og hands on training (HOT). Det var lange og intense dager, men inspirerende og lærerike. Under SIC kunne man ønske seg temaer som ble gjennomgått og diskutert, oftest illustrert av spennende videoer til å demonstrerer problemstillingen. HOTene var imponerende arrangert med rikelig med racks å øve på og realistiske og relevante øvelser, som hinderløype med nål, sy en vaginaltopp, fest et nett, fjern et myom og sy igjen uterus, stopp og sy en rift i kar. Personlig syns jeg øvelsen resseser "endometrium" fra ventriklene i et grisehjerne var spesielt artig. For de med et mer utpreget konkurranseinstinkt enn undertegnede virket det nok motiverende at det var lagt opp til tidtaging i hinderløypa. Kurset ble avsluttet med "battle of the best", hvor de fire med best tid konkurrerte mot hverandre med overføring på storskjerm. Det var både godt og vondt å se hvordan selv de beste kan kløne under press. Det var ingen nordmenn blant cup-deltagerne, men vi var veldig stolte av at Marianne Larsen fra Bodø presterte godt nok til å komme seg inn på topp 10-lista.

Ambisjonene for kurset var høye og intensjonen om å skape et årlig kurs med høy standard var åpenbar. Årets kurs bar noe preg av å være førstereis, med en del sprik i nivået på forelesningene og det praktiske. Det er ingen tvil om at nivået på ferdighetene til erfarne utdanningskandidater og

ferske spesialister i stor grad varierer fra land til land i Europa. Enkelte ferdige spesialister ble fremdeles kun satt til å holde kameraet og assistere med høyre hånd på operasjonsstua, mens andre gjorde både avansert laparoskopi og hysteroskopi selvstendig. Kombinert med enkelte av foredragsholderens innlysende behov for å vise hvor flinke de er til å dissekere paraaortale lymfeknuter og paravesicale rom, var det selvfølgelig en betydelig utfordring å legge nivået på et realistisk nivå. Likevel virket det litt merkelig å gå fra videoer med fjerning av dyp, infiltrerende endometriose i SIC til å flytte klosser på HOT.

Til tross for enkelte barnesykdommer, var dette et imponerende arrangement med høyt faglig nivå og en enestående mulighet til å treffe kolleger fra hele Europa. Fakultetet gjorde fortløpende korrigeringer ut fra evalueringsskjemaene og det er ingen tvil om at det er vilje til å endre det som fungerte suboptimalt i år. Alt i alt var kurset vel verdt turen til Roma, selv om dagene var så lange at det var liten mulighet til å oppleve byen annet enn ved en 25 minutters taxitur til sentrum på kveldstid for pizza og rødvin i vårvarme og idylliske omgivelser.

Registrering til neste års kurs åpnet i oktober med frist 15. desember. Jeg anbefaler alle i målgruppen å gå inn på GET-UPs hjemmeside, <http://www.get-up-gyn.eu>, og sende inn en søknad. Rekker du ikke årets søknadsfrist, fortvil ikke. Fakultets ambisjon er å gjøre dette til et årlig, storslagent kurs, så muligheten byr seg sannsynligvis igjen i 2018.



Realistisk karskade klar til håndtering.



Vaginaltopper klare til suturering.



Fornøyde kursdeltagere på snarvisitt i Roma sentrum. Guri Majak og Tirill Tingleff.



Sykehuset i Tønsberg.



Tønsberg Brygge med Saga Oseberg.



Hospitering i Negrar.

Norge Rundt

Kvinneklirikken ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg

Av: Per Olav Dale (innledning), Siri Skroppa (Gynekologi), Siv Svennevik Myhr (Urogynekologi) og Linn Tokheim Nistov (Føde)

Sykehuset i Vestfold har aktivitet innen psykiatri og somatikk på mange steder i fylket. Den somatiske hovedaktiviteten med akuttstuefunksjoner er plassert i Tønsberg – Norges eldste by, som regner sin historie fra år 871! Det har vært sykehus i Tønsberg siden 1843, med mange ombygninger opp gjennom årene. Siste byggetrinn i denne runden kommer med ny sengefløy og akuttmottak, som skal stå ferdige i 2020. Sykehusets opptaksområde er Vestfold med omtrent 220 000 innbyggere.

Tidligere besøkt:

3.2016 Kvinneklirikken ved Ahus
2.2016 Kvinneklirikken ved Nordlandssykehuset - Bødø
1.2016 Kvinneklirikken i Hammerfest
2.2015: Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
4.2015: Kvinneklirikken i Stavanger
1.2011: Kvinneklirikken i Hammerfest



Historikk

Kvinneklirikken ved Sykehuset i Tønsberg ble opprettet i 1947 som en av de første egne avdelingene for gynekologi og fødsels-hjelp utenom kvinneklirikkene ved Universitetssykehusene i Oslo og Bergen. Inntil tidlig på 1960-tallet var det kun en ansatt overlege/leder ved avdelingen. I Vestfold var det den gang også fødsler ved lokalsykehusene i Horten, Sandefjord og Larvik. Fødslene ble først sentralisert til Tønsberg i 1982. Vi har omtrent 2000-2050 fødsler årlig. Den gynekologiske virksomheten ble sentralisert til Tønsberg i 2009 da Sandefjord sykehus ble lagt ned. Seksjonen disponerer ni operasjonsstuer i uken og har omtrent 2000 innrep per år.

Kvinneseksjonens leger er ledet av en seksjonsleder/overlege og har siden 2009 vært en del av Kirurgisk klinikk i Avdeling for kreft og kirurgi. Kvinneseksjonen disponerer ni senger innen gynekologi/onkologi og en fødeenhet med fire fødestuer, to "observasjons-senger" og 25 senger/familierom i barselenheten. Sykepleiere og jordmødre er organisert i seksjoner innen Avdeling for sykepleie.

Kvinneseksjonen har for tiden 19 ansatte leger; åtte assistentleger i en 8-delt tilstedevakt og ni overleger som dekker en 8-delt tilstedevakt, hvor den "niende" overlegen avvikler overlegepermisjon i kontinuerlig rotasjon. Senioroverlege og seksjonsleder deltar ikke i vakt.

Kvinneseksjonen har tradisjon for å være inndelt i seksjoner ledet av en fagansvarlig seksjonsoverlege, selv om dette ikke helt stemmer med sykehusets organisasjonsinndeling i fire ledelsesnivåer.

Gynekologi-seksjonen er ledet av seksjonsoverlege Andreas Putz.
Føde/barsel-seksjonen er ledet av seksjonsoverlege Ewa Margas.
Poliklinikk-seksjonen er ledet av seksjonsoverlege Linn Tokheim Nistov.

Urogynekologi-seksjonen er ledet av overlege Siv Svennevik Myhr, som også er assisterende seksjonsleder.

« Kvinneklirikken ved Sykehuset i Tønsberg ble opprettet i 1947 som en av de første egne avdelingene for gynekologi og fødselshjelp »

Kvinneseksjonen har siden 1981 vært "gruppe I" avdeling og kan utdanne spesialister. Dette har vært en stor fordel i arbeidet med å rekruttere assistentleger til seksjonen og dernest å få besatt overlestillinger under den markante økningen i antall stillinger som ble gjennomført ved overgang til tilstedevakt for overlegene i 2012. Vi har nå avtale med Kvinneseksjonen ved Sykehuset i Telemark om en rotasjonsstilling for avvikling av gruppe I tjeneste for assistentlegene der.

Kvinneseksjonen har vært gruppe I sykehus siden 1982. Imidlertid har det vært vanskelig å få til en god vitenskapelig produksjon, selv om vi har hatt en doktorrand i løpet av denne tiden. For tiden har tre av overlegene doktorgrad. Den vitenskapelige produksjonen i form av antall publikasjoner og foredrag er på vei opp slik at status som utdanningsavdeling skulle være sikret.

Kvinneseksjonen deltar i sykehusets kvalitetsløft både som del av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og utvikling av egne prosjekter som etablering teamtrening med hjelp av sykehusets simuleringssenter (SIM-senter).

Kvinneseksjonens kvalitetsløft kan deles inn i "proaktive" aktiviteter som omfatter laparoscopitrening ved SIM-senteret, teamtrening/fagdager med sykepleiere/leger ved operasjonsstuen og med jordmødrene i henholdsvis operasjonskomplikasjoner og fødselskomplikasjoner. Den "reaktive" delen er behandling av avvik



Laparoscopitrening D boks.



Legemøte.

på månedlige komplikasjonsmøter i relasjon til morgenmøte-undervisningen og STAN-grupper med leger/jordmødre ved Føde-/Barselenheten.

Kombinasjonen av de proaktive aktivitetene og det reaktive analysearbeidet er grunnlaget for at det blir et gjennomført kvalitetsløft for seksjonen målt ved NGER-resultater og totalt i klinikken målt ved GTT – global trigger tool.

Siden 2012 har Kvinneseksjonen driftet “Nasjonalt register for endoskopisk gynekologi” - NGER som en del av den nasjonale kvalitetssatsningen.

Fødeavdelingen

Vi har hatt et stabilt fødselstall med rundt 2000 fødsler per år. Vi tar imot barn fra 28. svangerskapsuke. Vi har jobbet mye med å holde en lav sectiofrekvens. Spesielt satser vi på å få ned antallet elektive sectio uten medisinsk indikasjon. Dette gjør vi ved å ta pasienten inn til samtaler med jordmor på en fødselsangstpoliklinikk (Anemone poliklinikken) og samtale med obstetiker på svangerskapspoliklinikken, der vi legger rammer for en vaginal fødsel. Dette har gitt gode resultater og andelen elektive sectio er så langt i år 4,5 prosent. Total andel sectio er 12,8 prosent. Operative vaginale fødsler er også relativt lavt, forløsning med tang 1,4 prosent og vakuu 4 prosent i år.

Vi jobber kontinuerlig med å kvalitetssikre fødselsforløpene. Ved å delta i LAPS-studien og gjennombruddsprosjektet har vi økt fokus på bruk av Oxytocin og diagnostisering av langsom fremgang i fødsel. På månedlige møter i STAN-gruppa går vi gjennom fødsler der barnet fikk lav apgar-score/påvist metabolsk acidose eller der det er operativ forløsning med indikasjonen truende asfyxi. Neste satsningsområde er å få ned antallet rupturer grad 3 og 4. Per i dag er andelen på 2,8 prosent, noe vi ikke er fornøyde med. Det er planlagt et prosjekt med jordmødre og leger for å få ned dette tallet.

Det er et godt miljø og samarbeidet mellom leger, jordmødre og barnepleiere er godt. Vi trener scenarier hvert halvår i forbindelse med jordmødrenes fagdager. Da trener vi på simulerte akutte

situasjoner med de teamene som til daglig jobber sammen på fødestuene.

Det er månedlige perinatalmøter med gynekologer, barneleger, jordmødre og sykepleiere tilstede.

Seksjonsoverlege Ewa Margas og ultralydjordmor Hege Wirgenes tar for tiden videreutdanning i Doppler ultralyd i obstetrikk, materielle og føtale kar, inklusive fosterhertet ved Det medisinske fakultet, NTNU, Nasjonalt senter for fostermedisin i Trondheim. Studien har som mål å øke kompetansen på utøvelsen og den kliniske vurderingen av Doppler ultralyd på materielle og føtale kar samt fosterhertet. Den strekker seg over to semestre og avsluttes i november 2016.

Gynekologisk avdeling

Ved gynekologisk avdeling tilbys de fleste typer gynekologiske operasjoner. Vi har delt faget inn i uro/gynekologi, gyn/onkologi og endoskopi. Siden 2010 har avdelingen gått fra å ha en andel laparoscoper på 45 prosent til over 80 prosent laparoskopiske operasjoner. Seksjonsoverlege Andreas Putz har ledet an i innføringen av TLH som vår standardprosedyre for hysterektomi. Nå er det heller kirurgens kompetanse som setter begrensningene for anvendelse av laparoscopi ved inngrepet, enn størrelsen av selve livmoren. I 2015 ble 75 prosent av våre hysterektomier utført med laparoskopisk teknikk.

NGER har sin base ved avdelingen med Andreas som daglig leder, og han er også ESGE-formann for TASK FORCE European Registry. Samlet har dette ledet til at firmaet Olympus bruker avdelingen som arrangør for sine TLH-kurs med live-operasjoner.

For å bedre pasientsikkerheten er det innført standardprosedyrer for laparoscopi med spesiell vekt på opplæring og utdanning. Alle gynekologene må jevnlig gjennom multidisiplinær simuleringstrening i akutt blødning under kirurgi. Dette ble oppfattet svært positivt av operasjonsavdelingen slik at det har spredd seg til andre avdelinger på sykehuset. Det er innført standardisert opplæring i laparoscopi med “sjekkliste”. Alle LIS gjør nesten



Premieutdeling SIMMesterskap 2016.

samtlig av de obligatoriske hysterektomiene som TLH. Nerve-sparende laparoskopisk kirurgi ved dyp infiltrerende endometriose med nerveentrapment utfører vi flere av hvert år - dette som første sykehus i Norge!

Avdelingen opererer endometrie-cancer stadium I med laparoskopisk teknikk, mens mer avansert kreftsykdom i livmor opereres ved Radiumhospitalet. Cytostaticakurer administreres ved den Onkologiske poliklinikken hvor vi har et godt samarbeid med onkologene og felles sengepost ved palliativ onkologisk sengepost.

Ved urogynekologisk seksjon

Vår seniorkonsulent dr. med. Hjalmar Schiøtz var sammen med dr. med. Kulseng-Hanssen og dr. Ellen Borstad en av initiativtakerne for det nasjonale inkontinensregisteret (NKIR), opprettet i 1998. I NKIR registreres alle pasienter som får utført inkontinensoperasjon (TVT og Bulkamidinjeksjon), både pre-, per- og postoperative resultater. Dette har resultert i et omfattende systematisk kvalitetsarbeid i snart 20 år og en rekke publikasjoner.

Ved urogynekologisk seksjon ved poliklinikken, er det tilknyttet tre overleger og tre uroterapeuter. De tar hånd om de fleste pasientene med lekkasjeprosedyrer. Vår hovedmetode for operasjon av stressinkontinens er retropubisk TVT (Tensjonsfri Vaginal Tape). Metoden ble tatt i bruk av Hjalmar Schiøtz i 1996. Årlig opereres omtrent 170 kvinner med denne metoden hos oss. Siden 2007 har vi hatt Bulkamidinjeksjon som reservemetode ved anstrengelseslekkasje. Da sprøyter vi inn et geleignende stoff i urinrørsveggen for å bedre tettheten til urinrøret hos de kvinnene som ikke er kandidat for TVT-operasjon. Siden 2014 har vi også tilbudt Botoxinjeksjoner i blæreveggen hos kvinner med alvorlig grad av hastverkslekkasje.

Uroterapeutene gjennomfører store deler av utredningene, i tett samarbeid med legene. Uroterapeutene informerer om normal vannlating og gir råd om væskeinntak, blæretrening og andre tiltak. De gir også opplæring i elektrostimulering samt oppfølging av alle pasienter som starter med konservativ behandling. Uroterapeutene gjennomfører de fleste 6-månederskontrollene etter

« Det er et godt miljø og samarbeidet mellom leger, jordmødre og barnepleiere er godt. Vi trener scenarier hvert halvår »

inkontinenskirurgi og følger opp 3-årskontrollene per brev.

I tillegg til inkontinensproblematikk vurderer gynekologene også kvinner med descensplager. Siden 01.09.16 har Fysioterapiavdelingen fått tilført midler til kvinner med fremfallsplager. Dette har resultert i at fysioterapeutene her ved SiV tilbyr kvinnene informasjon om bekkenbunnstrening før descensoperasjon samt oppfølging med to konsultasjoner etter operasjonen.

Forskning og fagutvikling

Standardisert kirurgisk opplæring skjer i økende grad ved norske avdelinger. Europeisk Akademi for Gynekologisk kirurgi sammen med ESGE har utviklet et standardisert kirurgisk opplæringsprogram - GESEA program (Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment Programme). Med bakgrunn i dette har vi i Tønsberg etablert en opplæringsmodell med praktiske laparoskopiske øvelser på D-boks med Trinn 1 og 2, som LIS skal gjennomgå og “bestå” før de får assistere ved avanserte laparoskopier, operere med veiledning og deretter utføre selvstendig kirurgi. Det er ukentlig en time veiledet laparoscopitrening for to LIS med en overlege på SIM-senteret.

Høydepunktet for 2016 var en laparoskopikonkurranse hvor LIS fra gynekologisk og kirurgisk avdeling konkurrerte om et reisestipend. Kirurg LIS vant oppgavene med to fattige sekunder før en av våre LIS.

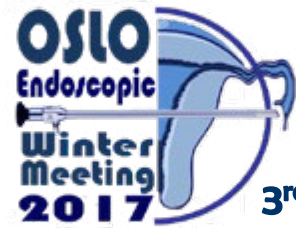
Gynekologisk avdeling SiV-Tønsberg har nå blitt internasjonalt kompetansesenter for Olympus. Etter å ha holdt TLH-kurs med live-operasjoner for norske deltakere, er det nå planlagt nordiske kurs, og Andreas Putz har blitt faculty member på GET-up kurs, som er internasjonale opplæringskurs i laparoscopi i regi av Olympus (se Tirill Tingleffs tekst om GET-up senere i bladet, red.anm.).

Kompetanseheving er viktig for utvikling av tryggere, banebrytende og forbedrede operasjonsteknikker. Avdelingen deltar og har presentasjoner ved Europeiske og internasjonale kongresser – inkludert ESGE og AAGL, både i 2015 og også på årets kongresser. Overleger har deltatt på IRCAD kurs i avansert gynekologisk laparoscopi i Strasbourg. Gjennom kontakter og nettverksbygging har man fått til hospiteringsopphold i Tyskland og ved Sacre Coeur Sykehuset i Negrar, Italia hos Professor Marcello Ceccaroni som er i verdenseliten på nervesparende endometriose kirurgi. Dette ønsker vi å kunne tilby norske pasienter som en “gullstandard” ved endometriosekirurgi.

Utfordringen Norge Rundt går videre til ... noen som vil vise seg frem? Kontakt redaktøren før 1. februar 2017.

March 9-12 2017

Norefjell, Bøseter, Norway



2nd Nordic Congress on
Gynecological Endoscopy

3rd Oslo Endoscopic Winter Meeting



Registration & abstract submission on
www.osloendoscopicwintermeeting.no

Key Note Lectures:

Uterine transplantation

Mats Brännström (Sweden)

Who is the best surgeon?

Parameters of excellence

Frank Willem Janssen (Netherlands)

Conservative surgery in rectovaginal
endometriosis

Horace Roman (France)

Ovarian retransplantation

Jaques Donnez (France)

Consequences of late diagnosis
in endometriosis

Charles Chapron (France)

Diagnosis of adenomyosis

Margit Dueholm (Denmark)

Live surgery

Anton Langebrekke (Norway)

Other faculty:

Jl Einarsson (USA), J Keckstein (Aut), FW Jansen (Ned), MH Emanuel (Ned),
J Huirne (Ned), A Thurkow (Ned), S Schraffordt (Ned), J Donnez (Bel),
O Donnez (Bel), O Lührs (Swe), H Falconer (Swe), J Persson (Swe), M Rudnici (Den),
R Hurskainen (Fin), P Härkki (Fin), P Reynisson (Ice), S Andreasen (Nor),
A Langebrekke (Nor), K Hald (Nor), E Berner (Nor), M Lieng (Congress President)

Pre-congress workshops:

- Hysteroscopic resection and morcellation
- Surgical Pelvis anatomy
- Ultrasound: 2D/3D
- Laparoscopic hysterectomy step by step
- Hysteroscopy: interactiv case discussions
- Myoma surgery: tips and tricks

For oral presentations:
Submit your abstract now!

Platinum sponsors



NSGE
Nordic Society on Gynaecological Endoscopy
Minimal Invasive Gynaecological Surgery



Infodoc Plenario

Trygt, stabilt og effektivt

- Laget for fremtiden



infodoc
Effektivitet satt i system

www.infodoc.no

SAMSUNG

Samsung har lansert en ny portefølje av ultralydapparater. Disse apparatene har blant annet Hybrid Beamforming Engine™, en teknologi som kombinerer 2D og Doppler med kraftig databehandling for å skape stabile signaler og redusert støy. Dette gir raskere bildehastighet og bedre bildekvalitet. Med dette redefinerer Samsung diagnostisk ultralyd.



EKSTREM NØYAKTIGHET

Avansert bildeprosessering og probeteknologi sikrer nøyaktig diagnostikk ved selv de mest komplekse tilfeller.



BRUKERVENNLIGHET

Intuitiv brukergrensesnitt og automatiserte funksjoner og diagnostiske verktøy bidrar til økt nøyaktighet og effektivitet, som igjen gjør kommunikasjon med pasienten enklere.



RASK OG TIDSBESPARENDE

Apparatene har funksjoner som strømlinjeformer undersøkelser og legger til rette for en diagnostisk arbeidsflyt som fører til raskere undersøkelser og en forbedret produktivitet.



HS50

HS60

HS70A

WS80A
with Elite

H60

HM70A

PT60A