

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

4 • 2015



LAPAROSKOPI I GAZA

Bioidentiske hormoner s. 19

Ductus Venosus s. 22

Årsmøtet 2015 s. 27



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



- 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 innsetting. 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 innsetting. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsetting. 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 innsetting vil det øke i størrelse 2–3 ganger og bli bøyeformig. Etter innsetting 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 for induksjon. Dersom oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er gitt. Ved mistanke eller bevis på arrevet 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 korioamionitt, med mindre behandling er gitt. For 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 innsetting. 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 uterotisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Kontraindisert før uke 36 i svangerskapet. *Amming:* Misoprostolsyre utskilles i kolostrum og i morsmelk (peroral administrering), men bør ikke hindre amming. 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 hjerterytmefrekvens, føtal hjerterytmesdeselerasjon, 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. Nevrologiske: 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.august:** 5 stk. (folieposer) kr 6 489,10.



Ferring Legemidler AS
Postboks 4445 Nydalen
0403 OSLO



MIS/007/10/2015



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Agnethe Lund
Overlege, Helse Bergen HF
E-mail: agn.lund@online.no.

Redaksjonsmedlemmer

Cathrine Fiskum,
LIS Namsos
E-mail: catfisk@hotmail.com

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

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

Ragnar Sande
Stavanger Universitetssjukehus
E-mail: ragnar.sande@gmail.com

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

Nettredaktør

Mette Løkeland,
Haukeland universitetssjukehus, 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 2016

nr. 1; 1. februar
nr. 2; 1. mai
nr. 3; 1. september
nr. 4; 1. november

Opplag: 1250

NGF representasjon i ulike styrever, råd og komiteer STAN gruppen

Branka Yli (leder), Jørg Kessler, Marit Martinussen, Thomas Hahn

Endoskopiutvalget

Klaus A. Oddenes (leder), Stine Andreassen, Guri Majak, Jeanne Mette Goderstad, Jostein Tjugum

Kvalitetsutvalget

Pål Øian, nye medlemmer søkes

NPE komiteen

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker



GYNEKOLOGEN

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

Forsidefoto: Kveldssol på Fløyen, Anne Grete Larsen Hestnes.

INNHold

REDAKTØR	5
LEDER	7
INTERVJU Ung og lovende	11
GYNEKOLOGEN UTENLANDS	
Uttrygg abort dreper en kvinne hvert tiende minutt	14
Gaza-prosjektet: Sykehuset gikk fra eksplorativ laparotomi til terapeutisk laparoskopi som dagkirurgi på to måneder!	16
HORMONHJØRNET Bioidentiske hormoner	19
FAGLIG PÅFYLL	
Historien om ductus venosus	22
Ian Donald Gold Medal til Torvid Kiserud	25
Helsetjenesten for gravide og nyfødte - en eventyrlig suksess	26
ÅRSMØTET 2015	
Møtereferat generalforsamling, NGF	27
Referat: PSL-formøtet 21.10.15	30
Referat: NUGG formøte Bergen 2015	31
Årsmøte Bergen 2015	34
Prisvinnere 2015	38
NGFs Hederpris til Anton Langebrekke	40
NGF/Bayers Forskningspris 2015 ble tildelt Annetine Staff	41
FUGO	
Kjære FUGO-medlemmer!	42
Forening for utdannings-kandidater i gynekologi og obstetrikk	43
ENTOG	46
UTDANNING, KURS OG MØTER	
Første nordiske kongress i gynekologisk endoskopi, NCGE	52
No HYPE!	54
NORGE RUNDT	56
GYNEKOLOGEN ANBEFALER	58

NGF

Leder: Helene Fjeldvik Peterson, Erica Hove, Tiril Tingleff, Thea F. Mikkelsen, Cathrine Fiskum, Elise Thoresen Sletten, Camilla Kleveland, Nytt styre tiltret 2016

NFGO – Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi

Anne Dørum (leder), Kathrine Woie (HUS) Rita Steen (OUS), Tone Skeie-Jensen (OUS), Solveig Tingulstad, Elisabeth Ataya, Anne Beate Vereide, Anne Hanson, Bent Fiane, Jostein Tjugum, Marta Eide (vara)

NFOG – Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology

Knut Hordnes (president), Marit Lieng (vitenskapelig komite)

EBCOG

European Congress of Obstetrics and Gynecology. Knut Hordnes, Martin Andresen (PSL/NGF), Rolf Kirschner (General Secretary, EXEC)

Spesialistkomiteen

Trond Melbye Michelsen (leder), Jeanne Mette Goderstad (nestleder), Knut Hoff Kierulf, Ingeborg Bøe Engelsen, Hilde Sundhagen (PSL), Marte Myhre Reigstad (Ylf), Yngvild Skåtun Hannestad (vara), Camilla Rørsllett Kleveland (Ylf vara)



Les alltid sikkerhetsinformasjon
i SPC før du forskriver Betmiga

BET-14019 11.2015 BETMIGA/AM

Ingen skal behøve å leve
og bo på toalettet

BetmigaTM
mirabegron

Den første β_3 -agonisten mot overaktiv blære

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

Betmiga Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D12 **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 25 mg og 50 mg:** Hver deppottablett inneh.: 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). **Dose-ning: 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 CYP3A-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 Dose-ning. **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 blærebustruksjon (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 tiodazin, antiarytmika type 1C 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. Digoksinkonsentrasjonen 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 $< 1/1000$): Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerte/kar: Palpitasjon, atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksiøse: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnorganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk, forhøyet G-GT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. **Sjeldne ($\geq 1/1000$ til $< 1/10000$):** Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura, angioødem¹. Nyre/urinveier: Urinretensjon¹. Øye: Øyelokksødem. **Ukjent frekvens:** Psykiske: Insomni¹. ¹Observert etter markedsføring. **Overdosering/ Forgifning:** 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. 20-11-2015): **25 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1034,90 kr. **50 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1034,90 kr. 90 stk. (flaske) 1034,90 kr. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urgeinkontinens). **Refusjonskode:** ICP: 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 09.2015. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 24.09.2015

Astellas Pharma, Solbråveien 47, 1383 Asker. Telefon 66 76 46 00. kontakt.no@astellas.com. www.betmiga.no. www.astellas.no.



Sykdommers opphav

Nylig deltok jeg ved en kongress i Cape Town i regi av organisasjonen Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD). Her var flere faggrupper samlet for å dele kunnskap om hva som påvirker individets helse, fra tiden før konsepsjon, i fosterlivet og de tidlige leveår. Norske gynekologer var godt representert med postere og presentasjoner fra OUS, Sørlandet Sykehus, Folkehelseinstituttet og Haukeland.

Basert på erfaringer som distriktslege i Finnmark på 1960 tallet, utviklet Anders Forsdahl følgende hypotese; «Sammenhengen mellom leveforhold i ungdommen og senere dødelighet av hjerte- og karsykdom er så utpreget at det er berettiget å anta at dårlige leveforhold tidlig i livet etterfulgt av overflod, er en potensiell risikofaktor.» Men det er som Barkerhypotesen de fleste kjenner disse idéene. David Barker ble i motsetning til Forsdahl behørig kreditert under DOHaD møtet.

Studien som gjorde mest inntrykk var «the Mumbai samosa study» (C. Fall, Southampton). Kvinner fra slumområder ble inkludert minst tre måneder prekonsepsjonelt. De ble randomisert til vitaminrik mat eller en snack med lite mikronæringsstoffer, kaloriinnholdet var det samme. Maten ble laget av tilgjengelige råvarer og involverer ikke kosttilskudd eller medisiner (ingen industri!). Lokalt helsepersonell holdt styr på en rekke data, som siste mens, og så til at kvinnen selv spiste maten. Mange falt fra p.g.a. av ustabile forhold men fødselsdata er registrert for ca. 1000 barn. Og så det store spørsmålet; påvirket maten svangerskapsutfallet?

For å gjøre historien kort, det var meget krevende å sette opp og utføre studien. Forskjellen mellom gruppene var ikke stor, man fant inntil 100g økt fødselsvekt hos de normal- eller overvektige mødrene. Men prosjektet pågår fortsatt. Hvem vet hvordan en god vitaminstatus hos mor kan påvirke disse barna i fremtiden? Muligens kan Mumbaistudien gi noen svar. Det var uansett en beundringsverdig iherdighet og håp i dette prosjektet. For hvorfor skal vi vite om risiko dersom vi ikke kan påvirke den?

I samfunn som Sør-Afrika eller India, såkalte transitional societies, der fattigdom og underernæring fortsatt er et stort problem, ser man samtidig overvekt og fedme i en stadig større andel av befolkningen. Forsdahls teori er levendegjort i stor skala. Hvordan forholder vårt fagfelt seg til dette?

Den enkelte kvinne må opplyses om sunne valg - men løsningene ligger på det storpolitiske plan. Sykdommers opphav er ofte urettferdighet og fattigdom, og dette går i arv på så mange måter. Bedre helse for kvinner og barn må ligge som øverste prioritet når samfunn fordeler sine ressurser. Det vil alltid være en god investering og er noe vi fagfolk må kjempe for også på politiske arenaer.

Med disse tankene ønsker jeg alle lesere god jul. Vi i redaksjonen håper du vil glede deg over Gynekologens nye layout og ikke minst mange viktige bidrag til denne siste utgaven i 2015.

Vennlig hilsen
Agneth Lund

Våre nettsider innen obstetrikk og infertilitet

En ressurs på nett
- besøk oss på:

www.obstetrikk.no
www.barnloshet.no



MIS/011/11-2015



Kjære lesere!

Takk for meg!

Det var veldig kjekt å bli spurt om å delta i NGFstyret og så bli valgt til leder. Å representere Norske gynekologer føles veldig meningsfylt. Vi har en viktig jobb der vi bidrar til og med fra før unnfangelse, gjennom kvinnelivet og til siste slutt.

Etiske problemstillinger knyttet til reproduksjon står i kø; abort, eggdonasjon og surrogati. Vi prøver å ta debatten når den kommer. At uterustransplantasjon er hovedforelesning på årsmøtet er ikke det samme som at foreningen stiller seg bak innføring av dette som metode. Men skal vi diskutere noe må vi kjenne til hva det faktisk dreier seg om!

Vi skal være stolte av foreningen vår som holder den faglige fanen høyt. Kvalitetsutvalget, som har bestått av Rolf Kirschner (leder), Anne Dørum, Anny Spydslaug, Pål Øian og Runa Aabø har fungert veldig bra! I deres periode (2år x 2) er to av veilederne ferdig revidert og onkologiveilederen nesten ferdig revidert i drakt av Nasjonalt handlingsprogram gynekologisk kreft. Mange takk til Kvalitetsutvalget - dere har gjort en stor jobb! Selv om fire takker av fortsetter heldigvis Pål Øian og vil stå som leder i neste Kvalitetsutvalg. Også takk til alle dere kapittelforfattere som har bidradd inn! Kvalitetsutvalget har også stilt opp med solid faglig tyngde i møte med Helsedirektoratet/forvaltning, politikere/Storting og ulike saker der Legeforeningen sentralt søkte våre råd og innspill. Det er en uvurderlig ressurs med slike solide fagpersoner å lene seg på!

Proessen med Veilederne, der man har kapittelforfattere som representerer ulike deler av faget (geografisk, stilling/erfaringsnivå) og innholdet diskuteres dels i felles Veiledersamling og enkeltkapitler på foreningens møter, gir innholdet legitimitet. For gynekologi-

Styret i Norsk gynekologisk forening 2014-2015

Leder: Jone Trovik, Haukeland Universitetssjukehus.
jone.trovik@helse-bergen.no

Nestleder: Stine Andreassen, Nordlandssykehuset Bodø. stine.andreassen@online.no

Vitenskapelig sekretær: Marit Lieng, Ullevål Universitetssykehus.
marit.lieng@ous-hf.no

Kasserer (PSL): Arild Kloster-Jensen, Spes. praksis, Arendal.
akloster@online.no

Sekretær (FUGO): Elise Thoresen Sletten, LIS KK UNN Tromsø.
elise.thsletten@gmail.com

Styremedlem: Tone Shetelig Løvvik, St Olavs Hospital. tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no

Varamedlem (PSL): Åsle Marit Ullern, BestHelse, Nordstrand.
amar-u@online.no

Varamedlem (FUGO): Helene Fjeldvik Peterson, LIS KK Ahus.
helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com

Varamedlem: Nils-Halvdan Morken, Haukeland UiS og UiB.
nils-halvdan.morken@kk.uib.no

veilederen ble alle kapitler sendt ut på felles høring slik at absolutt alle skulle ha mulighet for å komme med innspill.

Når så Helsedirektoratet går på tvers av veilederanbefaling uten å involvere NGF i sin prosess får de ikke legitimitet for sin beslutning i vårt miljø. INGEN avdelinger har så langt jeg kjenner til endret ultralyddatering bort fra å relatere til evt. embryotransferdato eller tidlig (kompetent) ultralyd, eller skiftet fra Terminhjulet til eSnurra. Vi vet det er faglige gode grunner for å holde på den metode som den enkelte avdelingen har god erfaring med. Det er også prosessuelt underlig når det sendes en underskriftsliste til Helsedirektoratet fra 20 «tilfeldige» gynekologer (som ikke fremla at de representerte en formell organisasjon/sammenlutning) med støtte til HDir's beslutning. Styrets/Foreningens syn var tydelig flagget i media og i møter med HDir. Når medlemmer er uenige med styrets syn hvorfor tar man da ikke det opp med styret? Vi har ikke fått noen henvendelse om å endre NGFs ultralydskapittel, ikke til styret, ikke som Generalforsamlingssak. En åpen debatt er langt å foretrekke!

Å avslutte min lederperiode med årsmøte på hjemmebane passet godt. Sol og regn, sånn vil det være; i Bergen, på jobb og som leder. Heldigvis aller mest kjekt å være sammen både sosialt og faglig! Vi ser en stadig stigende kvalitet på det som blir presentert av frie foredrag og postere. I juni er NFOGs kongress i Helsinki. Jeg håper mange av dere melder inn presentasjoner slik at vi faktisk viser frem norsk gynekologi på sitt beste! Vi sees i Helsinki!

Vennlig hilsen
Jone Trovik



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.

ESM0915023NO

esmya® 5mg
Ulipristalacetat

Esmya «Gedeon Richter» Progesteronreseptormodulator. ATC-nr.: G03X B02. **TABLETTER 5 mg:** Hver tablett inneh.: Ulipristalacetat 5 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterine fibroider hos voksne kvinner i fertil alder. Intermitterende behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterine fibroider 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 behandlingsfrie perioder. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 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 uterine fibroider. Kreft i livmor, livmorbals, 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 overvåking 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 overvåking 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 in- termitterende 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 anbefales 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 pro- gestagen 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. dabigatranetiksilat, digoksin, feksofenadin) utføres med minst 1,5 timers mellomrom. **Graviditet, amming og fertilitet:** Se Kontraindikasjoner. **Graviditet:** Kontraindisert under graviditet. **Amning:** Ulipristalacetat og dens aktive mono-N-demetylerede metabolitt utskilles i brystmelk med et gjennomsnittlig AUC₀₋₂₄ melkplasma-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):** Kjønnsganer/bryst: Amenoré, endometriehyperplasi. **Van- lige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smarter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsganer/ bryst: Hetetokter, bekkenmerter, ovariecyste, ømhet/smarter 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. Kjønnsganer/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. Neurologiske: Nyrer/urinveier: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyede blodtriglyserider, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/ 1000):** Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsganer/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 side c. **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-deme-tylerte 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:** 28 stk.¹ (blister) 190889. **Refusjon:** ¹Se G03X B02_1 side d i Refusjonslisten. **Sist endret:** 30.06.2015

SAMSUNG

Samsung har lansert en ny portefølje av ultralyd-apparater til bruk innen gynekologi og obstetikk. Disse apparatene har blant annet Hybrid Beamforming Engine™, en teknologi som kombinerer 2D og doppler med kraftig databehandling for å skape stabile signaler og redusere støy. Dette gir raskere bildehastighet og bedre bildekvalitet. Samsung har implementert flere innovative funksjoner, blant annet 5D-teknologier, MPI, og Elastoscan, som gjør at Samsung redefinerer ultralyd til bruk innen gynekologi og obstetikk.



EKSTREM NØYAKTIGHET

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



BRUKERVENNLIGHET

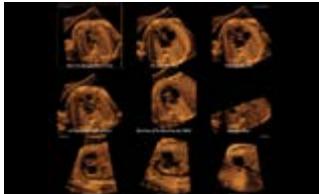
Intuitiv brukergrensesnitt og automatiserte funksjoner og diagnostiske verktøy bidrar til økt nøyaktighet og effektivitet, som igjen gjør kommunikasjon med pasienten enklere.



RASK OG TIDSBESPARENDE

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

5D Heart



På bakgrunn av et STIC (spatiotemporal image correlation) 3D-opptak av fosterhertet, og markering av standard anatomiske landemerker, genererer ultralydapparatet automatisk 9 plan som gir meget omfattende informasjon om hjertets anatomi og funksjon.

Fosterherte-undersøkelse med 5D Heart

Vidvinklet transvaginal probe



Den nye transvaginal proben E3-12A gir et synsfelt på opptil 210 grader. Dette medfører en bedre visualisering av bekkenet, og det er også ofte mulig å visualisere hele livmoren og livmorhalsen, så vel som organsymmetri i et transversalt snitt.

Livmor og eggstokk

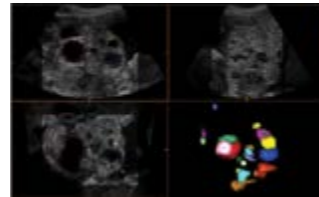
5D NT



Ved hjelp av ett enkelt volumopptak finner ultralydapparatet automatisk det midtsagittale snittet og utfører måling av NT. Dette gjør at undersøkelsen er mindre operatørvhengig.

NT-målinger med 5D NT

5D Follicle



Sonografiske parametere har vist seg å være effektive indikatorer ved vurdering av in-vitro fertilisering (IVF). 5D undersøkelsen av follikler gjør en automatisk deteksjon og måling av antall og størrelser på follikler.

Follikelmålinger med 5D follicle

Ung og lovende

Av Erica Hove

Vi har lovet å inkludere også yngre kollegaer i vår intervjuiserie. FUGO har tatt ballen, Erica Hove presenterer Kathinka Retz for Gynekologens lesere. Det er mange spennende personligheter i vår forening og vi er nysgjerrige på hvem gynekologene er. Dersom du eller din avdeling har lyst til å bidra med intervju, ta kontakt med redaksjonen.

Navn: Kathinka Retz (35)

Bosted: Stavanger

Av Kathinka er LIS ved Stavanger Universitetssykehus, og har vært det siden 2010. Ved siden av jobben forsker hun på sikkerhet ved bruk av UL, og høsten 2015 reiste hun til Canada på ISUOG-kongressen hvor hun holdt foredrag om artikkelen sin. Her vant hun prisen for beste foredrag i sin klasse!

Hva var vel mer passende da enn å intervju denne unge og lovende gynekologen som høster ros på utenlandske kongresser?

Fortell først litt om oppveksten din

– Jeg er født og oppvokst i Stavanger på Madla/Revheim. Oppveksten kan beskrives som trygg og god. Jeg vokste opp med en 5 år eldre søster, som nå er lærer på ungdomsskolen. Diverse katter, hund, akvariefisk, kanin og marsvin har vært del av familien. Mamma jobbet som fysioterapeut og pappa som ingeniør i oljebransjen. Vi har ingen leger i nærmeste slekt, men mamma's interesse for kroppens anatomi og fysiologi smittet nok relativt tidlig over på meg. Jeg har i grunnen aldri vært veldig konkurranseinnstilt, og valgte fritidsinteresser som ikke var direkte konkurranseutsatt. Vært innom piano, turn, tennis mm., men gikk alltid tilbake til dansen. Først klassisk ballett, deretter jazzballet og etter hvert også HipHop, Reggae o.l.

Hva var den første jobben du noen gang har hatt?

– Museumsvakt ved Stavanger Museum på søndager. Første sommerjobben var rydde-/vaskehjelp på laboratoriet til min fars firma der de laget «mud» (=sølen som erstatter oljen som pumpes opp). Videre har jeg hatt jobber som bl.a. fabrikkarbeider på papptallerke-fabrikken Huhtamaki, selger i smykkebutikken



Kathinka Retz.

Arts&Crafts, pølsemaker på Leiv Vidar fabrikken og pleieassistent ved SUS.

Når bestemte du deg for at du skulle bli lege?

– Jeg var i mange år usikker på hva jeg ville bli, men jeg tenkte nok på at jeg ville bli lege innerst inne fra tidlig på videregående, uten helt å innrømme det selv. Jeg satte legestudiet først på søknadene

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG ULTRASOUND

Inter-Medical AS
Balders veg 3, 2816 Gjøvik
Tlf. 61 14 63 00 - Mobil 406 17 940
E-post: post@inter-medical.com

«Jeg var i mange år usikker på hva jeg ville bli, men jeg tenkte nok på at jeg ville bli lege innerst inne fra tidlig på videregående, uten helt å innrømme det selv»

til samordnet opptak de første gangene uten å regne med å komme inn, og var egentlig innstilt på realfaglige studier.

Hvor har du studert og hatt turnus?

– Etter videregående var jeg fortsatt i tvil om hva jeg skulle bli, så jeg tok meg først et år fri fra studier og jobbet. Deretter flyttet jeg til Nord-Trøndelag til kjæresten min som studerte IT i Steinkjer. Der tok jeg ex. phil., og enkelte realfag som husdyranatomi og cellebiologi, før jeg neste år flyttet til Trondheim og studerte første året realfag grunnfag på NTNU. Så søkte jeg, og planla å begynne på farmasistudiet i Oslo. Men jeg hadde fortsatt medisinstudiet på førsteplass og kom dette året inn i Bergen i 2002 og fulgte kull-02A.

– I 2008 da jeg skulle ut i turnus, var det loddtrekning hvor jeg fikk så høyt nummer at det ikke var plasser igjen i det hele tatt. Dette halvåret før neste trekning, fikk jeg jobb som timevikar ved Kvinneklinikken i Stavanger. Deretter fikk jeg et godt nummer i turnustrekningen og valgte Stavanger og SUS som turnussykehus.

Når bestemte du deg for at det var

fødselshjelp og kvinnesykdommer du ville velge som spesialitet?

– Jeg havnet litt tilfeldig opp i en særoppgave som ble å lage en nettside/bruksanvisning for ferdighetssenteret til HUS/UiB for gynekologi og obstetikk. Jeg var også involvert i MSO; medisinerstudentenes seksualopplysning. Men det var først da jeg hadde gyn./obst som fag i studiet at jeg skjønnte at hovedinteressen lå her. Jeg var imidlertid åpen for alternative arbeidsplasser da jeg var ferdig med turnus, men kjente en tydelig tilknytning til Kvinneklinikken og var ikke i tvil så fort jeg kom inn i faget.

Hva gjør du når du ikke er på jobb?

– Nå for tiden er jeg for det meste opptatt med familien som består av min mann og vår 2,5 år gamle datter og en voksende lillesøster i magen. For å holde formen liker jeg fortsatt best å danse, og da jazzballett/HipHop. Ellers har forskningen stort sett vært gjort på fritiden og studiedager. Det resterende går da i å opprettholde kontakt med venner og resten av familien.

Hva engasjerer deg mest i jobben?

– Det må nok være selve pasienten, god informasjon og kommunikasjon.

Hvordan startet forskningsinteressen din?

– Jeg var innom tanken da medisinerstudiet holdt åpne foredrag for forskningslinjen, men følte meg ikke klar for noe den gangen. Videre har jeg hele tiden tenkt at jeg nok hovedsakelig er en kliniker, men ville gjerne gi forskningen en sjanse ved å skrive en artikkel om noe som interesserer meg. Så da Ragnar Sande tok kontakt med meg med sin smittende iver og engasjement for ultralydsikkerhet, så kastet jeg meg med på denne studien som utgjør artikkelen vi jobber med nå.

Hvordan var det å få pris for beste foredrag i din klasse på ISUOG Canada 2015?

– Det var overraskende og veldig hyggelig at det ble lagt merke til på en så stor kongress. Det er imidlertid en liten klasse/gruppe som driver med ultralydsikkerhet.

Hvor ser du deg selv om 10 år?

– Slik det føles nå, så er jeg nok fortsatt i jobb ved Kvinneklinikken på SUS så lenge familien holder ut med vaktlivet, for her trives jeg veldig godt. Kanskje jeg har en doktorgrad, vi får se. Så lenge jeg gleder meg over jobben min her og nå, så spekulerer jeg ikke så mye på fremtiden.

Har du et råd til nyspirende unge og lovende gynekologer?

– Har du det gøy, og er nysgjerrig på å skjønne mer, -så er du i rett spesialitet. Dette er et fagfelt med få fasitsvar, husk å bruke dine kollegaer til samarbeid, diskusjon og opplæring.



OLYMPUS

Your Vision, Our Future



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

Utrygg abort dreper en kvinne hvert tiende minutt

Foto: Patrick Farrell.

Av Tonje Dahlbakk. Prosjektleder Glemte kriser, Leger Uten Grenser

Halvparten av alle verdens aborter utføres under medisinsk uforsvarlige omstendigheter. Dersom kvinner hadde hatt tilgang til trygg abort kunne tusenvis av dødsfall blant kvinner vært unngått. Mer fokus på dette må til, mener Leger Uten Grenser.

- En ung jente kom inn på vårt distriktssykehus i blødningssjokk. Hun var ufrivillig gravid, ville ta abort og hadde av en bekjent fått tak i misoprostol tabletter, som nå er tilgjengelig i mange land. Hun var mer enn 12 uker gravid og etter at hun tok medisinen hjemme fikk hun kraftige vaginalblødninger. Hun ventet i flere dager hjemme, men ble etter hvert fraktet av pårørende til sykehus, dessverre for sent. Hun døde i mottagelsen kort tid etter ankomst til sykehuset, forteller Ingvil Sørbye, gynekolog ved Oslo Universitetssykehus og tidligere feltarbeider i Leger Uten Grenser.

Leger Uten Grenser har i år satt utrygg abort på listen over glemte humanitære kriser. Halvparten av alle aborter som utføres i verden utføres under farlige betingelser. Umiddelbare, livstruende komplikasjoner kan være store blødninger, infeksjoner, perforasjon av uterus, tarm eller blære. Kroniske underlivssmerter og infertilitet er blant senkomplikasjonene for de som overlever.

- Problemet er aller størst i fattige land i Afrika og Latin-Amerika, men er også et stort problem i sentral- og vest-Asia. Tilgang til medisinsk forsvarlig abort er en avgjørende og livreddende del av all reproduktiv helsehjelp, sier Sørbye.



Ingvil Sørbye på en lokal mor-barn klinikk, med en lokalt ansatt. Foto: Privat.

Mørketall

I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er utrygge aborter årsak til 13 prosent av verdens mødredødelighet, eller 47.000 dødsfall hvert år. Rundt halvparten av alle 44 millioner aborter som blir gjennomført hvert år, er utrygge.

- Disse tallene er usikre. De er fra 2008, og siden abort er forbundet med stigmatisering og er skambelagt, i tillegg til at provosert abort i flere land er ulovlig eller med sterkt begrenset tilgang, er mørketallene etter all sannsynlighet store, sier Ingvil.

Hun har selv opplevd kvinner som kommer inn med komplikasjoner til abort, men som ikke vil angi hva som har skjedd, da de er redd for å bli stigmatisert og dårlig behandlet av helsepersonell eller i verste fall bli anmeldt til myndighetene.

- Utrygg abort er en av de fem viktigste årsakene til mødredødelighet i verden i dag, men er den eneste årsaken som fullstendig kan forhindres. Det er viktig at vi tør å løfte fram problemet, slik at vi kan få kunnskap om utbredelsen og tiltak som kan være effektive.

Forbudt

En avgjørende del av løsningen er tilgang til prevensjon og medisinsk forsvarlig abort. Men flere steder står juridiske, sosiale og ressursmessige hindringer i veien.

- Det er bare seks land som har totalforbud mot abort. Imidlertid er det kanskje av større betydning hvordan lovverket håndheves og tolkes i praksis. Årsaker til utrygg abort er imidlertid ikke bare det legale aspektet. Selv i kontekster der abort tilbys i teorien og uten større stigma kan mangel på kvalifisert helsepersonell til å utføre inngrepet være en begrensende faktor, særlig på landsbygda. Selv om abort er stigmatisert, tabu og noen steder ulovlig, viser



Misoprostol har blitt mer tilgjengelig på det private markedet i mange land. Faktisk er det en blomstrende gjeskjeft for de som selger medisinen, der abort er ulovlig. For kvinner og jenter som trenger en abort, er det å ta medisinen tryggere enn å bruke en jernstang eller andre måter å utføre en utrygg abort. Men, misoprostol er fortsatt risikabelt uten å ha medisinsk oppfølging og informasjon om hvordan å ta medisinen og hva man kan forvente etter man har tatt medisinen. Foto: Patrick Farrell.

forskning og erfaring at kvinner som av livreddende eller andre årsaker trenger abort, oppsøker de alternativene de har tilgjengelige.

- Det trengs en ærlig og åpen diskusjon om utrygg abort, også fra Norge, med regjeringer og lokalsamfunn. Ellers vil utrygge aborter fortsette å kreve kvinners og jenters liv. Slik det er i dag dør jenter og kvinner i stillhet, i skam og ofte alene, sier Sørbye. Ingvil har selv vært på oppdrag flere steder, som i Afghanistan, Somalia og Øst-Timor. Hun vet at også behovet for gynekologer i felt er stort.

- Uansett om man er rammet av krig, naturkatastrofer, epidemier eller andre kriser, blir kvinner gravide eller føder barn. Derfor er behovet for gynekologer alltid stort, sier Sørbye. Leger Uten Grenser trenger både mannlige og kvinnelige gynekologer. Behovet for kvinnelige gynekologer er særlig stort, da mange av prosjektene er i muslimske områder.

- Behovet for gynekologer er så stort at en også åpner for oppdrag som bare varer en måned, sier Ingvil. Hun har selv ikke tenkt seg ut akkurat nå, men håper på oppdrag i fremtiden.

Hva gjør Leger Uten Grenser?

Leger Uten Grenser utfører aborter når mors liv er i fare, men alltid i samråd med pasienten eller hennes familie. I situasjoner hvor mors liv ikke står på spill, men hun ønsker å avbryte svangerskapet av andre grunner, vurderer vi alle relevante hensyn før vi avgjør om vi kan tilby trygg abort. Dette kan være en svært vanskelig avgjørelse å ta, for når kvinner ikke får ta abort under trygge omgivelser, ser vi ofte at de oppsøker utrygge alternativer.

I enkelte områder hvor Leger Uten Grenser jobber kan det å yte slik hjelp innebære en sikkerhetsrisiko for pasienter, og i noen tilfeller for helsearbeidere selv. Relevant lovverk og lokal tradisjon må da vurderes fra tilfelle til tilfelle. I 2014 hjalp Leger Uten Grenser til ved 194.000 fødsler over hele verden.

"Fatmata", 17

Fatmata fra Sierra Leone ble brakt inn på Leger Uten Grensers sykehus. En lærer hadde gjort henne gravid. Voldtatt henne.

Fatmata fortalte moren og bestemoren hva som hadde skjedd, og familien bestemte seg for å dra til en tradisjonell fødselshjelper for å avslutte svangerskapet, og unngå skam over familien, som ville skje dersom hun skulle bære frem barnet. Fødselshjelperen utførte en utrygg abort med en jernstang. Graviditeten ble avsluttet, men fødselshjelperen ødela livmorsveggen og magesekken, et svært vanlig resultat av utrygg abort.

Innen de nådde sykehuset, trodde Fatmats mor at datteren skulle dø. Hun hadde feber på 39 grader og led av store magesmerter. En ultralyd viste en infisert masse på rundt 10 centimeter. Leger Uten Grenser ga Fatmata smertestillende og antibiotika, og henviste henne umiddelbart til et prosjekt i hovedstaden Freetown. De opererte en del av Fatmats mage, men fordi det var så infisert måtte Fatmata få stomi.

Resultatet av denne utrygge aborten var en 17-år gammel jente som har opplevd fysisk og emosjonell trauma, og pose på magen. Hun kan også være infertil. Dersom hun ikke er infertil, vil det være stor fare for at de neste graviditetene er utenfor livmoren og dermed livsfarlige.

* Pasientens navn har blitt endret og bildet er et illustrasjonsbilde.



Gaza-prosjektet: Sykehuset gikk fra eksplorativ laparotomi til terapeutisk laparoskopi som dagkirurgi på to måneder!

Av Espen Berner. Foto: Maddy Shifa

Leger og operasjonssykepleiere fra Oslo universitetssykehus (OUS) har i høst reist i skytteltrafikk fra Oslo til Gazastripen for å drive opplæring i gynekologisk endoskopi. For å få innsikt i det spennende prosjektet tok Gynekologens utsendte redaksjonsmedlem kontakt med kolleger på OUS som har stått for opplæringen på Shifa sykehuset i Gaza by.

Det har vært en hektisk høst med mye reisevirksomhet for personell som er med i prosjektet Gynekologisk Endoskopi i Gaza. Tre gynekologer, en anestesilege og to operasjonssykepleiere fra OUS har deltatt i prosjektet. Alle har på omgang og delvis sammen reist til Gaza flere ganger denne høsten. Gynekologen møter nyvalgt NGF-leder Marit Lieng når hun hviler ut med helgevakt på OUS. Hun forteller ivrig om prosjektet. Gaza har en fertilitetsrate på 4.2 pr kvinne og befolkningsvekst på 2.9 % pr år. Gynekologiske og obstetriske problemstillinger dominerer det overfylte Shifa sykehuset i Gaza by hvor prosjektet gjennomføres. Sykehuset tar i mot ca 16 000 fødsler i året og har ca 50 gynekologer/fødselsleger. "10 keisersnitt på en natt på sykehuset er vanlig der nede", opplyser Lieng. Gynekologens utsendte medarbeider påpeker at det kan

virke som et paradoks at mange kvinner søker sykehuset pga infertilitet, men jeg får vite at graviditet og fødsler er av stor betydning for den unge og fattige befolkningen i Gaza. Her ansees infertilitet som en god grunn for skillsmisse og sterilisering er sjeldent et alternativ, selv for kvinner med 8 eller 9 barn. Det bor 1.8 millioner mennesker på Gazastripen. Området er 41 x 6-12 kilometer i utbredelse. Dette gjør regionen til ett av de tettest befolkede områdene i verden. "På to måneder har vi endret praksis fra eksplorativ laparotomi til dagkirurgiske laparoskopiske prosedyrer" forteller en tydelig stolt Lieng. "Dette frigjør ressurser til andre viktige oppgaver ved det overfylte sykehuset".

Endoskopi-prosjektet i Gaza var igjennom en langvarig planleggingsfase. Et liknende, men mindre prosjekt ble startet opp i 2008 på Makassed sykehuset i Øst-Jerusalem. Dette prosjektet ser nå ut til å bære frukter. Den gangen fikk to palestinske gynekologer (Husni Samara og Bassam Odichio) opplæring av gynekologer fra Norge. Disse legene har nå opparbeidet seg god erfaring og sykehuset ble i 2015 belønnet med en oppgradert operasjonsstue, finansiert av Norwegian Aid Committee (NORWAC). De lærer nå selv opp nye kolleger innen endoskopiske prosedyrer. Det langvarige prosjektet i Øst-Jerusalem har knyttet gode kontakter mellom de palestinske legene og gynekologene ved OUS. Erfaringene fra prosjektet ved Makassed sykehuset er blitt benyttet i planleggingen av det aktuelle prosjektet på Shifa sykehuset i Gaza by.

Prosjektet i Gaza er godt forankret både i Palestina og Norge. Sentralt i prosjektet fra palestinsk side er Dr Nasser fra det palestinske helsedepartementet. Finansieringen av prosjektet har kommet gjennom midler fra Utenriksdepartementet (UD) i Norge, kanalisert via NORWAC. Tidligere OUS-direktør Tove Strand var selv i Gaza og så på forholdene ved sykehuset før hun

« Prosjektet i Gaza er godt forankret både i Palestina og Norge. Sentralt i prosjektet fra palestinsk side er Dr Nasser fra det palestinske helsedepartementet »

godkjente at OUS skulle forplikte seg til å stille med kvalifisert personell der. NORWAC har hatt virksomhet i området i over 20 år og har stedlig representant som overvåker alle prosjektene. Dette har skapt kontinuitet og trygghet for legene og operasjonssykepleierne som har deltatt i prosjektet fra Norge.

En spesiell utfordring med prosjektet i Gaza er transport av utstyr og personell inn i området. Egypt stengte sin grense etter at Hamas tok over styringen i Gaza. Den eneste veien inn i Gaza er nå fra Israel. Papirmøller i Norge med offentlig anbud kan virke som en drøm når Gynekologen får beskrevet godkjenningsprosessen for utstyr i Palestina. Alt utstyr som skal importeres må først godkjennes av Hamas. Deretter skal Fatha som har kontrollen på Vestbredden og Helsedepartementet i Palestina godkjenne utstyret. Tilslutt gir eventuelt Israel endelig godkjenning på grensekontrollen. Den totale prosessen for å få importert utstyr til Gaza kan ta inntil to år. God logistikk i slike prosjekter er helt avgjørende for å unngå unødvendige forsinkelser. Av den grunn ønsket prosjektet å finne ut om det fungerte å få helsepersonell og utstyr inn i området før dyrt medisinsk utstyr ble kjøpt inn. For å teste ut logistikken ble det først startet opp et pilotprosjekt med TVT-operasjoner i Gaza. Da logistikken viste seg å fungere med disse operasjonene, kunne endoskopi-prosjektet iverksettes.

Ut fra erfaringene fra Makassed sykehuset har prosjektet i Gaza fokusert mer på en helhetlig tilnærming. Innføring av mer moderne anestesi har vært like viktig som opplæring i laparoskopisk teknikk. Anestesilege, professor og frontkjemper for dagkirurgi Johan Ræder har deltatt i prosjektet. Han har lært opp tre lokale anestesileger. Bruk av larynx-maske hos selekerte pasienter er et vellykket tiltak som nå er blitt implementert på sykehuset som en del av prosjektet.



Anton Langebrekke viser deltakere praktiske øvelser på boks under endoskopikurset på Shifa.



Kirsten Hald gir instruksjon i praktiske øvelser på treningsboks under endoskopikurset på Shifa.



Ivrig kursdeltager under endoskopikurset på Shifa.



Kurskomité og kursdeltagere etter endt endoskopikurs på Shifa. De norske representantene i kurskomiteen står i bakre rekke (fra høyre) Anton Langebrekke, Kirsten Hald, Marit Lieng og Marianne Jungersen. Dr Nasser fra det palestinske helsedepartementet var også representert i kurskomiteen (nr 2 foran fra høyre).

« Et av suksesskriteriene i dette prosjektet var utvelgelsen av en liten oversiktlig gruppe som har sikret stor grad av kontinuitet i prosjektet »

Utstyrshåndtering og hygiene har også vært et sentralt satsningsområde i prosjektet. Operasjonssykepleierne Ann-Kristin Rokne Vang og Marianne Jungersen ble derfor hentet inn som sentrale medarbeidere i prosjektet. De har vært i Gaza tre ganger hver seg denne høsten. De var først 4 dager sammen i Gaza og pakket ut alt utstyret. Deretter har de om hverandre stått for opplæringen og oppfølgingen av fire operasjonssykepleiere ved Shifa sykehuset. "Vi visste fra erfaringene på Makassed sykehuset at nødvendig renhold og vedlikehold av utstyr ville bli største utfordring" forteller Jungersen. Tidligere ble alt utstyr på Shifa sykehuset vasket for hånd. Sykehuset fikk derfor sin første vaskemaskin gjennom dette prosjektet. Det nyter resten av sykehuset også godt av. Med inntil 18 keisersnitt per døgn har sykehuset slitt med kapasitet og rutiner. De to erfarne operasjonssykepleierne fra OUS mener at rutinene ved Shifa sykehuset fortsatt kan forbedres sammenliknet med norske forhold. "De har fortsatt vansker med å skille rent og urent" forteller Vang. I tillegg har de to vært med på å innføre bedret kommunikasjon med pasienten inne på operasjonsstuen. Spørsmål som "Ligger du godt?" og "Har du det bra?" er helt nytt for helsepersonellet i Gaza. Rollespill ble tatt i bruk for å øve på korrekt leiring ved operasjon og snakke med pasientene. Trygg kirurgi er innført på operasjonsstuene som en del av prosjektet. I tillegg har det vært fokus preoperativ utredning, dokumentasjon og postoperativ oppfølging.

Hovedprosessen for de norske gynekologene i prosjektet har vært å plukke ut og lære opp lokale gynekologer til det endoskopiske teamet. Egnede kandidater ble rekruttert fra alle fem sykehusene i Gaza. Legene skulle være under 40 år og beherske engelsk muntlig og skriftlig. Etter nøye utvelgelse ble 12 gynekologer plukket



Fornyede operasjonssykepleiere på Shifa.

ut til å delta på et tre dagers kurs i endoskopi. Kurset ble avholdt 2.-4. september i år. Det besto av forelesninger, praktiske øvelser på treningsbokser, "live-surgery" og ble avsluttet med intervjuer og eksamen. På bakgrunn av eksamen og intervju ble fire gynekologer plukket ut til å fortsette som operatører i prosjektet. Alle prosedyrer er blitt registrert og gynekologene blir fortløpende evaluert ut fra et Global Operative Assessment of Laparoscopic Skills (GOALS) skjema. Fra oppstart av praktisk del av prosjektet i september er status for prosjektet etter to måneder: 82 prosedyrer er gjennomført hvorav 90 % har vært dagkirurgiske. Ingen alvorlige komplikasjoner er registrert i prosjektet til nå. Shifa sykehuset opererer nå laparoskopiske prosedyrer to dager pr uke. Prosjektet ønsker også at gynekologene i Gaza skal utvikle seg vitenskapelig. Det første målet er legge frem data fra prosjektet på en internasjonal kongress som arrangeres i Jerico 20.-22 april 2016.

"Et av suksesskriteriene i dette prosjektet var utvelgelsen av en liten oversiktlig gruppe som har sikret stor grad av kontinuitet i prosjektet" sier Lieng. Vang og Jungersen mener at det er en stor fordel at de norske deltagerne i prosjektet kommer fra samme sykehus. "Vi er vant til samme rutiner og retningslinjer for håndtering av utstyr". Fullfinansiering av prosjektet via NORWAC og solid forankring av prosjektet hos arbeidsgiver i Norge har også vært viktig for gjennomføringen. Dette har garantert rekruttering og avgivelse av personell til prosjektet. "Jeg håper og tror at det blir liknende prosjekter i fremtiden andre steder", avslutter Lieng. Disse prosjektene er åpne for å involvere leger fra andre sykehus også. En forutsetning for deltagelse i slike prosjekter er at man forplikter seg til å delta med flere reiser over en lengre periode.



Marit Lieng har oversikten når Bjørn Busund veileder i endoskopiske prosedyrer på Shifa.

Bioidentiske hormoner

Av Mette Moen

Resultater fra WHI, Women's Health Initiative, publisert i 2002 førte til dramatisk reduksjon i hormonbehandling (HT) for klimakterielle plager. I Norge har reduksjonen vært ca 65 %, og tilsvarende endring har skjedd i de fleste vestlige land. De initiale negative resultater har siden vært reanalysert og stratifisert. Vi har derved fått et betydelig mer nyansert bilde av nytte og risiko. HT gitt til 'yngre' kvinner (under 60-65 år) viser en totalt sett gunstig effekt, men er ugunstig hos eldre kvinner.



En negativ omtale i media er vanskelig å gjenopprette. For pressen er 'gode nyheter' som kjent 'dårlige nyheter'. 75 % av alle postmenopausale har ulike grader av plager som kan vare i fem år eller mer. Det passer dårlig for kvinner i starten av 50 årsalderen (den naturlige menopausealder), en periode i livet hvor de gjerne er på toppen av deres karriere, og ofte i tillegg har stort familieansvar. De søker alternative løsninger for plager som påvirker livskvaliteten.

Med opprinnelse i USA har det oppstått stor interesse for 'bioidentisk hormonbehandling'. Prinsippet er at man ved en hormonanalyse i spytt kan fastslå akkurat hva en kvinne trenger av 'naturlige' hormoner som østradiol, østron, østriol, progesteron, testosteron, dihydrotestosteron, DHEA og cortisol. Det argumenteres med at spyttanalyser måler det ubundne, aktive hormon, men metoden er ikke godkjent av FDA (Food and Drug Administration, den amerikanske legemiddelkontroll). Det kan tilføyes at spyttanalyse ikke krever annet enn at kvinnen innsender spyttprøve direkte til et laboratorium. Apotek eller nettleverandør kan deretter fremstille en cocktail av akkurat de hormoner som den individuelle kvinne antas å ha behov for. Et viktig poeng er at hormonene som tilbys er naturprodukter, ikke syntetisk fremstilt i et laboratorium, men utvunnet fra planter som yams og soya. Begrepet 'compounded hormone therapy' (CHT) beskriver altså en behandling med hormoner som fremstilles etter oppskrift fra lege eller annen helsearbeider (f.eks. nurse practitioner) eller med produkter som bestilles fra nettet, ofte fra samme firma som har utført hormonanalysen. Det er beregnet at 1 til 2,5 millioner amerikanske kvinner over 40 år bruker CHT.

'Compounded therapy' er en gammel ordning som har eksistert før legemiddelindustrien dekket behovet for legemidler. Slik magistrell forskrivning av legemidler er kjent i Norge, men lite brukt i dag. De eldste av oss husker salven for lichen sclerosus: Testosteron 3% i unguentum Merck ad 100g, et typisk eksempel på 'compounded therapy', et produkt som kunne fremstilles på alle apotek. I dag er det bare et fåtall apotek som kan fremstille hjemmelagede produkter, f.eks. Ullevål apotek, men til gjengjeld blomstrer nettet med slike tilbud.

I USA har 'compounded hormones' fått stor interesse og prominente personer som Oprah Winfrey har anbefalt behandlingen.

Interessen for naturlige østrogener som østradiol er forståelig på bakgrunn av at østrogenbehandling i USA stort sett har vært CEE, konjugert ekvint østrogen, utvunnet fra gravide hoppers urin, med et mangfold av ulike metabolitter som ikke kan måles ved blodanalyser. På den andre siden er salgsproduktene Premarin (CEE) og Prempro (CEE og MPA) gjennomanalysert i utallige kliniske studier, og det var disse legemidler som inngikk i WHI-studien. I motsetning hertil er hormoner som brukes ved fremstilling av CHT ikke kvalitetssikret, hverken med hensyn til produksjonsforhold, innhold, effekt eller bivirkninger. Naturlige østrogener som østradiol finnes ikke naturen, de må utvinnes og modifiseres fra planter, og det kan derfor settes spørsmålsteget ved at de er 'naturlige produkter'.

Jeg deltok nylig på den årlige NAMS-konferanse (North American Menopause Society) som ble avholdt 29.9 til 3.10.2015 i Las Vegas, og hvor en sesjon var viet 'Compounded hormone therapy' med innlegg fra to tidligere presidenter av NAMS. Margery Gass omtalte en forsk studie som viste bruk og kunnskap om CHT. Blant kvinner i alderen 40-80 år var 9% nåværende brukere av HT, mens 28 % hadde brukt HT. Hos ca 30% var denne behandling CHT, men hos de yngste utgjorde CHT 40% av all hormonbehandling. De fleste trodde at CHT var sikrere enn konvensjonell HT og var ikke klar over at CHT ikke er godkjent av FDA. Professor Utian, grunnlegger av NAMS, hadde et innlegg med tittelen 'The Compounded Hormone Therapy Fantasy' hvor han gikk sterkt imot behandling med produkter som ikke var fremstillet etter den lovmessige 'Good manufacturing practice' hvor FDA regelmessig kontrollerer produksjonen. Utian omtale ni tilfeller av endometrieccancer under CHT. I en rettsak vil legen stå meget sakt hvis han/hun hadde ordinert CHT som ikke bare NAMS, men også den internasjonale menopauseforening, tar avstand fra.

Det samme gjelder for norske forhold; at man som lege påtar seg et stort ansvar ved å anbefale hormonbehandling som ikke er godkjent av Legemiddelverket, og hvor innhold av produktet ikke er kvalitetssikret.

Som et apropos kan jeg fortelle at jeg i korridoren ved NAMS-kongressen møtte en sentral Novo-representant. På mitt spørsmål opplyste han at østradiol som inngår i Novos produkter, er utvunnet fra yams!

Litteratur:
Pinkerton JV and Santoro N. Compounded bioidentical hormone therapy: identifying usetrends and knowledge gaps among US women. Menopause. 2015; 22:926-36



Hun har ovariekreft.

TEST HENNE

for BRCAm.

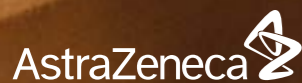
BEHANDLE HENNE

med Lynparza (olaparib), hvis hun har tilbakefall av platinumsensitiv BRCAm ovariekreft.¹

Lynparza som vedlikeholdsbehandling hos pasienter med tilbakefall av **BRCA-mutasjonspositiv og platinumsensitiv ovariekreft** har vist en median progresjonsfri overlevelse (PFS) på 11,2 måneder vs 4,3 måneder mot placebo (HR=0,18; 95 % KI 0,10 - 0,31; P<0,00001).²

1. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 16.12.2014 pkt 4.1.
2. Ledermann J et al. The Lancet Oncology 2014;15(8):852-861.

892.064.011_09/15_NO



AstraZeneca AS, AstraZeneca Nordic-Baltic, Postboks 6050 Etterstad, 0610 Oslo Norway T: 21 006400 astrazeneca.no



Vil du vite mer, ta gjerne kontakt.



Med hilsen,

Sissel Remmen
Strategic Accounts Manager
AstraZeneca Onkologi
Mobil: 90068020
sissel.remmen@astrazeneca.com

▼ Lynparza «AstraZeneca»

C Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X X46

KAPSLER, harde 50 mg: Hver kapsel inneh.: Olaparib 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Skjellakk, sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, BRCA mutert (kimbanen og/eller somatisk), høygradig, serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Dosering: 400 mg (8 kapsler) 2 x daglig, tilsv. daglig totaldose 800 mg. Behandlingen bør startes senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Behandlingen bør fortsette til progresjon av underliggende sykdom. Anbefalt dosereduksjon for å håndtere bivirkninger til 200 mg 2 x daglig, tilsv. daglig totaldose 400 mg. Er ytterligere, siste dosereduksjon nødvendig, kan reduksjon til 100 mg 2 x daglig, tilsv. daglig totaldose 200 mg, vurderes.

Glemt dose: Neste normale dose tas til planlagt tid. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Effekten er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke ved nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått ved moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Kan brukes hvis fordel-en oppveier potensiell risiko. Pasienten bør overvåkes nøye mht. nyrefunksjon og bivirkninger. **Barn og ungdom:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen justering av startdose. **Administrering:** Oral bruk. Tas minst 1 time etter mat, og helst 2 timer før mat. Skal svelges hele.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Amming under behandling og i 1 måned etter siste dose.

Forsiktighetsregler: Hematologisk toksisitet: Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generelt mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøyropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes for restitusjon fra hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være innenfor normalområdet eller CTCAE grad 1). Fullstendig blodtelling ved behandling-soppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandling-savbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. **MDS/AML:** Rapportert hos et lite an-tall ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling. Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Tilfellene var typiske for sekundær MDS/kreft-terapirelatert AML. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at pasienten får egnet behandling mot disse sykdommene. Olaparib bør seponeres, og ikke gis i kombinasjon med annen kreftbehandling. **Pneumonitt:** Ved bekreftet pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller radiologisk abnormitet. **Biljøring og betjening av maskiner:** Asteni, tretthet og svimmelhet er rapportert, og pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved biljøring eller ved bruk av maskiner.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Kombinasjon med andre legemidler mot kreft, inkl. DNA-skadelige midler, viser forsterket og forlenget myelosuppressiv toksisitet. Kombinasjon med vaksiner eller immunsuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. **Effekt av andre legemidler på olaparib:** Olaparib metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4/5, men effekten av kjente CYP3A-hemmere og -induktorer er ukjent, og bruk av kjente sterke hemmere eller induktorer bør derfor unngås. Olaparib er substrat for P-gp in vitro, men effekten av kjente P-gp-hemmere og P-gp-induktorer er ukjent. **Effekt av olaparib på andre legemidler:** Olaparib kan hemme CYP3A4 in vitro, og økt eksponering for CYP3A4-substrater in vivo kan ikke utelukkes. Forsiktighet bør utvises ved kombinasjon med CYP3A4-substrater, spesielt de med smalt terapeutisk vindu. Ukjent om olaparib kan inducere CYP3A, CYP1A2, CYP2B6, CYP2C9, CYP2C19 og P-gp. Effekten av hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres ved samtidig administrering med olaparib. Olaparib kan hemme P-gp og hemmer BRCP, OATP1B1, OCT1 og OCT2 in vitro. Økt eksponering for substrater av disse kan ikke utelukkes. Særlig forsiktighet bør utvises ved kombinasjon av olaparib og statiner.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Ingen data fra bruk hos gravide, men pga. virkningsmekanismen (PARP-hemming) kan olaparib gi fosterskader og skal derfor ikke brukes under graviditet. Fertile kvinner skal unngå graviditet, og før behandling bør graviditetstest utføres. Effektiv prevensjon skal brukes under behandlingen og i 1 måned etter siste dose. Pga. potensiell interaksjon mellom olaparib og hormonelle prevensjonsmidler bør en ekstra ikke-hormonell prevensjonsmetode og jevnlig graviditetstester vurderes. **Amming:** Ukjent om olaparib eller metabolitter utskilles i morsmelk hos mennesker. Ingen dyrestudier er utført. Kontraindisert under amming og i 1 måned etter siste dose. **Fertilitet:** I dyrestudier er det ikke observert effekt på befruktning, men negative effekter på embryofotal overlevelse.

Bivirkninger: Olaparib-monoterapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE 1 eller 2). Frekvens for alle CTCAE-grader er som følger: **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, dysgeusi. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Anemi, nøyropeni, lymfopeni, økt kreatinin i blod, økt gjennomsnittlig cellevolum. Øvrige: Tretthet/fatigue, inkl. asteni. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smarter i øvre del av abdomen, stomatitt. Undersøkelser: Trombocytopeni.

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Generelle støttende tiltak og symptomatisk behandling.

Egenskaper: Klassifisering: Antineoplastisk middel. **Virkningsmekanisme:** Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymene. Hemmer veksten av selekterte tumorcellelinjer in vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapier. **Absorpsjon:** C_{max} nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3-4 dager. Samtidig administrering med mat reduserer absorpsjonshastigheten (T_{max} forsinkes med 2 timer), og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20 %). **Proteinbinding:** Ca. 82 % (400 mg 2 x daglig). **Fordeling:** Tilsynelatende Vd: ~167 liter. **Halveringstid:** Terminal t_{1/2}: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~143 ml/minutt. **Metabolisme:** CYP3A4 er vist, in vitro, å være primært ansvarlig for metabolismen. Omfattende. Hovedsakelig oksidasjonsreaksjoner. **Utskillelse:** Ca. 44 % via urin, ca. 42 % via feces. Hovedsakelig som metabolitter.

Pakninger og priser: 4 x 112 stk. kr 61350,80.

Sist endret: 20.03.2015



AstraZeneca AS, AstraZeneca Nordic-Baltic, Postboks 6050 Etterstad, 0610 Oslo Norway
T: + 47 21 006400 astrazeneca.no

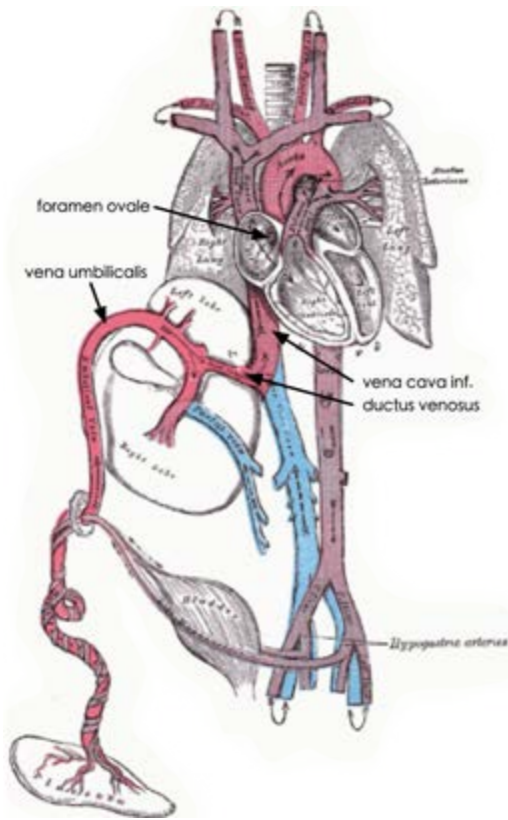


892.064.011_09/15_NO

Historien om ductus venosus

Av Torvid Kiserud, Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen

En foster-shunt ble født i 1561. Den var ikke stor den slanke, basunlignende venen på undersiden av leveren (figur 1). Den ble døpt ductus venosus fordi den førte venøst blod fra navleaven direkte til vena cava inferior og hjertet, og den fikk det latinske tilleggsnavnet Arantii etter den kjente anatomen Aranzi i Padova på den tiden. Nederlenderen Vesalius som besøkte Aranzi, skal ha påvist shunten i 1561 og publiserte funnet to år senere^{1,2}.



Figur 1. Anatomisk fremstilling av ductus venosus gir ofte et forvrengt bilde av relasjoner og funksjon. Her minner anatomen mer om slik den finnes hos lamme-foster som har leveren rotert langs vena cava inferior (VCI) og en tjukke ductus venosus munner inn langt fra hjertet (Grey's Anatomy; Wikipedia).

Den fysiologiske forståelsen av ductus venosus gjorde et sprang da William Harvey på 1700-tallet klargjorde hvordan blodet sirkulerte i kroppen. I 1766 referer Albrecht von Haller (Sveits) til dyreforsøk som viser at luft og væske injisert i navleaven (eller vena cava inferior) strømmer til venstre atrium gjennom foramen ovale (historisk oppsummering av Dawes²). Da oppstod forestillingen om at alt blod i vena cava og ductus venosus strømmet gjennom foramen ovale til venstre atrium hos fosteret (Sabatier i

Frankrike, 1774), mens tyskerne Wolff og Kilian mente bare 2/3 av blodet i vena cava inferior gikk til venstre hjertehalvdel. Med mer systematisk fysiologisk tenkning og eksperimenter på 1800- og 1900-tallet fester konseptet seg om en via dextra med lavt oksygeninnhold og en via sinistra med høy oksygen-transport (figur 2).

Med mulighetene til angiografi fremstiller Jon Lind i 1949 fordelingen av navleavenblodet og demonstrerer samtidig hvordan den oppadstigende blodstrømmen i vena cava inferior kløves av foramen ovale-kanten (atrieseptum) i en strøm til venstre og en strøm til høyre atrium (figur 3)³. Det motbeviser at blodet fra vena cava inferior og ductus venosus først når høyre atrium for så å gå lateralt gjennom foramen ovale til venstre. Vena cava inferior er i fosterlivet dedikert begge atrier og sender blod direkte til venstre eller høyre atrium.

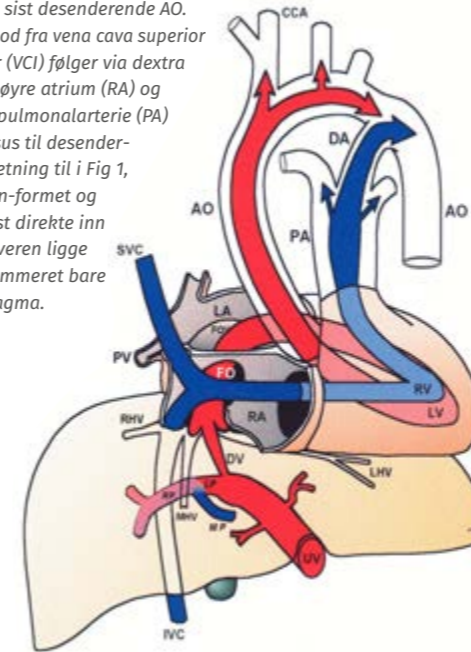
Med radioaktive mikrosferer kan Behrman (1970) og Rudolph (1971) vise at omtrent 50% av navleavenens oksygenrike blod shuntet forbi leveren i ductus venosus og fordeles fra venstre hjertehalvdel til koronarsirkulasjonen og hjernen^{4,5}. Begrepet "preferential streaming" blir nå en mer fysiologisk betegnelse på via sinistra.

Ved hjelp av ultralyd kunne blodstrømmen i ductus venosus i 1991 visualiseres i pågående normale svangerskap hos mennesket^{6,7}. Det viste seg at blod ble akselerert til høy hastighet i denne shunten. Nærmest som en dyse ble høyt oksygenert blod sprøytet mot foramen ovale, foramen ovale klaffen ble blåst opp som et seil (figur 4 og 5) og blodet nådde direkte inn i venstre forkammer^{6,8}. Den fysiologiske betydningen var åpenbart viktig, og det diagnostiske potensialet stort^{9,10}.

Hemodynamikk

I de følgende årene kunne ny kunnskap om fysiologien hos humane fostre beskrives. I motsetning til de eksperimentelle studiene med 50% shunting, var det hos mennesket bare 30% umbilikalblod som gikk gjennom ductus venosus i uke 20, og ved uke 30 var andelen

Figur 2. Ductus venosus (DV) er en viktig del av via sinistra (rød) som fører oksygenert blod fra umbilicalvenen (UV) gjennom foramen ovale (FO) til venstre forkammer (LA) og ventrikkel (LV) for å nå koronar og hjerne via aorta (AO) og til sist desenderende AO. Oksygenfattig blod fra vena cava superior (VCS) og inferior (VCI) følger via dextra (blå) gjennom høyre atrium (RA) og ventrikkel (RV), pulmonalarterie (PA) og ductus venosus til desenderende AO. I motsetning til i Fig 1, er DV tynn basun-formet og munner nærmest direkte inn i hjertet fordi leveren ligger tett opptil forkammeret bare adskilt av diafragma.



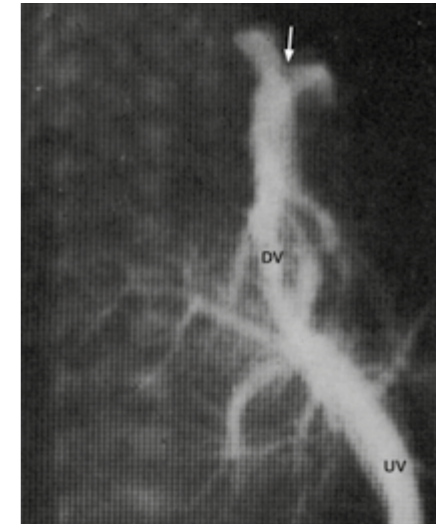
sunket til 20% og forble uendret til terminen¹¹. Ved placentasvikt og veksthemming kunne graden av shunting øke til det dobbelte eller mer^{12,13}.

Leverens betydning

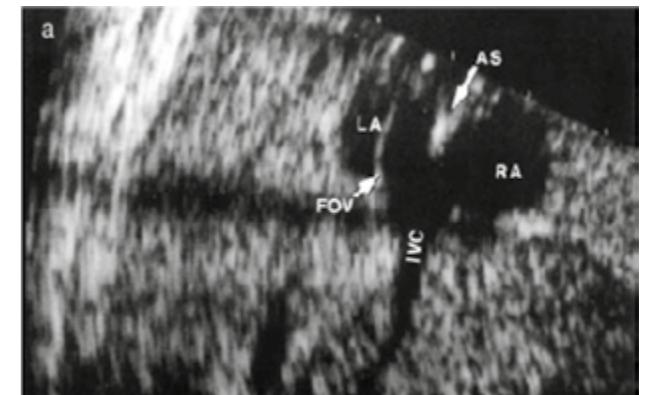
Når så lite som 20-30% shuntet gjennom ductus venosus, må det bety at fosterets lever er høyere prioritert under normale forhold, leveren får 70-80% av alt navleavenblod! På 2000-tallet brettes dette ut i detalj. Fosterleveren viser seg å være fosterets "metaboliske hjerne". Den oppfatter blodstrømsvolum og sammensetning og induserer tilsvarende levercelle-proliferasjon og produksjon av IGF-1 og IGF-2 som bestemmer individualisert vekst i kroppens organer^{14,15}. Dermed er ductus også blitt en del av reguleringen av fostervekst¹⁶⁻¹⁸. Ved akutt og kronisk hypoksi, distenderes ductus og mer blod føres til hjerte og hjerne på bekostning av leveren¹⁹⁻²³. Leveren responderer på slike forhold med redusert vekst, redusert IGF-produksjon og nedregulert organvekst generelt i fosterkroppen. I dag vet vi at fosterets fettdeponering i stor grad er styrt fosterleveren og at denne fettdeponeringen kan forfølges i barnealderen og sannsynligvis bidrar til økt risiko for adipositas¹⁷.

Regulering og fordeling

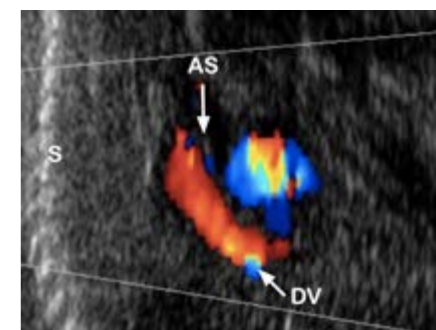
Sammen med venolene i leveren regulerer ductus venosus trykket i umbilikalvenen og fordelingen av blod til lever eller hjerte²⁴⁻²⁶, men blodets viskositet (hematokritt) påvirker også disse to ulikt, dvs. motstanden øker mest i lavhastighetsstrømmen i lever-karsen-



Figur 3. Angiografi av 21 ukers foster viser kontrastfylning av umbilikalvene (UV), portvenegrener i leveren, ductus venosus (DV) og vena cava inferior. Crista dividens (hvit pil), dvs. kanten av foramen ovale i atrie-septum, kløyver den oppadstigende blodstrømmen i en venstre gren til venstre atrium og tilsvarende til høyre. (J Lind 1953).



Figur 4. Ultralyd av 23 ukers foster viser en tynn abdominal vena cava inferior (IVC) som utvides mot venstre like før innmunningen i hjertet. Her treffer ductus venosus blodet med høy hastighet og fortsetter oppover langs foramen oval klaffen (FOV) med retning mot venstre atrium (LA), mens blodet fra abdomen løper noe til høyre i retning høyre atrium (RA). Blodstrømmen splittes ikke før den når crista dividens av atrie-septum (AS). I fosterlivet er altså IVC dedikert begge atrier.



Figur 5. Ductus venosus (DV) fremstilt med høye hastigheter i fargedoppler der pilen viser inngangen og retningen. Blodstrømmen i umbilikalvenen vises ikke pga lave hastigheter. AS = atrieseptum og S = ryggsøylen.

gen og lite i høyhastighetsstrømmen i ductus²⁷. Hastigheten i ductus-blodstrømmen kan omregnes til trykk-gradient (vanligvis 0,5-3,5mmHg) som også er det trykket som sørger for umbilikal-blod gjennom leveren²⁵. Det er vanlige vaskulære mekanismer via endotelet som regulerer diameteren og den mest uttalte diameterøkningen kommer ved hypoksi og acidose^{23,28}.

Pulsatil blodstrøm

Ductus venosus har oftest et pulsatilt mønster som avspeiler hjertefunksjonen fordi trykkbølgene fra hjertets forskjellige faser brer seg langs vena cava inferior og ductus venosus^{10,29,30}. Det var derfor klart allerede på 1990-tallet at diastolisk funksjon kunne avleses ved å se på bølgeformen, det ble klart ved hjertemisdannelser, tachykardier og placentasvikt. Doppler-målingene var blitt standardisert^{6,31,32}, longitudinelle referanseverdier ble etablert^{7,33} og det viste seg at pulsatiliten gjerne ble aksentuert når belastningen

på hjerte økte eller når hypoksi og acidose hemmet kontraktil kraft i hjertemuskelene. Dette er i dag utnyttet til monitorering av foster med morkakesvikt³⁴ og de med kardiogen svikt³⁵, og innført som diagnostikk i første trimester^{36,37}.

Postnatal ductus venosus

I likhet med de andre shuntene, ductus arteriosus og foramen oval, forblir ductus venosus åpen i transisjonstiden. Ductus venosus oblitererer 1-3 uker etter fødselen, tidligst hos de friske født til terminen, senest hos de som er født prematurt og de som har kardiopulmonale problem i nyfødtp perioden³⁸⁻⁴⁰.

I 2015 er Doppler-undersøkelse av ductus venosus en nyttig diagnostisk metode og i vanlig bruk i fosterovervåkingen over hele verden.

Referanser

- Barclay DM, Franklin KJ, Prichard MML. The foetal circulation and cardiovascular system, and the changes that they undergo at birth. Oxford: Blackwell Scientific Publications, Ltd.; 1944.
- Dawes GS, ed. Physiological changes in the circulation after birth. Bethesda, Maryland: American Physiological Society; 1982.
- Lind J, Wegelius C. Angiocardiographic studies on the human foetal circulation. Pediatrics 1949;4:391-400.
- Rudolph AM, Heymann MA, Teramo K, Barrett C, Rāihä N. Studies on the circulation of the previsible human fetus. Pediatr Res 1971;5:452-65.
- Behrman RE, Lees MH, Peterson EN, de Lannoy CW, Seeds AE. Distribution of the circulation in the normal and asphyxiated fetal primate. Am J Obstet Gynecol 1970;108:956-69.
- Kiserud T, Eik-Nes SH, Blaas H-G, Hellevik LR. Ultrasonographic velocimetry of the fetal ductus venosus. Lancet 1991;338:1412-4.
- Kiserud T, Eik-Nes SH, Hellevik LR, Blaas H-G. Ductus venosus – a longitudinal doppler velocimetric study of the human fetus. J Matern Fetal Invest 1992;2:5-11.
- Kiserud T, Eik-Nes SH, Blaas H-G, Hellevik LR. Foramen ovale: an ultrasonographic study of its relation to the inferior vena cava, ductus venosus and hepatic veins. Ultrasound Obstet Gynecol 1992;2:389-96.
- Kiserud T, Eik-Nes SH, Blaas H-G, Hellevik LR, Simensen B. Ductus venosus blood velocity and the umbilical circulation in the seriously growth retarded fetus. Ultrasound Obstet Gynecol 1993.
- Kiserud T, Eik-Nes SH, Hellevik LR, Blaas H-G. Ductus venosus blood velocity changes in fetal cardiac diseases. J Matern Fetal Invest 1993;3:15-20.
- Kiserud T, Rasmussen S, Skulstad S. Blood flow and the degree of shunting through the ductus venosus in the human fetus. Am J Obstet Gynecol 2000;182:147-53.
- Kiserud T, Kessler J, Ebbing C, Rasmussen S. Ductus venosus shunting in growth-restricted fetuses and the effect of umbilical circulatory compromise. Ultrasound Obstet Gynecol 2006;28:143-9.
- Bellotti M, Pennati G, De Gasperi C, Battaglia FC, Ferrazzi E. Role of ductus venosus in distribution of umbilical blood flow in human fetuses during second half of pregnancy. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2000;279:H1256-63.
- Tchirikov M, Kertschanska S, Schroder HJ. Obstruction of ductus venosus stimulates cell proliferation in organs of fetal sheep. Placenta 2001;22:24-31.
- Tchirikov M, Kertschanska S, Sturenberg HJ, Schroder HJ. Liver Blood Perfusion as a Possible Instrument for Fetal Growth Regulation. Placenta 2002;23:S153-S58.
- Kessler J, Rasmussen S, Godfrey K, Hanson M, Kiserud T. Venous liver blood flow and regulation of human fetal growth: evidence from macrosomic fetuses. Am J Obstet Gynecol 2011;204:429e1-7.
- Godfrey K, Haugen G, Kiserud T, et al. Fetal liver blood flow distribution: role in human developmental strategy to prioritize fat deposition versus brain development. PLoS ONE 2012;7:e1759.
- Haugen G, Hanson M, Kiserud T, Crozier S, Inskip H, Godfrey K. Fetal liver-sparing cardiovascular adaptations linked to mother's slimmness and diet. Circ Res 2005;96:12-4.
- Edelstone DJ, Rudolph AM, Heymann MA. Effect of hypoxemia and decreasing umbilical flow on liver and ductus venosus blood flows in fetal lambs. Am J Physiol 1980;238:H656-H63.
- Itskovitz J, LaGamma EF, Rudolph AM. The effect of reducing umbilical blood flow on fetal

oxygenation. Am J Obstet Gynecol 1983;145:813-8.

- Rudolph AM. Distribution and regulation of blood flow in the fetal and neonatal lamb. Circ Res 1985;57:811-21.
- Paulick RP, Meyers RL, Rudolph CD. Venous responses to hypoxemia in the fetal lamb. J Dev Physiol 1990;14:81-8.
- Kiserud T, Ozaki T, Nishina H, Rodeck C, Hanson MA. Effect of NO, phenylephrine, and hypoxemia on ductus venosus diameter in fetal sheep. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2000;279:H1166-71.
- Tchirikov M, Kertschanska S, Schröder H. Differential effects of catecholamines on vascular rings from ductus venosus and intrahepatic veins of fetal sheep. J Physiol 2003;284:519-26.
- Kiserud T, Hellevik LR, Eik-Nes SH, Angelsen BA, Blaas HG. Estimation of the pressure gradient across the fetal ductus venosus based on Doppler velocimetry. Ultrasound Med Biol 1994;20:225-32.
- Paulick RP, Meyers RL, Rudolph CD, Rudolph AM. Venous and hepatic vascular responses to indomethacin and prostaglandin E1 in the fetal lamb. Am J Obstet Gynecol 1990;163:1357-63.
- Kiserud T, Stratford L, Hanson MA. Umbilical flow distribution to the liver and the ductus venosus: an in vitro investigation of the fluid dynamic mechanisms in the fetal sheep. Am J Obstet Gynecol 1997;177:86-90.
- Coceani F. The control of the ductus venosus: an update. Eur J Ped 1993;152:976-7.
- Kiserud T. Hemodynamics of the ductus venosus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999;84:139-47.
- Hellevik LR, Stergiopoulos N, Kiserud T, Rabben SI, Eik-Nes SH, Irgens F. A mathematical model of umbilical venous pulsation. J Biomech 2000;33:1123-30.
- Hecher K, Snijders R, Campbell S, Nicolaides K. Fetal venous, intracardiac, and arterial blood flow measurements in intrauterine growth retardation: relationship with fetal blood gases. Am J Obstet Gynecol 1995;173:10-5.
- Bhide A, Acharya G, Bilardo C, et al. ISUOG practice guidelines: use of Doppler ultrasonography in obstetrics. Ultrasound Obstet Gynecol 2013;41:233-9.
- Kessler J, Rasmussen S, Hanson M, Kiserud T. Longitudinal reference ranges for ductus venosus flow velocities and waveform indices. Ultrasound Obstet Gynecol 2006;28:890-8.
- Hecher K, Bilardo C, Stigter R, et al. Monitoring of fetuses with intrauterine growth restriction: a longitudinal study. Ultrasound Obstet Gynecol 2001;18:564-70.
- Huhta J. Diagnosis and treatment of foetal heart failure: foetal echocardiography and foetal hydrops. Cardiol Young 2015;25:100-6.
- Borrell A. Abnormal ductus venosus blood flow in trisomy 21 fetuses during early pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1998;179:1612-7.
- Borrell A, Costa D, Marinez J, et al. Reversed end-diastolic umbilical flow in a first-trimester fetus with congenital heart disease. Prenat Diagn 1998;18:101-5.
- Fugelseth D, Kiserud T, Liestol K, Langslet A, Lindemann R. Ductus venosus blood velocity in persistent pulmonary hypertension of the newborn. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999;81:F35-9.
- Fugelseth D, Lindemann R, Liestol K, Kiserud T, Langslet A. Ultrasonographic study of ductus venosus in healthy neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1997;77:F131-4.
- Fugelseth D, Lindemann R, Liestol K, Kiserud T, Langslet A. Postnatal closure of ductus venosus in preterm infants or = 32 weeks. An ultrasonographic study. Early Hum Dev 1998;53:163-9.

Ian Donald Gold Medal til Torvid Kiserud

Svein Magne Skulstad

Som den andre i Noreg og den 5. i Norden har Torvid Kiserud fått den høgaste utmerkinga i Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) Ian Donald Gold Medal. Prisen blei delt ut på verdskongressen i ISUOG i Montreal 11. oktober i år.

Torvid kom til Kvinneklinikken på Haukeland Universitetssjukehus i 1995, og kom straks i gong med å byggja opp ei fostermedisinsk eining ved klinikken. Samtidig starta han ei fostermedisinsk forskingsgruppe med fokus på klinisk fysiologi. Han konsentrerte seg om venøs ultralyd og leversirkulasjonen hos friske foster og ved patologi. Doktorgradsarbeidet hans, som han gjorde medan han var i Trondheim, var eit pionéararbeid med kartlegginga av ductus venosus. Han standardiserte undersøkingssteknikken, etablerte referanseverdier, viste den funksjonelle relasjonen til lever og foramen ovale. I nært samarbeid med ingeniørar kartla han hemodynamikken og reguleringsmekanismane for blodstrøm i denne delen av fostersirkulasjonen. Det store diagnostiske potensialet og fysiologiske grunnlaget for denne foster-shunten blei sett tydeleg på kartet, og i dag er metoden ein av dei aller viktigaste til å kartlegge morkakesvikt og fostersjukdommer, og er i alminneleg bruk over heile verda. Det er ikkje utan grunn at Torvid i internasjonal samanheng ofte blir nemnd som Mr Ductus Venosus.

I vidareføringa av denne forskinga har Torvid og kollegane ved Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus, samt nasjonale og internasjonale nettverk, kartlagt hemodynamikken hos fosteret og spesielt vist kva viktig rolle leversirkulasjon hos fosteret har for vekst og utvikling. Studiane har utgått som eit samarbeid mellom Haukeland Universitetssjukehus og Universitetet i Bergen.

Vi i det gynekologiske miljøet kjenner til Torvid si mangeårige fortid som travel lege ved misjonssjukehus i Etiopia, der han opparbeidde stor kompetanse i obstetrikk og ikkje minst erfaring med reparasjon av fistlar etter svangerskap og fødsel. På dette grunnlaget har han leia og bygd opp ei behandlingsgruppe hos oss, som har blitt til Nasjonalt kompetansesenter for fistelkirurgi. Pasientar frå heile landet kjem hit.

Fleire doktorgrader har blitt til med Torvid som kyndig veileidar. Spennvidda i tema er stor; frå fosterstudiar basert på ultralyd via gynekologisk ultralyd til fistelkirurgi i Afrika.



Torvid Kiserud når nye høyder.

Vi er glade for at Torvid framleis er levande opptatt av faget sitt og engasjert i mange ulike forskingsprosjekt. Han lar døra stå på gløtt dersom nokon av oss treng eit godt råd, og han tar seg tid til ein prat. Det er lett å be han med på treningstur på sykkel, og han sykklar framleis raskare til Voss enn mange av oss. I år vann han sin årsklasse på sykkelrittet Bergen-Voss, -det er også ein solid prestasjon!

Eg er viss på at gynekologimiljøet er samstemt med meg når eg ønskjer Torvid til lukke med den gjeve prisen!

Helsetjenesten for gravide og nyfødte - en eventyrlig suksess

Av Anne Eskild, Professor Kvinnekliviken, Akershus universitetssykehus

Omtrent 17000 barn er blitt reddet fra å dø i perinatalperioden i Norge i løpet av årene 1967- 2006. Det er i gjennomsnitt mer enn 400 barn i året. Hvem er reddet og hvordan har dette gått til?

Både forekomsten av fosterdød og spedbarnsdød er redusert med nesten 80 prosent i perioden. Nedgangen i fosterdød er tydeligst i svangerskap ved termin, men forekomsten av fosterdød er redusert i hele siste halvdel av svangerskapet. Nedgangen i spedbarnsdød er mest uttalt i barnets første leveuke, og særlig blant barn som er født for tidlig og har lav fødselsvekt. For 40 år siden døde halparten av barna som veide 1-1,5 kilo ved fødselen. Nå dør bare 5 prosent av disse barna i første leveår. Vi har reddet flere gutter enn jenter. Gutter har i utgangspunktet en større risiko for å dø enn jenter, både i svangerskapet og like etter fødselen. Nå er derfor forskjellen mellom kjønnene i dødelighet tidlig i livet vesentlig redusert.

Fostre i svangerskap etter terminato, etter svangerskapsuke 40, har fra naturens side større risiko for å dø enn tidligere i svangerskapet. Den økte fosterdørisikoen etter termin gjelder særlig for gravide som er mer enn 35 år. Men i Norge, i de siste 20 årene, har det knapt vært noen økt risiko for fosterdød i svangerskap som varer lenger enn 40 uker.

I krigsherjede land er det stor risiko for at barnet dør i tiden rundt fødselen. For kvinner fra Somalia eller Irak som føder i Norge er risikoen for barnedød 10-20 prosent av det risikoen er i deres hjemland, men ikke like lav som for norske kvinner. Mye tyder likevel på at helsevesenet i Norge redder mange barn av kvinner fra krigssoner.

Dårlig økonomi og lav utdanning er faktorer som er kjent knyttet til økt spedbarnsdødelighet, også i Norge. Før svangerskapsuke 37 og etter første leveuke har barn av mødre med lavest utdanning høyest risiko for å dø. Slik forskjell i risiko for at barnet skal dø gjenfinnes ikke etter svangerskapsuke 37 eller i barnets første leveuke. Fra svangerskapsuke 37 og i barnets første leveuke har barnet og familien tett oppfølging fra helsevesenet. Mye tyder derfor på at helsevesenet bidrar til å utlikne sosiale forskjeller i barnedød.

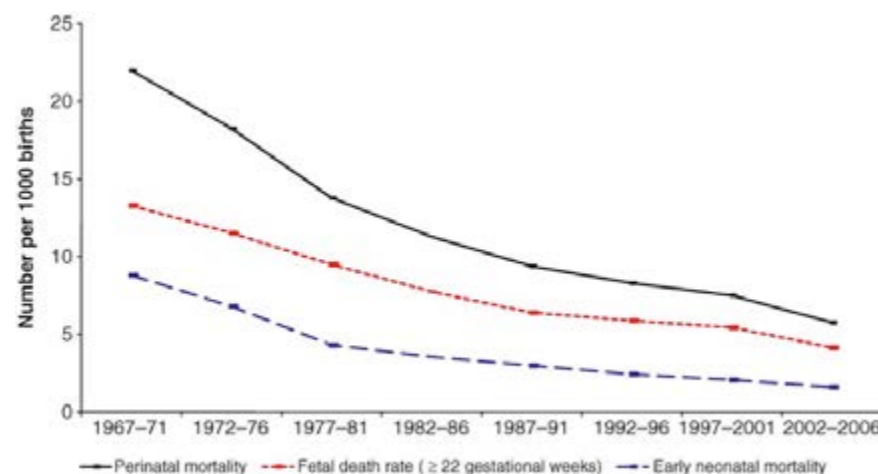
I Norge har vi reddet barn som i utgangspunktet hadde størst risiko for å dø; gutter, barn, for tidlig fødte barn, fostre i svangerskap etter terminato, eldre graviders fostre,

innvandrerbarn og barn av kvinner med lav utdanning. Også barn av mødre som utvikler svangerskapsforgiftning er reddet.

Men hvordan har vi klart det samtidig som de gravide er blitt eldre, flere har kroniske sykdommer eller er fra et ikke-vestlig land? Antakelig kan suksessen tilskrives en offentlig svangerskapsomsorg som tilbys alle gravide. Etter klare retningslinjer identifiseres gravide med høy risiko for komplikasjoner, og de henvises til spesialister på sykehusene for videre oppfølging og behandling. Behandlingen kan være å forløse moren hvis diagnostikken tyder på at barnet i magen ikke har det bra, og barnet vil få det bedre med oppfølging og behandling av barneleger. Svangerskapsomsorgen i Norge tilbyr gratis tilgang til høy-kompetente fagfolk som disponerer moderne utstyr for diagnostisk og behandling.

Vi tar den lave barne-dødeligheten i Norge i dag som en selvfølge. Det er den ikke. I de aller siste årene har antall liggedøgn på sykehuset etter fødsel blitt redusert, til tross for at nesten 30 prosent av de gravide er forløst med et operativt inngrep. Barselomsorgen i primærhelsetjenesten er ikke tilsvarende styrket. Antall faste svangerskapskontroller er redusert, samtidig som det er flere gravide med risiko for et komplisert svangerskap. Intensiv overvåking av barnet under forløsningen gis ikke til alle, men til fødende med antatt størst risiko for fødselskomplikasjoner.

Det er mulig at endringer i helsetjenestetilbudet som har skjedd de alle siste årene er til det gode for den gravide, hennes barn og for helsetjenesten. Det vet vi ikke ennå. Endringer i foster- og spedbarnsdødeligheten bør følges nøye. Heldigvis har vi Norge enestående muligheter til å oppdage endringer i foster- og barnedødelighet ved hjelp av Medisinsk fødselsregister og andre offentlige helseregistre.



Changes in fetal death during 40 years-different trends for different gestational ages: a population-based study in Norway.

Perinatal mortality, early neonatal mortality and stillbirth rate (≥ 22 weeks of gestation) among 2 182 756 births in Norway from 1967 to 2006. Kilde: BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. Volume 118, Issue 4, pages 488-494, 23 DEC 2010. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02819.x <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02819.x/full#f1>



Møtereferat generalforsamling Norsk gynekologisk forening

Scandic Ørnen, Bergen, torsdag 22. oktober 2015, kl. 17.00 -18.30 i forbindelse med årsmøtet i Norsk gynekologisk forening.

Tilstede:

48 medlemmer

Fra NGF-styret: Jone Trovik (leder), Stine Andreassen, Marit Lieng, Arild Kloster-Jensen, Tone Shetelig Lovvik, Elise Thoresen Sletten, Nils-Halvdan Morken (vara), Helene Fjeldvik Peterson (vara)

Valg av følgende ved akklamasjon:

Dirigent: Jone Trovik

Referent: Elise Thoresen Sletten

Protokollunderskrivere: Erik Andreas Torkildsen og Susanne Albrechtsen

Godkjenning av møteinnkalling/dagsorden

Minnestund

Med 1 minutt stillhet minnes Gunnar Økland †07.11.14, Geir Egil Skjæraasen †12.12.14, Brynjulv R. Toresen †22.01.15

Årsmelding 2014 ved Jone Trovik

Årsmeldingen kan leses i sin helhet i Gynekologen nr 3 2015.

Styret har bestått av Jone Trovik (leder), Stine Andreassen (nestleder), Marit Lieng (vitenskapelig sekretær), Arild Kloster-Jensen (kasserer/PSL-representant), Tone Shetelig Lovvik (styremedlem), Elise Thoresen Sletten (sekretær/fugo-representant), Åsle Marit Ullern (vara PSL), Nils-Halvdan Morken (vara) og Helene Fjeldvik Peterson (vara fugo). Nettredaktør Mette Løkeland og redaktør for Gynekologen Agnethe Lund har hatt moterett.

Styret har i 2014 avholdt 7 styremøter og bidratt ved vårmøtet i Tromsø, EBCOG-kongressen i Glasgow, NFOG-kongressen i Stockholm og årsmøtet i Trondheim. 26 nye saker er behandlet og 23 høringsvar er sendt.

Av viktige saker i 2014 nevnes spesielt:

- Fastlegers reservasjonsrett i forbindelse med abort
- Øvre grense for senabort 22 uker
- Prøveprosjekt med provosert abort hos avtalespesialister
- Obstetrikkeveilederen ble publisert på nettsidene og som app
- Revisjon av veilederen i gynekologi ble startet
- Gjennombruddsprosjekt for keisersnitt ble startet
- "Ultralysdssaken": 16.10.2014 gikk Helsedirektoratet ut med følgende melding: "For å sikre lik kvalitet i svangerskapsomsorgen anbefaler Helsedirektoratet å bruke én metode for utregning av svangerskapslengde og termin. I dag er to ulike verktøy i bruk. Helsedirektoratet anbefaler eSnurra (brukt i 2. trimester) for fastsetting av svangerskapslengde og termin".

Styret i Norsk Gynekologisk forening hadde ikke vært involvert i den forutgående prosessen. Det hadde heller ikke redaktør for obstetrikkeveilederen, forfatterne av ultralydskapittelet i obstetrikkeveilederen eller fagråd for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det oppleves problematisk at vår fagmedisinske forening ikke konsulteres og inkluderes når Helsedirektoratet tar beslutninger som omhandler vårt fagfelt. Styret i Norsk gynekologisk forening tok derfor umiddelbart kontakt med Helsedirektoratet for å få klarhet i deres prosess, og samtidig presentere våre gjeldende retningslinjer og den faglige bakgrunnen for disse. Det har vært avholdt møte både med Helsedirektoratet (28.11.14) og Helsedirektøren (17.04.15) vedrørende saken. I tillegg har både Norsk gynekologisk forening og Helsedirektoratet skrevet innlegg om saken i Dagens Medisin. Slik saken står i dag er det enighet om at prosessen i denne saken har vært "uheldig" og at man i fremtiden bør tilstrebe å involvere fagmedisinske forening i tilsvarende saker. Helsedirektoratet har imidlertid ikke ville endre konklusjon i forhold til sin anbefaling om bruk av eSnurra, men de har ingen sanksjonsmuligheter ovenfor dem som ikke bruker eSnurra. Styret i Norsk gynekologisk forening har sendt brev/e-post til Helseforetakene som forklarer hvorfor vi ikke vil anbefale våre medlemmer å se bort fra Veilederen. 20 gynekologer ved ulike avdelinger som benytter eSnurra har senere sendt et brev til Helsedirektoratet hvor de uttrykker sin støtte til Helsedirektoratets beslutning.

Replik: Torbjørn M. Eggebo, seksjonsoverlege ved Nasjonalt senter for fostermedisin St. Olavs hospital, Trondheim, uttrykket at man bør være lojale til Helsedirektoratets bestemmelser når de har kommet med en anbefaling.

Økonomi ved kasserer Arild Kloster-Jensen

Regnskap 2014: Resultatet for 2014 er -58 471 kr. Godkjent ved akklamasjon.

Revidert budsjett 2015: Budsjettet for 2015 revideres fra -18 000 kr til -85 171 kr. Vårmetet gikk i null og Årsmøtet 2015 ser ut til å gi et overskudd. Gynekologen ligger an til et estimert underskudd på -25 000 kr. I tillegg har annonseinntektene på websidene blitt lavere enn forventet og reteinntektene har gått ned. Utgifter til app (obstetrikveilederen) forventes å komme for årets utgang. Godkjent ved akklamasjon.

Budsjett 2016:

Budsjettforslaget for 2016 viser et negativt resultat på -190 714 kr. Foreningens inntekter er forventet å bli omtrent som tidligere år. Gynekologen har fått ny leverandør og man håper at dette kan bidra til økte annonseinntekter. På utgiftssiden er det en økning i administrasjonskostnader fra 342 000 kr til 450 000 kr. Et vedtak fra generalforsamlingen i 2010 tilsier at leder kan frikjøpes 20 % fra jobb. Dette har ikke tidligere blitt benyttet. Foreningen har oppsparte midler, bankinnskudd pr 1/1 2014: 2 232 558 kr og pr 1/1 2015: 2 302 825 kr. Det rettes forslag til forsamlingen om man skal budsjettere med underskudd eller øke medlemskontingenten for å dekke inn hele eller deler av underskuddet. Forsamlingen enes om å øke medlemskontingenten med 100 kr (se eget punkt – fastsettelse av ekstrakontingent). Godkjent ved akklamasjon.

Replikk: Erik Andreas Torkildsen retter henvendelse til styret om det kan være aktuelt å vurdere annen type pengeplassering (lav-risiko plassering som rentefond) for å få bedre avkastning. Kasserer Arild Kloster-Jensen undersøker alternativer og legger frem evt. forslag for styret.

Fastsettelse av ekstrakontingent

Det foreslås å fortsette med ekstrakontingent på 50 kr/år til Fond for internasjonal kvinnehelse.

Det foreslås en ekstrakontingent på 100 kr/år for å dekke inn negativt resultat i henhold til fremlagt budsjett for 2016.

Godkjent ved akklamasjon.

Årsrapporter: Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, STAN-gruppen,

Spesialitetskomiteén, NFOG, FUGO, NPE-utvalget, NFOG vitenskapelig komité m.fl
Disse er trykket i Gynekologen nr 3 2015 med unntak av årsrapport fra NFOG vitenskapelig komité som ble utdelt på generalforsamlingen.

Replikk: Trond Melbye Michelsen gir kommentarer til årsrapporten fra Spesialitetskomiteén: Ny spesialitetsstruktur er under utredning og planlegging. Det er forslått etablering av spesialitetsråd og dette medfører at spesialitetskomiteén som vi kjenner i dag trolig vil opphøre. Det presiseres viktigheten av at det fagmedisinske miljøet blir hørt i utdannings spørsmål også med den nye strukturen. Det uttrykkes bekymring over at de regionale helseforetakene skal eie utdanningen i den nye spesialitetsstrukturen og hvordan dette kan komme i konflikt med å sikre tilstrekkelig ressurser til utdanning.

Saker fremlagt av styret:

- **Mandat for fond for internasjonal kvinnehelse**
 - Fondet bygger sin kapital på ekstrakontingent fra medlemmene. Størrelse på denne kontingenten må fastsettes årlig på foreningens generalforsamling.
 - NGF's styre fungerer som tildelingskomite.
 - Medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening kan søke om midler fra fondet
 - Søknadsfrist er 01.05. hvert år
 - Fondet deler ut midler i forbindelse med NGF's årsmøte.
 - Det kan hvert år deles ut inntil 50 000 kr. Utover dette kan tidligere ubenyttede midler utdeles.
 - Fondet er ikke et reisefond.
 - Fondet skal tilgodese søknader som fremmer kvinnehelse i et globalt perspektiv.
 - Det kan søkes om midler til opplæringsprogram, teknisk og medisinsk utstyr osv
 - Det kan søkes midler til kollegiale nettverk i lav- og mellominntektsland.
 - Søknader knyttet til store hjelpeorganisasjoner prioriteres ikke.

Godkjent ved akklamasjon.

- **Skal vi fortsatt arrangere Vårmetet?**

Tilslutningen til Vårmetet har vært avtagende. Det var 30 deltagere ved Vårmetet i Kristiansand. Vårmetet får ikke støtte fra legemiddelindustrien og er godkjent som tellende kurstimer. Det er allikevel få LIS som deltar. Levanger har sagt ja til å arrangere kommende Vårmetet 2016. Forsamlingen enes om at vårmetet 2016 arrangeres og at det gjøres ny vurdering av Vårmetets videre eksistens etter dette.

- **CTG-STAN opplæringsprogram**

Norsk Gynekologisk Forening, ved referansegruppen for fosterovervåking ("STAN-utvalget"), har tidligere utarbeidet et forslag til en webbasert CTG-STAN læringsplattform. Den gang fikk man ikke gehør hos noen bevilgende myndigheter. Nå har de Regionale Helseforetakene gitt OUS i oppdrag å utarbeide et tilsvarende opplæringsprogram. OUS har kontaktet de opprinnelige initiativtakerne Tore Henriksen og Branka Yli med ønske om samarbeid. Referansegruppen for fosterovervåking og styret i Norsk gynekologisk forening er positive til prosjektet, men ønsker å være involvert i prosessen. Styreleder Jone Trovik har kontaktet helse Sor-Ost for å initiere et samarbeid om prosjektet, men har foreløpig ikke fått respons på henvendelsen.

Replikk:

Pål Øian: Det er nylig publisert en stor, randomisert amerikansk studie ("A Randomized Trial of Intrapartum Fetal ECG ST-Segment Analysis", Belfort MA et al, *N Engl J Med*. 2015 Aug 13;373(7):632-41) med sammenlikning av STAN versus CTG alene. Denne studien viser ingen fordeler med STAN og evidensgrunnlaget for STAN-teknologien ser ut til å være lite. Øian oppfordrer derfor til at foreningen tenker seg om før et prosjekt med å lage et CTG-STAN opplæringsprogram initieres.

Jørg Kessler: Referansegruppen for fosterovervåking vil komme med en uttalelse om den aktuelle studien.

- **Engelsk oversettelse av veilederne**

Alle kapitelforfatterne av kapitler i obstetrikveilederen har blitt oppfordret til å oversette sitt kapittel til engelsk. Dette vil også gjelde for den nylig reviderte veilederen i gynekologi. Oversatte kapitler legges nå fortløpende ut på www.nfog.org.

Replikk:

Knut Hordenes: Oppfordrer til at dette arbeidet blir gjort. Hensikten er å skape en felles plattform med veiledere for de nordiske landene for å kunne identifisere ulikheter og likheter. Acta (AOGS) er også interessert i å publisere guidelines.

Saker fremlagt av medlemmene

- **Opprettelse av NGF's forskningspris, forslagsstiller Erik Andreas Torkildsen.**
MSD's forskningspris utgjikk fra 2014. Det foreslås at Norsk gynekologisk forening finansierer en forskningspris, med midler fra eget budsjett eller med hjelp fra industrien. Prisen deles ut i forbindelse med årsmøtet. I utgangspunktet foreslås 50 000 kr, men pga budsjettert underskudd for 2016 enes forsamlingen om å redusere beløpet til 20 000 kr. Godkjent ved akklamasjon.

Valg ved valgkomiteén (Hilde Sundhagen, Ingrid Nilsen, Ole Erik Iversen)

Hilde Sundhagen presenterer valgkomiteéns innstilling:

- Leder 2016-2017: Marit Lieng. Valgt ved akklamasjon.
- Resterende styremedlemmer 2016-2017: Stine Andreasen, Arild Kloster-Jensen (PSL), Nils Halvdan Morken, Ingrid Volloyhaug, Malin Døgl (FUGO)
- Valg av varamedlemmer: Hans Kristian Opoien, Åsle Marit Ullern (PSL), Renee Waage (FUGO). Valgt ved akklamasjon.
- Kvalitetsutvalget: Jone orienterer. Pål Øian har sagt ja til å fortsette. Jobber med å finne resterende medlemmer.

Årsmøtested 2017

Styrets forslag er Stavanger. Forsamlingen gir sin tilslutning ved akklamasjon.

Sted/dato: Stavanger 9/11-2015


Erik Andreas Torkildsen

Sted/dato: Bugun 9/11-15


Susanne Albrechtsen

Referat: PSL-formøtet 21.10.15.

Antall deltagere: 33 / Møteleder: Arild Kloster Jensen

Av Runa Sigrid Aabo

Formøtet var viet temaet «Pakkeforløp gynekologisk kreft» og foredragsholder var seksjonsoverlege ved avdeling for gynekologisk kreft ved St Olavs Hospital, Marit Sundset.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet hatt ansvar for å utarbeide en nasjonal handlingsplan for kreft. I den forbindelse ble det oppnevnt en tverrfaglig arbeidsgruppe våren 2014 som fikk mandat til å utarbeide forslag til pakkeforløp for de gynekologiske krefttypene livmorhalskreft, livmorkreft og eggstokkreft. Det har vært fire gynekologer med i arbeidsgruppen, i tillegg til patolog, onkolog, radiolog, fastlege, sykepleier og brukerrepresentant. Formålet med pakkeforløpet er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinske begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning. Det er ikke tilført nye ressurser, og avdelingene har måtte omorganisere eksisterende ressurser for å kunne etterkomme forløpstidene. Målsetningen er at 70% av pasientene med disse kreftdiagnosene inkluderes i pakkeforløpet, og at minimum 70% av pasientene får utført diagnostikk og behandling innenfor anbefalte forløpstider. Man ønsker å oppnå standardisering av utredning, behandling, kommunikasjon og ansvarsforhold. Henvisende lege gir relevante opplysninger og informerer pasienten, ved sykehuset vurderes henvisningen og forløpskoordinator oppnevnes. Koordinering av pasientforløpet skal sikre et effektivt forløp fra henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til oppstart behandling eller avsluttet pakkeforløp, uten unødvendig forsinkelse og med tett samarbeid mellom alle involverte avdelinger og spesialister. Alle sykehus som utreder og behandler kreft skal ha forløpskoordinatorer som har tett og løpende kontakt med pasienten og involverte instanser. Det multidisiplinære teamet som skal utrede og behandle gynekologisk kreft består av gynekologer med spesialutdanning i gynekologisk onkologi, onkolog med stråleterapikompetanse, radiolog, patolog og forløpskoordinator. Det avholdes tverrfaglige beslutningsmøter. Ved behov kan andre relevante spesialister som for eksempel urolog eller gastrokirurg delta i møtene. Møtene sikrer kvalitetsskontroll av utredning og behandling, samt planlegging av videre etterbehandling.

Det vektlegges god pasientinformasjon. Pasient og pårørende skal oppleve god informasjon, involvering, innflytelse og dialog gjennom hele forløpet. Pasient og ansvarlig lege treffer i fellesskap beslutning om det videre forløpet. Hvis pasienten ikke er i stand til å medvirke, involveres pårørende eller utpekt verge. Som en del av

kommunikasjonen skal pasient og pårørende løpende involveres og informeres om undersøkelsesresultater og neste trinn i pakkeforløpet.

Praktiserende gynekologers rolle er å utrede mistanke om gynekologisk kreft. Ved berettiget mistanke om kreft henvises pasienten til Pakkeforløp livmor/livmorhals/ eggstokkreft og man informerer pasienten. I etterkant å følge opp pasienten i tråd med det aktuelle pakkeforløpet f. eks. etter avsluttet behandling.

Forløpstider ved livmorhalskreft:

- Fra henvisning mottatt til første fremmøte ved utredende avdeling: 6 kalenderdager.
- Fra første fremmøte til avsluttende utredning: 16 kalenderdager.
- Fra avsluttet utredning til start behandling:
- Kirurgisk behandling: 14 dager
- Medikamentell behandling: 8 dager
- Strålebehandling: 14 dager

Forløpstider ved eggstokkreft:

- Fra henvisning mottatt til første fremmøte ved utredende avdeling: 6 kalenderdager.
- Fra første fremmøte til avsluttende utredning: 16 kalenderdager.
- Fra avsluttet utredning til start behandling:
- Kirurgisk behandling: 14 dager
- Medikamentell behandling: 8 dager
- Strålebehandling: 14 dager
- Fra henvisning mottatt til start behandling:
- Kirurgisk behandling: 36 kalenderdager
- Medikamentell behandling: 30 kalenderdager
- Strålebehandling: 36 kalenderdager.

Forløpstider ved livmorkreft:

- Fra henvisning mottatt til første fremmøte ved utredende avdeling: 6 kalenderdager.
- Fra første fremmøte til avsluttende utredning: 16 kalenderdager.
- Fra avsluttet utredning til start behandling:
- Kirurgisk behandling: 14 dager
- Medikamentell behandling: 8 dager
- Strålebehandling: 14 dager
- Fra henvisning mottatt til start behandling:
- Kirurgisk behandling: 36 kalenderdager
- Medikamentell behandling: 30 kalenderdager
- Strålebehandling: 36 kalenderdager.

Referat: NUGG formøte Bergen 2015

Av Mariann Eidet

Det var 24 påmeldte, men det kom noen ekstra deltakere til møtet. Catherine Teig var første foredragsholder, og hun snakket om viktigheten av å bruke validerte spørreskjema i klinikken og i forskning. Hun la frem sine data i forbindelse med validering av PFDI -20 og PFIQ -7 spørreskjema på norsk. Spørreskjemaene ble delt ut for å se, men de kommer til å være tilgjengelig for klinisk bruk om noen måneder når artikkelen er publisert. Det var stor interesse for de nye spørreskjemaene og mange spørsmål ble stilt.

Overlege Ingar Nilsen fra Tromsø presenterte resultater fra studie hvor vibrasjonbehandling med 25-35Hz er brukt for å forsterke bekkenbunnsmuskulatur. I studien fant man ingen sammenheng mellom subjektivt målt kraft og kraften målt med vibrator. Det var hjemmetrening med vibrator i seks uker. Etter 6 måneder 86 % var kontinent og 71 % er kontinente etter 2 år. Metoden er uten komplikasjoner og kan være en behandlings tilbud for kvinner som ikke ønsker operativ behandling eller ikke er ferdig med barnefødsler.

Overlege Jette Stær-Jensen fra Ahus presenterte data fra sin avhandling og viste forandringer i bekkenbunnen under svangerskap og fødsel målt med transperineal ultralyd. Ett spennende foredrag med fantastiske bilder og resultater.

Kollega Gunn Eikland, fra Trondheim presenterte ide om nasjonal descensregister. Det ble positiv diskusjon med argumenter i favør

og utfordringer knyttet til slik arbeid. Som forventet kom ikke forsamling til noe konklusjon slik at diskusjonen fortsatte videre etter møte.

I komplikasjonskvarteret presenterte overlege Tjugum fra Førde tre kaustikker med nettplastikk komplikasjoner, interessante og lærerike erfaringer. Deltagerne stilte mange spørsmål om diagnostikk og håndtering. Det var så stor interesse at vi gikk over tiden og dessverre gikk overlege Trovik sitt innlegg ut.

Under eventuelt informerte overlege Kari Western fra Østfold om ledig stilling som avd.leder på Kvinneklinikken i Østfold. De trenger kompetente søkere. Rune Svenning informerte om NKIR seminar på Ullevål i primo november. Bærum sykehus er ansvarlig for neste NUGG møte.



Jaydess minispiral - kan være et alternativ for unge kvinner

Egenskaper:

- Lav hormondose
- Lokal effekt i livmøren
- Inneholder kun gestagen - ingen økt tromboserisiko har blitt påvist³
- Hormonspiral endrer ikke fremtidig fertilitet
- Liten risiko for brukerfeil
- Tynt innføringsrør
- Varighet i 3 år

- **94 %** av behandlere syntes Jaydess er enkel å sette inn¹
- **72 %** av kvinnene opplevde mild eller ingen smerte ved innsetting av Jaydess¹
- Jaydess er nå, på samme måte som andre langtidsvirkende prevensjonsmidler, inkludert i bidragsordningen for jenter 16-19 år²

Indikasjon: Antikonsepsjon.

Bivirkninger:

Svært vanlige ($\geq 1/10$): Smerter i abdomen/øvre genitalier. Akne/seboré. Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginit. Hodepine.

Jaydess er ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset.

Kvinner bør informeres om symptom på og risiko for ektopisk graviditet ved bruk av spiral.

Ref 1: Gemzell-Danielsson K, Schnellschmidt I, Apter D. Fertility and Sterility. Vol 97, No 3/March 2012
Ref 2: www.nav.no/rettettskildene/ Rundskriv, bidrag til spesielle formål §5-22, 31.12.2014
Ref 3: Lidegaard Ø. Expert Opin- Drug Saf. (2014) 13(10):1353-1360

C Jaydess ▼ «Bayer AB»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERINT INNLEGG 13,5 mg: Hvert intrauterint innlegg inneholder: Levonorgestrel 13,5 mg, polydimetylsilokselastomer, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, sølv. Fargestoff: Jernoksid (E 172).¹

Indikasjoner: Antikonsepsjon i opptil 3 år.

Dosering: Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opptil 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonszyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsetting post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig innsetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsetting, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd startes umiddelbart for å utelukke perforasjon. Fysisk undersøkelse ikke er ikke alltid tilstrekkelig for å utelukke delvis perforasjon. Inneholder sølvring og bariumsulfat som er synlig ved bruk av hhv. ultralyd og røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 3. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen og samleie har forekommet i løpet av den siste uken, er det risiko for graviditet dersom det ikke settes inn et nytt innlegg umiddelbart etter uttak av det forrige. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller lever tumor. Nedsatt nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn og ungdom: Ikke indisert før menarke. Ungdom <18 år: Sikkerhet tilsv. som hos voksne. Effekt forventet lik som hos voksne. Eldre: Ikke undersøkt hos kvinner >65 år eller hos postmenopausale kvinner. **Administrering:** Innsetting anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i innsetting av intrauterine innlegg og/eller har gjennomgått opplæring i innsettelsesprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Hånderes aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet eller åpnet. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/innsetting.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervisitt eller vaginitt. Post partum endometriitt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesterogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterusanomali, inkl. myomer som kan påvirke innsetting og/eller plassering av innlegget (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller lever tumor. Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist, eller uttak bør vurderes, dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebralt iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsoft, markert økning i blodtrykket, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen, og blodglukose nivået bør overvåkes ved diabetes. Def er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. tegn og symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse og cervikalutstryk. Graviditet og seksuelt overførbare sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøtning. Instruksjoner for innsetting bør følges nøye. Def bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettningsteknikk. Innsetting og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogener er ikke anbefalt. Total risiko for ektopisk graviditet er ca. 0,11 pr. 100 kvinner. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Ved graviditet under bruk må risiko for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgisk inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved utblitte menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør overveies nøye, særlig hos kvinner som ikke har fått barn. Ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset. Effekt på menstruasjonsmønstret er forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktiviteten. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig i de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykkning av endometriet reduksjon i blødningsmengde og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Uregelmessige blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviklet hos hhv. ca. 22,3% og 11,6%. Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjon ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igangsettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Selv om innlegg og innføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieforurensning under innsetting føre med seg mikrober til øvre genitalier. Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Med Jaydess er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, med kobberinnlegg er raten høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier er vanlig i de første behandlingsmånedene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan skje, særlig under innsetting, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer ved innsetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amning ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert retrovertert uterus. Dersom uttakstrådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må oppdaget utstøtning og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, bør mulig utstøtning/perforasjon vurderes. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. Ettersom prevensjonseffekten hovedsakelig skyldes lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikkelutvikling, frigjøring av oocyttene og follikkelatresi hos fertile kvinner. Ibland forsinkes follikkelatresi, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede follikklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemorragiske cyster på eggstokkene og cyster på eggstokkene med ruptur). De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede follikklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Samtidig bruk av legemidler som inducerer leverenzymene, spesielt CYP450-enzymene, kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønnshormoner. Hemmere av enzymene som inngår i legemiddelmetabolisme kan øke serumkonsentrasjonene av levonorgestrel. Innvirkning på Jaydess er ukjent, men sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. MR-skanning etter innsetting er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt ≤ 3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra romgradient. Med 15 minutters scanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på innsetningsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i akkurat samme område eller i nærheten av innlegget.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, hvis ikke øker risikoen for spontanabort og prematur fødsel. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditeten må rapporteres, f.eks. krampelignende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrel eksponering, bør mulig viriliserende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amning: Vanligvis ingen skadelig effekt på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Brystmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestrel dosen går over i morsmelk. Fertilitet: Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. Ca. 80% av de som ønsket det ble gravide ≤ 12 måneder etter uttak.

Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginit. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopesi. Kjønnsganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerter/ubehag, utstøtning av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjedden. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Hud: Hirsutisme. Sjeldne ($\geq 1/10$ til $< 1/1000$): Kjønnsganer/bryst: Perforasjon av uterus (ved amning ved innsetting og innsetting < 36 uker etter fødsel er frekvensen «mindre vanlig»). Følgende er sett ved innsetting/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Ved bruk av andre intrauterine innlegg med levonorgestrel er det sett overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria og angioødem.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg med levonorgestrel. Virkningsmekanisme: Frigjør levonorgestrel lokalt i livmøren. Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogener og progesterogenreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemittel er observert i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermemobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,4% 1. år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3. år. Absorpsjon: Tmax innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmaclearance ca. 1 ml/minutt/kg. Metabolisme: Metaboliseres i stor grad, primært via CYP3A4. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

Pakning og priser: 1 stk. kr 1100,40
Sist endret: 07.09.2015
Refusjon: Jaydess har ikke generell refusjon

▼ dette legemidlet er under spesiell overvåking
Basert på SPC godkjent av SLV: 24.08.2015

Drammensveien 288,
0283 OSLO
Tlf 24 11 18 00

 Bayer HealthCare



Av Magne Halvorsen

NGF årsmøte for 2015 ble arrangert i Bergen. Da kvinneklinikken i Bergen inviterte til årsmøte stilte de med sydvest og paraply. De vet noe om klimaet i Bergen om høsten.

Årsmøtet ble arrangert i Scandic Ørnen Hotell sentralt i byen. Hotellet er nytt, høyt og romslig. Plenumsalen var funksjonell med rikelig plass til deltakerne. 2 store skjermer for lysbildeframvisning og gode lydforhold. Trolig huset hotellet også de fleste tilreisende deltakerne. 222 gynekologer var påmeldt til møtet og over 60 representanter for industrien fordelt på 30 ulike firma var tilstede.

Som vanlig begynte årsmøtet med formøter for Internasjonal kvinnehelse, Praktiserende Spesialisters Landsforening

(PSL), Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO) og Norsk Urogynekologisk Gruppe (NUGG). Selv rakk jeg kun siste halvdel av NUGG møtet som var mer enn fulltegnet og kun ståplasser igjen. Forsamlingen var svært engasjert og vår eminente leder Jone Trovik måtte utsette sitt innlegg i komplikasjonskvarteret for at vi skulle rekke Get Together på UNA restaurant og mikrobryggeri.

Get together var som vanlig hyggelig. Gøy å treffe gamle og nye venner og kolleger. Lokalet som gikk over to etasjer var passe

stort og passe intimt. Det var 20 ulike ølsorter å velge mellom. De fleste smakte ikke på alle 20. Den lokale organisasjonskomiteen hadde laget en kul audiovisuell Quiz hvor svarene naturlig nok sluttet på tang. Svarene varierte fra Pipers tang til Tore Tang og blæretang. Vinnerne vant drikkekuponer og stemningen var god. Bandet «Obstetriske menn» bestående av gynekologene Erik Andreas Torkildsen, Olav Nordbø og Ragnar Sande fra Stavanger med innleid kordame Agnethe Lund fra KK Bergen, gjorde lykke.

Selve årsmøtet ble offisielt åpnet dagen etter kl. 09 av Tor A. Woldseth som stand in for Trude Drevland. Han stadfestet at Bergen er verdens fineste by og at den for tiden var på vask. Deretter ønsket leder i NGF Jone Trovik velkommen til Bergen med de 7 fjell fra Ulriken til Løvstakken og sammenlignet fjelltoppene med storheter i norsk fødselshjelp fra Løvseth til Fødselsregisteret. Så var det et nydelig kunstnerisk innslag med ungjenta Tomine som fremførte 3 friske og melodiose sanger. Hun trollbandt publikum med klokkeklar stemme. Kanskje en ny Sissel Kyrkjebø?



« 222 gynekologer var påmeldt til møtet og over 60 representanter for industrien fordelt på 30 ulike firma var tilstede »



Det faglige programmet startet med brask og bram da vår svenske kollega Mats Brännström fortalte om sitt prosjekt med uterustransplantasjon. Han startet i 1999 da en av hans pasienter uten uterus, men med barneønske spurte om han kunne transplantere en livmor på henne. Det ble en lang reise som begynte med uterus-transplantasjon på mus, hvor kar ble anastomosert med 12-0 sutur. Deretter ble det rotter, bavianer, sau og til slutt 9 kvinner. Kun levende donor er brukt. Oftest mottakerkvinnens mor. To av kvinnene ble hysterektomert før oppnådd graviditet. Per november i år er 4 barn levende forløst med sectio. Alle friske. Det var imponerende.

Så var det pause, kaffe og besøk hos utstillere og på postere. Neste bolk var frie foredrag i gynekologi. Interessante og gode foredrag fra unge og voksne kolleger som spente fra autotransplantasjon av ovarialvev hos kvinner med tidligere ondartet sykdom til ny tumormarkør som predikerer bedre prognose ved ovarialcancer.



Etter lunsj fortsatte frie foredrag i obstetrik. Vi fikk også høre vinneren av beste frie foredrag i obstetrik Marie Cecilie Roland fra Drammen sykehus med foredraget: Longitudinelle endringer i glucose- og lipidmetabolisme påvirkes ulikt av maternell BMI.

Etter ny runde med kaffe og informasjon om nye spiraler og ultralydapparat var det presentasjon av den nye veilederen i generell gynekologi. Anny Spydslaug fra Ullevål har ledet revisjonen og berømmet sine kolleger som har gjort et kjempearbeid på dugnad.

Tiril Tingleff fra FUGO presenterte tren-der for opplæring av LIS før og etter GI KNIVEN VIDERE. Det var forbedringer, men fortsatt er det mye å hente.

Generalforsamlingen hadde godt oppmøte og ble ryddig og behagelig ledet av Jone Trovik. Også i år var det diskusjon om terminfastsetting hvor altså helsedirektoratet og vår veileder i obstetrik støtter seg på hver sin metode. Det var valg av ny leder. Marit Lieng overtar etter Jone som har gjort en kjempejobb for NGF. Hun har

vært en dyktig frontfigur og har fått mange krevende saker i fanget.

Så tok vi på oss fintøy til årsmøtemiddagen som var utmerket med 3 retter og dertil gode viner. Mette Løkeland var knallgod som toastmaster og deklamerte fornøyelige dikt av Vossadikteren Jon Hjørnevik. Koret Collegium Musicum underholdt oss med sang, vår egen Anne Veddeng er levende engasjert også der.

Så var det utdeling av priser:

Gjøvik sykehus fikk utdanningsprisen og pokal til odel og eie. Haukeland var beste avdeling til å GI KNIVEN VIDERE og Annetine Staff fikk Bayerprisen for utmerket forskning. Norsk gynekologisk forenings hederspris ble overrakt Anton Langebrekke. En særdeles fortjent pris til en kjernekar og foregangsmann for laparoskop i Norge. AHUS ønsket velkommen til neste årsmøte med et forrykende danse-show fra avdelingen. Festen ble avsluttet med storband og dans til ut i de små timer.

Dagen etter begynte programmet presis kl. 09. Tema var svangerskap og fremtidig helse. Nederlenderen Iris

J. Grooten foreleste om sult og tidlig svangerskap med datagrunnlag fra et godt fødselsregister i Nederland og en sultperiode under 2. verdenskrig. Tore Henriksen foredro klart og interessant om fedme og genetik/epigenetik og Annetine Staff foreleste om sin forskning på preeklampsi og senere helse hos mor.

Etter pause og kaffe var det frie foredrag i gynekologi hvor vi blant annet hørte Catherine Teig fra AHUS som fikk pris for sitt foredrag: Translation and validation of condition-specific quality of life questionnaires for women with pelvic organ prolapse in the Norwegian context. Etter lunsj og ny bolk med frie foredrag var siste sesjon viet gynekologi og gynekologisk kreft. Mye interessant og nyttig. Blant annet MR utredning av ovarialtumor ved radiolog Knut Håkon Hole og Profylaktisk salpingectomi ved Jone Trovik.

Jone Trovik avsluttet, det var godt oppmøte til siste slutt. Gratulerer til lokal organisasjonskomite fra Haukeland med Kim Danielsson i spissen, til NGF og til Bergen by for et flott årsmøte. Vi ser fram til neste årsmøte på AHUS.



Prisvinnere 2015

NGF's hederspris: Anton Langebrekke (OUS, Ullevål)

Bayers forskningspris: Annetine Staff (OUS, Ullevål og UiO)

Beste utdannelseinstitusjon: Sykehuset Innlandet, Gjøvik

Beste GI KNIVEN VIDERE institusjon: KKB, Haukeland Universitetssjukehus

Beste frie foredrag gynekologi (5000,-):

Catherine Planke Teig (ahus):

Translation and validation of condition-specific quality of life questionnaires for women with pelvic organ prolapse in the norwegian context.

Beste frie foredrag obstetrik (5000,-):

Marie Cecilie Roland (Vestre Viken, Drammen):

Longitudinelle endringer i glukose- og lipid-metabolisme påvirkes ulikt av maternell bmi.

AOGS posterpris (5000,-):

Kristin Melheim Strand (NTNU)

Assosiasjon mellom placentavekt og cerebral parese: en populasjonsbasert kohortstudie.

Publikums posterpris (gave fra LOK):

Jörg Kessler (Haukeland Universitetssykehus)

Klinisk betydningsfulle forskjeller i verktøy for estimering av fostervekt – fire kasuistikker.

Vinner posterquiz (Gave fra LOK):

Wenche Hauso (Sykehuset Innlandet, Gjøvik)



Haukeland ble beste «Gi kniven videre» institusjon.



Anne Eskild tok imot pris for C. TEIG, beste frie foredrag.



Anja Holstad mottok pris for beste utdanningsinstitusjon.



– et **naturlig** valg til behandling av kjønnsvorter

- Fjerningsrate på 52,4%¹
- Residivrate på 6,5%¹
- Milde lokale hudreaksjoner er relatert til virkningsmekanismen og bør ikke føre til seponering¹

Antiviralt middel. ATC-nr.:D06B B12. **SALVE 10%:** 1 g inneholder 100 mg ekstrakt (som tørt ekstrakt, raffinert) fra Camellia sinensis (L.) O. Kuntze, blad (blad av grunn le) (45-50:1), som inneholder: 50-72 mg/l-epigallocatektingallat, hvitt myk parafin, hvitt voks, isopropylmyristat, dley-alkohol, propylenglykollmonopropylat. **Indikasjoner:** Lokalt behandler av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) hos immunkompetente pasienter som er 18 år eller eldre. **Dosering:** Voksne: Inntil 250 mg Veregen, som tilsvarer en stripe med salve på omtrent 0,5 cm (maks. total enkeltdose) påføres tre ganger daglig på alle vorter på eksterne kjønnsorgan og det perianale området (750 mg total dagdose). Barn: Sikkerhet og effekt av Veregen er ikke undersøkt hos barn og ungdom under 18 år. **Bruktens varighet:** Behandlingen bør fortsette helt til alle vortene er forsvunnet, men i snitt ikke mer enn 16 uker totalt (maks. varighet), selv om det skulle komme nye vorter i løpet av behandlingsperioden. **Administrering:** En liten mengde Veregen påføres på hver vorte ved bruk av fingrene, og smøres på for å sikre at alt dekkes fullstendig. Et tynt lag av salve skal være igjen på vortene (maks. 250 mg totalt for alle vorter/enkeltdose). Hvis en dose forglemmes skal pasienten fortsette behandlingen som normalt. Det anbefales å vaske hendene før og etter påføring av Veregen. Det er ikke nødvendig å vaske bort salven fra det behandlede området før neste påføring. **Kvinnelige pasienter** som bruker tamponger, skal sette inn tampongen før påføring av Veregen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor ett eller flere av hjelpestoffene. Effekt og sikkerhet hos pasienter som bruker immunmodulerende legemidler har ikke blitt undersøkt. Slike pasienter skal ikke bruke Veregen salve. Pasienter med sterkt nedsatt leverfunksjon (f.eks. klinisk relevant forhøyet leverenzym, bilirubinøkning, INR-økning) skal ikke bruke Veregen på grunn av utilstrekkelige sikkerhetsdata. **Forsiktighetsregler:** Unngå kontakt med øyne, nesebor, lepper og munn. Veregen skal ikke påføres åpne sår eller skadet eller betent hud. Behandling med Veregen anbefales ikke for huden er fullstendig helet etter eventuelt tidligere kirurgisk eller medikamentell behandling. Veregen er foreskrevet for behandling av vorter i urinrør eller intravaginale, cervikale, rektale eller intra-aneale vorter. **Kvinnelige pasienter** med kjønnsvorter i vulva bør utvise forsiktighet ved bruk av salven, siden behandling i dette området oftere er forbundet med alvorlige lokale bivirkninger. Utvisket påføring i vagina må unngås. I tilfelle utvisket påføring i vagina, vask øyeblikkelig bort salven med varmt vann og mild såpe. Ikke-opskårede mannlige pasienter som behandles for vorter under forhuden, skal trekke forhuden tilbake og vaske området daglig for å forebygge fimose. Ved tidlige tegn til striktur (f.eks. uruserasjon, indurasjon eller større vanskeligheter med å trekke tilbake forhuden) skal behandlingen avbrytes. Det kan utvikle seg flere vorter i løpet av behandlingen. Bruk kondomer helt til alle vortene er borte, siden Veregen ikke fjerner HPV-virus eller forebygger overføring av sykdommen. Veregen kan redusere effekten av kondom og vaginale spiraler. Derfor skal salven vaskes bort fra det behandlede området før bruk av kondomer og seksuell kontakt. Ytterligere prevensjonsmetoder bør vurderes. Hvis pasientens seksuelle partner intresseres, anbefales det å behandle partneren for å forebygge ny infeksjon av pasienten. Ikke utsatt det behandlede området for sollys eller UV-stråling, siden Veregen ikke er blitt testet under slike forhold. Unngå bruk av okklusiv bandasje. Avbrudd i behandlingen kan indiseres i tilfeller som er forbundet med en reaksjon i lymfeknutene eller med intense lokale hudreaksjoner som fører til uakseptabel ubehag eller økt alvorlighetsgrad. Behandlingen med Veregen kan gjenopptas etter at hudreaksjonen er redusert. Dersom det oppstår en lokal vesikulær reaksjon, skal pasientene rådes til å oppsøke lege for å utelukke en genital herpesinfeksjon. Sikkerhet og effekt for bruk av Veregen for flere behandlingskurs har ikke blitt fastslått. Veregen inneholder propylenglykollmonopropylat som kan forårsake hudirritasjoner og isopropylmyristat som kan forårsake iritasjon og sensiblisering av huden. Veregen bør vaskes bort fra det behandlede området før seksuell aktivitet. Veregen setter flekker på tøy og sengetøy. **Interaksjoner:** Ingen interaksjonsstudier er blitt utført. Samtidig bruk av annen lokal behandling i området med vorter bør unngås (f.eks. sittebad, toppkatt påført sink eller vitamin E, etc). Samtidig inntak av høydose orale grønne te-ekstraktprodukter (kosttilskudd) bør unngås. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Det er begrenset mengde data på bruk av Veregen hos gravide kvinner. Studier på dyr har vist reproduksjonsstokksitet. Som et forsiktighetsiltak er det anbefalt å unngå bruk av Veregen under graviditet, selv om systemisk eksponering av epigallocatektingallat forventes å være lav etter dermal påføring av Veregen. **Amning:** Det er ukjent om Veregen eller dets metabolitter blir skilt ut i morsmelk hos mennesker. En risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Ingen effekt på nyfødte/spedbarn som ammes er forventet etter systemisk eksponering av epigallocatektingallat forventes å være lav etter dermal påføring av Veregen. **Fertilitet:** Det foreligger ikke studier på mennesker. Studier på dyr viser ikke effekt på fertiliteten hos rotter etter dermal (hanner) og vaginal (hunner) påføring. **Bivirkninger:** Svært vanlige (>1/10): Lette lokale hudreaksjoner er knyttet til virkemåten og skal ikke føre til seponering av behandlingen. Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner på påføringsstedet som erytem, kløe, irritasjon (for det meste en sviende følelse), smerte, ødem, ulcer, indurasjon og blærer. Disse avtar etter de første ukene av behandlingen. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. **Vanlige (>1/10 til <1/10):** Lokale reaksjoner på påføringsstedet, som avskalling, verk, blikning og opphovning. **Bud/hvite:** Inguinallymfadenitt/lymfadenopati. **Kjønnsorganer/bryst:** Fimose. **Milde:** Vanlige (>1/1000 til <1/100): Lokale reaksjoner på påføringsstedet som misfarging, ubehag, tørrhet, erosjon, revner, hyperestesi, anestesi, arr, knuter, dermatitt, overfølsomhet, lokal nekrose, talgkjertler og eksem. **Hud:** Utvisket og papulært utslett. **Infeksjoner:** Infeksjon på påføringsstedet, pustler på påføringsstedet, genital herpesinfeksjon, stafylokok- infeksjon, uretritt, vaginal candidiasis, vulvovaginit. **Kjønnsorganer/bryst:** Balanitt, dyspareuni, Nyre/urinveier: Dysuri, hyppig vannlating, polykysturi. **Bivirkninger** oppstår med høyere hyppighet under okklusive betingelser. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering. Ved utvisket oral inntak er behandling av symptomene indisert. **Behandling:** Det finnes ingen spesifikk antidot mot Veregen. Det finnes ikke tilgjengelige erfaringer med oral inntak av produktet. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kjemoterapeutika til utvortes bruk, antivirale midler. **Virkningsmekanisme:** Virkningsmekanismen til grønne te-ekstrakt er ikke kjent. Som påvist i ikke-kliniske studier hindrer grønne te-ekstrakt veksten av aktive keratinocyttene ved antoksidative virkninger på påføringsstedet. Den kliniske betydningen av disse funnene er ukjent. **Absorpsjon:** Basert på konsistente data fra eksponeringsstudier (topikal påføring av Veregen 15 % og grønne te som drikk) kan det forventes at systemisk eksponering av katekiner etter dermal påføring av Veregen ikke overstiger systemisk eksponering ved oral inntak av grønne te. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25 C. Brukes innen 6 uker etter første gangs åpning. **Pakninger, priser og refusjon:** Vnr. 459688. Salve, styrke 10%, tube 15g. Pris Kr. 491,30. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no. Meld bivirkninger på www.legemiddelverket.no/meldeskjema. **Referencer:** 1. Veregen[®] preparatomtale

NGFs Hederpris til Anton Langebrekke

Av Knut Hordnes

Knut Hordnes overrakte prisen til Anton Langebrekke og sa at det var en stor glede, ikke bare på vegne av NGF men også rent personlig å overrekke årets hederspris, fordi Anton har gitt ham betydelig inspirasjon til å velge den kirurgiske delen av faget.



Anton betegnes som en foregangsmann og metodeutvikler, en stor kirurg, og en stor inspirator. Han er en glede å treffe, han fremstår opplagt, entusiastisk og solbrun, gir et inntrykk av at jobben er en passant fra det gode liv på den franske riviera. Frankrike har i alle fall vært sentral i hans karriere:

- Født i Oslo, studerte medisin på fransk i Bruxelles. Dette åpnet senere dører hos franske pioner kolleger.
- Spesialistgodkjent 1985.
- Arbeidet på SiA fra 1985-1996 bare avbrutt av ett års opphold på DNR
- Møtte Prof Jacques Donnez i 1986, etter studieopphold hos ham startet skandinavisk laparoskopi kurs 1988-96 på SiA (AHUS). Dette var meget populære kurs.

Anton var ledende gjennom hele endoskopirevolusjonen og utførte først i Norden de fleste laparoskopi prosedyrene. I 1990 assisterte han Harry Reich i Barcelona. Sommerferiene gikk ofte til endoskopi besøk i Frankrike, særlig Lille, Lyon og til endoskopiens Mekka Clermont Ferrand. Anton gjorde den første laparoskopiske hysterektomi i Norden allerede i 1991.

Det ble også opphold hos Dargent og Querleu og han lærte her vaginale inngrep som vaginal hysterektomi, spinafiksasjon mm. Anton var aktiv på vaginal hysterektomi kursene i Arendal i flere år.

Han fikk aldri «tid til» å bruke 5 år på doktorgrad, han ville da gått glipp av å være først på alle de nye skopi metodene. Anton har likevel publisert en del og hans navn gir 44 treff i Pubmed.

- Fra 1997 til 1999 var han på Aker sykehus og begynte så vidt med laparoskopisk cancer behandling.
- Fra 1999 har han vært Leder for endoskopi og gynekologisk operasjons avdeling på OUS Ullevål, og innførte da laparoskopisk cancer behandling særlig endometriecancer med staging som rutine.



Hedersprisen 2015 var Rosa Akt av Audun Hetland.

- fra 2007 har han med Norwac vært med å etablere operasjonsaktivitet i øst Jerusalem og Gaza.

Endometriosen har alltid ligget hans hjerte nær. Ettersom endoskopien utviklet seg ble det også mulig å ta hånd om dype endometriose, som nå de fleste sykehus i landet sender til Ullevål. Endometriose foreningen er hans lille menighet.

Anton var med å danne ESGE (European Society for Gynecological Endoscopy).

Anton har en lidenskap for sitt fagfelt som er helt unik. Han er svært ettertraktet både som foredragsholder og underviser. Hans engasjement strekker fra de store internasjonale arenaene, til under-

visningen av medisinstudenter og assistentleger på operasjonssalen. Han videreformidler gjerne sin kunnskap, og er en svært sentral bidragsyter i rekrutteringen og opplæringen av den kommende generasjonens gynekologer.

Han er en gynekologisk kirurg både kollegaer og pasienter har satt umåtelig pris på i veldig mange år.

Anton Langebrekke er en meget verdig vinner av NGFs Hederspris. Med prisen fikk han overrakt et bilde egnet en som er glad i kvinner, nemlig Rosa Akt av Bergenskunsteren Audun Hetland.

NGF gratulerer!

NGF/Bayers Forskningspris 2015 ble tildelt Annetine Staff

-for iherdig gynekologisk forskningsinnsats i nærmere 20 år

Av Jone Trovik

Annetine ble ferdig spesialist 1996, disputerte 2000 med avhandlingen:

Preeclampsia and uteroplacental tissues: lipids, oxidative stress, and trophoblast invasion og har nå mer enn 150 pubmed oppslag.

Publikasjonene spenner vidt innen fagfeltet vårt: prolaps/inkontinens-kirurgi, postpartumdepresjon, ny SF-kurve, cancer og biomarkører, men mest av alt placenta og molekylær forståelse av svangerskapskomplikasjoner som preeclampsia og fremtidig kardiovaskulær helse.

2006 ble hun førsteamanuensis og 2010 professor ved UiO. Hun har veiledet 9 fullførte PhD prosjekter og har pågående veiledning for 6. Hun er leder av Forskningscenteret for Fødselshjelp og Kvinnesykdommer OUS og har vært hovedredaktør for Forskningshåndboken, fra ide til publikasjon som også foreligger i engelsk utgave. Hun bidrar som fagfellevurderer for en rekke tidsskrift og er medlem av Editorial board, ISSHPs Tidsskrift: Pregnancy Hypertension og medredaktør i BioMedCentral Pregnancy and Childbirth Journal.

Hun har fått flere priser for frite foredrag og poster ved kongresser i NGF/NFOGs regi. Av internasjonale forskningspriser kan nevnes IFPA (International Federation of Placenta Associations) Award in Placentology; Canada 2013. Hun er utnevnt som "Litchfield Lecturer" av Universitetet i Oxford i 2013 og «Jacob de Back Lecturer» ved Universitetet i Groningen, Nederland 2014.



Annetine er uhyre arbeidssom og effektiv og tar seg også tid til konstruktiv tilstedeværelse på NGFs kongresser. Det er en glede å kunne tildele henne årets forskningspris!

Kjære FUGO-medlemmer!

Årsmøte i vakre og våte Bergen er vel overstått. Det var særlig morsomt for FUGO å dele ut "Gi kniven videre"-prisen til Haukeland på hjemmebane! Jeg vil benytte anledningen til å takke Tiril Tingleff for en fantastisk innsats som leder av kampanjen!

FUGOs årlige forkurs i år var Perinatalogi, - i et lett tverrfaglig lys. Vi hadde et flott samarbeid med bl.a. pediatere fra Haukeland og OUS, og dedikerte Lis fra hele landet deltok. I år var det første året hvor Årsmøtet gikk fra onsdag kveld til fredag. Vi erfarte at forkurset må flyttes én dag frem, slik at enda flere Lis får muligheten til å både bli med på kurs og Årsmøte. Takk til Thea Falkenberg Mikkelsen som har gjort en formidabel jobb med årets kurs!

Til FUGOs generalforsamling hadde vi invitert leder av Spesialistkomiteen Trond Melbye Michelsen og YLF leder Christer Mjåset. Begge var svært engasjerende forelesere og ivrige tilhørende i salen skulle nok hatt enda mer tid til å diskutere fremtidens spesialiseringsstruktur. Vi står foran store endringer som fortsatt fremstår uklare. For de som ikke fikk deltatt på Generalforsamlingen, finner dere referat i denne utgaven av Gynekologen.

I mai 2016 blir det virkelig muligheter for en spennende utveksling i regi av ENTOG. Utvekslingen denne gang finner sted i Istanbul, etterfulgt av EBCOG kongressen som arrangeres hvert annet år. EBCOG er Board and College of the Obstetrics and Gynaecology delen av Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).

ENTOG utvekslingen er årlig og omfatter LiS fra hele Europa (30-60 stk) som får hospitere i en uke ved en lokal sykehusavdeling. Man bor gratis hos en LiS i vertslandet, og deltar på ENTOG-møte med alle europeiske Lis på slutten av oppholdet. Det blir bred erfaringsutveksling på kryss og tvers av hele Europa, og selvfølgelig ekstra godt innblikk i Lis' situasjon i verdenslandet. Vi oppfordrer alle Lis som er interesserte til å søke, send en mail til ericahove@gmail.com innen 31.januar 2016 med litt informasjon om deg selv. Vi sender to LiS fra Norge, og velger ut fra antall år i faget, tidligere tillitsverv og språkferdigheter. NGF dekker reiseutgifter og en natt på hotell.

FUGO-styret har fått friske tilskudd av Malin Dögl (Levanger), Renee Waage (OUS) og Eirin Haguli Falch (Tromsø) som nye valgte medlemmer. Nok et år er vi fornøyde med god geografisk



Avtroppende FUGO leder Helene Fjeldvik Peterson.

spredning, men undres over hvor det blir av våre kollegaer med Y-kromosom.

Takk til Elise Thoresen Sletten som har vært FUGOs stødige representant i NGF og Cathrine Fiskum som har vært vår energiske sekretær og representant i Gynekologen.

En dreven og stødig gjeng fortsetter bestående av Tiril Tingleff, Erica Hove og Thea Falkenberg Mikkelsen.

Min tid i FUGO er over og jeg vil takke for 4 utrolig morsomme og givende år! Jeg har fått møte mange fantastisk dedikerte folk i faget vårt rundt om i landet, og gleder meg til å følge FUGOs arbeid videre. Jeg er overbevist om at det vil være kjempeviktig i årene som kommer å stå sammen som fagmedisinsk forening for Lis i verdens beste spesialisering!

Takk for meg!
Helene Fjeldvik Peterson

FORENING FOR UTDANNINGS-KANDIDATER I GYNEKOLOGI OG OBSTETRIKK (FUGO)

GENERALFORSAMLING 2015 / Scandic Ørnen Hotell, Bergen, 21.10.15 kl 17.30 - 18.10.

Godkjenning av innkalling.

Valg av møteleder: Helene Fjeldvik Peterson.

Valg av referent: Cathrine Fiskum.

Agenda presentert ved møteleder.

Ingen innkomne saker fremlagt av medlemmene.

Saker fremlagt av styret: Presentere resultater av «Gi kniven videre» (GKV) og FUGO-representant til Endoskopiutvalget.

Presentasjon av årets styre

Møteleder presenterer.

- Helene Fjeldvik Peterson: leder, ENTOG, NFYOG.
- Erica Hove: nestleder, ENTOG og web-ansvarlig.
- Cathrine Fiskum: sekretær og Gynekologen.
- Tiril Tingleff: kasserer og NFYOG.
- Elise Thoresen Sletten: NGF-representant.
- Thea Falkenberg Mikkelsen: kursansvarlig.
- Camilla Kleveland: Spesialistkomiteen, vara.

Årsrapport 2014 presentert i Gynekologen

Møteleder presenterer. Ingen innsigelser, innspill eller kommentarer fra salen.

Økonomi

Tiril Tingleff presenterer.

Regnskap 2014:

Budsjett på kr. 60000,- finansiert av NGF. I 2014 kr. 15000,- ekstra for å dekke utgifter i forbindelse med GKV. I tillegg finansierer NGF to kandidater til ENTOG utvekslingen årlig, inntil 15 000 kr. Vi brukte kr. 28050,85,- av vanlig budsjett (bevisst bruk av så lite penger som mulig). Brukt kr. 4000,- fra GKV bevilgningen. Godkjent ved akklamasjon.

Budsjett 2015:

Ligger an til å holde årets budsjett (på kr. 60000,-) - mulig kommer vi noe under på utgiftssiden, dette skyldes litt lite oppmøte på styremøtene og at endel arbeid er gjort via e-postutveksling.

Budsjett 2016:

Som tidligere år er der kr. 60000,- som er finansiert av NGF. I tillegg 15000,- til utveksling. Utgifter er som vanlig beregnet til styremøter og ENTOG/NFYOG-aktiviteter. Deltagelse i NFYOG-styret for to medlemmer finansieres av NFOG. Godkjent ved akklamasjon.

Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynecologists (NTYOG)

Tiril Tingleff presenterer.

Nordisk LIS-organisasjon under NFOG (Nordic Federation of societies of Obstetrics and Gynecology). Målene for organisasjonen presenteres. Det er bl.a herfra ideen om GKV kampanjen har kommet. Styret består av LIS fra hvert av de nordiske landene med styremøter 2-3 x per år. LIS arrangement annethvert år i forbindelse med NFOG-kongressene. Educational commiteé har arrangert to seminarer med fokus på utdanning hvor NFYOG-styret har bidratt. Finnes fond som man kan søke på for finansiering av diverse prosjekter hvis man har vært LIS i 2 år. Se ellers info på www.NFOG.org.

European Networks for Trainees in Obstetrics and Gynecology (ENTOG)

Møteleder presenterer.

EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) er moderorganisasjon. ENTOG representeres av leder og nestleder i FUGO. ENTOG president er representant i EBCOG. ENTOG arbeider hovedsaklig med utveksling av utdanningskandidater mellom europeiske land. I tillegg består arbeidet med å få til harmonisering i de europeiske landene og lage curriculum/standariseringer. I 2015 var det 1 ukes utveksling i Utrecht i Nederland og det var 2 LIS fra Norge der. Utgifter dekkes av NGF. I 2016 er utvekslingen i Istanbul (i samband med EBCOG kongress).

Søknadsfrist er 31.jan 2016 - LIS fra hele landet oppmuntres til å søke. Se FUGOs hjemmeside for mer info om dette.

Norsk Gynekologisk Forening (NGF)

Elise Thoresen Sletten presenterer.

Elise har vært FUGOs representant i 2014 og i år - FUGOs representant er sekretær samt et viktig bindeledd mellom NGF og FUGO. Styret for i år ble presentert. NGF har mange saker til høring og må komme med høringsuttaler. NFOG, EBCOG og FIGO (de internasjonaleorganisasjonene) ble kort presentert. Man har i NGF hatt diskusjon vedrørende vårmøtet - synd at ikke LIS møter der. Sannsynligvis er det fordi andre kurs prioriteres. NGF står bak veilederne, kvalitetsutvalget gjør arbeidet. Obstetrikk veileder oppdatert i 2014, kommer snart ny gynekologi veileder. LIS har vært medforfatter i obstetrikk-veilederen. Det er sett på om man kan lage felles retningslinjer i Norden. På nettsiden NFOG.org ligger blant annet endel retningslinjer fra de andre nordiske landene.

«Gi kniven videre»

Tiril Tingleff presenterer.

Tilrettelagt for Norge etter inspirasjon fra Danmark og Sverige - kampanjen vedtatt på general-forsamlingen i 2013. Hovedmålsetting: bedre utdanning av LIS innen kirurgiske ferdigheter. Fokus på LIS egenansvar, overlegens utdannings-ansvar og avdelingens ansvar gjennom tilrettelegging. Spørreundersøkelse før kampanjen og etter kampanjen. 1 versjon til alle LIS, 1 versjon til kontaktperson (LIS i utdanningsutvalget-utvalget) i hver avdeling. Laget informasjons-materiell - plakater og kort og buttons. Nå holder vi på å gjøre opp materiale. Registrert >4500 inngrep underveis; har registrert om LIS er hovedoperatør, tilstede eller ikke tilstede. Et utvalg av resultater presenteres på årsmøtet

imorgen. Det er lagt ut råmateriale på FUGOs hjemmeside på legeföreningens side. Mål om å publisere de ferdige resultatene for eksempel i Tidsskriftet. ØNH-LIS og ortoped-LIS er interesserte å lage lignende kampanjer.

Spesialistkomiteen

Møteleder presenterer.

FUGO har 1 representant i spesialistkomiteen + 1 LIS til.

Evaluering av årets kurs «Perinatalogi»

Thea Falkenberg Mikkelsen presenterer.

Gode tilbakemeldinger. Kurset ble ikke fylt opp - dette skyldes muligens at det ikke var samme dag som årsmøtestart. Ønsker å fortsette med kurs også i årene som kommer. Har vært gode kurs og noen kurs har blitt tatt inn i kursprogrammet etter senere.

Forslag til neste års kurs:

Kirurgiske basis ferdigheter. Bekkenbunnskirurgi/urogynekologi/bekkenmerter. Kunnskapshåndtering. Endokrinologi. Infertilitet. Bør holdes samme dag som FUGOs generalforsamling.

Valg av nye styremedlemmer

Renee Waage - OUS (Ullevål)

Malin Døgl - Levanger

Eirin Haugli Falch - UNN

Tirill Tingleff - Ringerike sykehus ble gjenvalgt

Nevnte kandidater presenteres. Ingen flere meldt til valg og ingen benkeforslag. Velges ved akklamasjon uten innsigelser.

Eventuelt

Resultater fra GKV ble presentert.

FUGO skal ha 1 representant i Endoskopiutvalget.

The 40th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology

June 12–15, 2016 • Helsinki, Finland

NFOG 2016



Utlysning fra NFOG

Norske kandidater til PhD -Thesis session og The Young Scientific Reward (NFOG) søkes!



Det planlegges en PhD-thesis seksjon under NFOG i Helsinki i juni. Det skal i forbindelse med dette plukkes ut en norsk doktorand som blir invitert til NFOG for å presentere sitt doktorgradsarbeid. Kriterier for utvelgelse: Doktorgradsarbeidet må være ferdigstilt i perioden 2014-2016, og prosjektet må være registrert The NFOG Thesis Registry.

The Young Scientist Award deles også ut under NFOG. Hvert land stiller med en nominert kandidat til denne prisen. Kriterier for utvelgelse: Kandidaten skal være < 40 år (kan fylle 40 i løpet av 2016).

Norske kandidater til presentasjon av prosjekt under NFOG og til The Young Scientist Award meldes til Marit Lieng (m.lieng@online.no) innen 1. mars 2016.

The NFOG Thesis Registry

Alle medlemmer av NGF som har disputert oppfordres til å registrere sitt doktorgradsprosjekt i The NFOG Thesis Registry.

Oppskrift for registrering: Abstracts can be submitted in any format by e-mail to the NFOG webmaster, currently at secher@dadlnet.dk, including the authors' name, affiliation and e-mail-address, as well as English abstract and, if available, a link to the full text.



Plenary lectures

- Preterm birth
- Cancer and pregnancy
- Prevention of cervical cancer – the big picture
- Personalized medicine in obstetrics and gynecology
- Menopause, hormones and memory
- Maternal microbiome and newborn health

Pre-congress symposiums

- Practical management of menopause
- US in pregnancy
- Obstetrical tears – prevention and repair
- Laparoscopic simulation - suturing and simulation
- How to write/read/review a scientific article/ACTA-course
- Cervical cancer screening/practical colposcopy
- Simulation of obstetric emergencies
- Up-to-date on contraception
- Adolescent gynecology

Congress symposiums

- Why sexual medicine is important?
- Up-to-date on gynecological hormone therapy
- Polycystic ovarian disease
- Up-to-date on adenomyosis
- Office based treatment of bleeding disturbances
- Ovarian cancer
- Prolaps surgery
- Mishaps early pregnancy
- Impaired placentation
- Evolving fetal diagnosis and screening
- Preterm delivery
- Obesity in pregnancy
- Intrauterine fetal death
- Obstetrical emergencies
- NFOG funded collaborative projects
- Violence against women – NFOG session

ENTOG



Av Michael Tomala

For 5 år siden dro jeg for første gang på utveksling med ENTOG. Da med 1 års erfaring i sekken. Jeg ble kjent med ENTOG på vei hjem fra et kurs i Trondheim. Flyet var innstilt og 20 potensielle gynekologer endte på bussen. God stemning og tid til å bli kjent. 1 måned senere var jeg på utveksling i Liege, Belgia(1) som neste representant fra Norge. I år fikk jeg en hyggelig mail som jeg straks søkte på. Siden en kandidat trakk seg ble jeg som neste i rekken sendt til Amsterdam (2).

Utveksling i regi av ENTOG (3) er veldig populært i resten av Europa. Kandidatene sloss om å få være med. De har egne opptak med intervju og ferdighetstester. Hvorfor denne populariteten ikke har smittet oss i nord vites ikke.

Jeg står foran et lite slott av et Town-House i Amsterdams posheste distrikt. Her bor en gynekolog som er gift med en velstående advokat. Vi var en stor gjeng gynekologer fra hele Europa som ble plassert i Amsterdam og omegn. 2 av oss var fra Norge. Sammen med 4 andre unge kollegaer skulle jeg bo her. En fin mix bestående av en italiener, spanjol, russer, latvier og meg. De var gode representanter for hvert sitt land. Italieneren sjarmerte vertsfamilien med kyss på hånden, sterke meninger og mye drama. Spanjolen

kom alltid for sent. De 2 jentene fra Russland og Latvia hadde med seg sylta agurker, sopp, kaker og små babushkadukker i tre. Vi så lite til vertsfamiliens overhoder foruten en hyggelig velkomst. Nøkkelen lå under en stein og kjøleskapet var fullt av mat. Forpleiningen var prima.

De tre neste dagene tilbrakte vi på et av Amsterdams 3 universitetssykehus (4). Helsevesenet er bygd opp av 3 nivåer. Primærklinja med allmennleger, helsestasjoner og private jordmødre. Sekundærklinja med sykehus (private og offentlige) og øverste nivå med universitetssykehus (5). Alle nivåer tar imot barn. Og det er nå det blir spennende.

Nesten 1/3 av alle barn blir født hjemme på soverommet! Du blir gravid, kontakter en jordmor, følges av henne i svangerskapet og føder med hennes hjelp i ditt eget hjem. Jordmøren kan skrive resept og henvise deg til en allmennlege, et vanlig sykehus eller et universitetssykehus etter behov. Etter fødselen har du hjemmehjelp fra 8-16 hver dag i 10 dager. Hjelpen er en utdannet hjelpepleier som lager mat, rydder, passer barnet og rapporterer til jordmor ved behov. Jordmøren kommer på besøk på dag 2 etter fødsel og noen ganger på dag 14. Dette intensiveres ved behov. Pakken er inkludert i standard helsehjelp/forsikring. Integrasjonen mellom det offentlige og private og mellom nivåene av helsehjelp er formidabel.

På sykehus behandles de syke og de som ønsker det. Alle kan føde der de selv ønsker. På universitetssykehusene er det kvotering og på noen sykehus koster det mer penger hvis du ikke har en medisinsk grunn til å føde der. Vi hospitererte på VUmc. Et topp moderne sykehus i hjertet av Amsterdam. Der ble vi tatt imot av motiverte og hyggelige gynekologer som hadde tid og lyst til å vise og lære bort. Morgenmøtene foregikk på engelsk og all diskusjon om behandling av pasienter ble gjort på engelsk. Vi ble vist rundt på operasjon, føde, poliklinikk, akuttmottak og infertilitetsklinikken. De skreddersyde hospiteringen etter våre ønsker. Jeg valgte å se flere operasjoner og IVF klinikken. Ingen store overraskelser faglig sett. Legene, og jordmødrenes interesse for oss og tiden de brukte på oss imponerte meg. Hele kvinneklinikken var forberedt på at vi kom, tok seg tid til å vise, forklare og diskutere hva de gjorde og hvorfor.

Vi hadde en LIS per 2 hospitanter som vår primærkontakt. Hun hentet oss hjemme før jobb, guidet oss gjennom sykehusets rutiner og introduserte oss til avdelinger eller overlever vi ønsket å lære mer av. Det gikk på skinner, eller hjul om du vil. Logistikken i Amsterdam skjer på sykkel. Et nett av sykkelstier og en sykkelkul-



tur vi kan drømme om, og enda mer avslappet enn i København hvis noen har syklet der.

Den sosiale biten var også gjennomtenkt. En kveld kruste vi rundt i Amsterdams kanaler i en av legens sjarmerende båt. Solnedgang, utekafeer, hyggelige kollegaer og imøtekommende mennesker. En super romantisk by som er klar for en fest om du vil.

Til slutt samlet de hele ENTOG gjengen til en hel dag med praktisk læring med fokus på laparoskopi, hysteroskopi og obstetriske kriser. Velorganisert med mye praktisk trening og gode diskusjoner. På kvelden var det felles «fin-middag» med de store gutta i EB-COG (6). Hjemreisedagen kunne få av oss kjøre bil da vi møtte til ENTOG styremøte med valg av ny komité og presentasjon av de forskjellige landene. Heldigvis syklet vi.

Største forskjellen på helsevesenet i vårt fagfelt må være jordmorgruppen. Denne står sterkt og tar unna en mye større del av svangerskapsomsorgen, inkludert uønsket graviditet og spørsmål om ex.u. I tillegg er integreringen på tvers av sykehus og nivåer noe vi virkelig kan lære av. ENTOG utveksling er viktig for å få perspektiv på hva vi driver med hjemme. Vi har det sabla bra og er utrolig flinke. På noen områder kan vi bli mye bedre. Hadde jeg kunnet bestemme ville ENTOG utvekslingen vært en del av spesialistutdannelsen i Norge. Er du heldig er du en av 2 som får være med neste år!

1. Se tidligere nummer av Gynekologen for full artikkel
2. <https://en.wikipedia.org/wiki/Amsterdam>
3. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/fugo/entog/entog-utvekslingen/>
4. <http://www.vumc.com/>
5. <http://www.iamsterdam.com/en/local/live/medical-care-and-insurance/hospitals>
6. <http://ebcog.org/>

ENTOG utveksling 2015, Nederland

Et kortfattet resyme av aktiviteter og inntrykk.

Av Teresa N Valle Aguilar



European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology (ENTOG) har som mål å etablere et kommunikasjonsverktøy mellom leger i spesialisering innen gynekologi og obstetrikk i Europa, å skape bedre forståelse av opplæring i denne spesialiteten i Europa og å oppnå sammenlignbar høy standard av opplæringen for derigjennom å forbedre kvaliteten av helsetjenesten i alle europeiske land.

ENTOG-utveksling i 2015 fant sted i Nederland. Det var totalt 27 deltakere fra hele Europa. Opplevelser og læring om likheter og forskjeller mellom de europeiske land som hadde representanter der ble med meg hjem og bekreftet viktigheten og behovet for dette utvekslingsprogrammet.

Fra Norge var vi 2 representanter, Michael Tomala som var utplassert i Amsterdam-området og jeg som var utplassert i Nijmegen.

Jeg er opprinnelig fra Managua, hovedstaden i Nicaragua hvor jeg studerte medisin. Jeg gjennomførte turnustjenesten der ved et lite sykehus på landsbygda som hadde 40 senger totalt og svært begrensede ressurser. Allikevel fikk jeg med meg erfaringen av, blant annet alene å ta imot mer enn 150 fødsler på den tiden. Jeg flyttet til Norge for 11 år siden og begynte å jobbe som LIS ved Gyn/fødeavdeling ved Levanger sykehus i 2011. Jobben i det norske helsevesenet



Jordmor og meg (til venstre) på hennes kontor.

innebærer naturlig nok kontraster til mine tidligere erfaringer og lar meg se hva som er bra og hva som kan gjøres bedre både her og der. Jeg syntes derfor det var en strålende sjanse å kunne delta på ENTOG og lære om forholdene våres kollegaer i Europa jobber under, samt utfordringene de har med å gi pasientene forsvarlig helsehjelp.

Jeg ble tildelt plass ved Ziekenhuis Gelderse Vallei, i nærheten av Nijmegen og fikk bo hos Laura Spinnewijn, som er LIS ved gynekologisk avdeling, og hennes kjæreste Inga. Fra togstasjonen kjørte vi direkte til svigerfamilien hennes for å feire bursdagen til svigemor. Gjestfriheten var fantastisk fra første stund. Vi fikk tid sammen, både i forbindelse med bilturer vi var nødt til å ta til og fra sykehuset (45 min hver vei) og hyggelige måltider, tid til å snakke om våre erfaringer og sammenligne helsetilbud og arbeidsforhold.

Dag 1

Dagen begynte med å banke på døra hjemmet hos en av jordmødrene og der fikk jeg kaffe mens hun og barna forberedte seg til dagens gjøremål. Jeg fulgte henne til jobben i privat praksis eid av 5 jordmødre. Her utførte de svangerskapskontroller og hadde ansvar for hjemmefødsler. Infrastrukturen i deres lokaler var gjennomtenkt med hensiktsmessige og store rom, det var lekerom for barn og venterom hadde informative bøker som de ventende kunne bla i. Jordmora hadde et fint kontor med ultralydapparat som de benyttet til både tidlig ultralyd og rutineultralyd. Hun

hadde flere gravide damer til undersøkelse og både pasienter og jordmor gjennomførte samtalen på engelsk slik at jeg skulle kunne forstå – dette bekreftet gjestfriheten jeg allerede hadde fått hyggelig erfaring med! Samtalene handlet om mye av det samme som i Norge, spørsmål, svar og informasjon angående svangerskapet. Det var interessant å observere hvilken sentral rolle jordmødrene i Nederland har gjennom hele svangerskapet og hvordan de er organisert – til og med i privat praksis.

Det er kjent at Nederland har tilrettelagt for hjemmefødsel og det tilstrebes i stor utstrekning. Man følger kriterier for seleksjon av kvinnene som kan føde hjemme. Kriteriene tilsvarende de med lavrisikosvangerskap her i Norge. På tross av dette er det fortsatt ca. 45-50% av de som starter fødselen hjemme som overflyttes til sykehus pga. komplikasjoner. De vanligste årsakene er treg framgang og truende asfyksi. Jeg erfarte at det var delte meninger blant legene. Noen syntes at alle fødslene burde skje på sykehus fordi andelen som allikevel innlegges er stor. Andre mente at det er bra at kvinnene føder hjemme ut ifra muligheten for en rolig, intim og naturlig fødsel og at man unngår unødige intervensjoner. Det er også slik at forsikringen til pasientene dekker hjemmefødselen og omsorg i barselperioden, men kvinner som velger å føde på sykehus må betale dette selv. Egenbetalingen gjelder ikke hvis det er medisinsk indikasjon for fødsel på sykehuset.

Dagen jeg hospiterte hos jordmødrene forløp uten hjemmefødsel, så det fikk jeg

ikke med meg. Men dagen var spennende likevel. På ettermiddagen var jeg med en annen jordmor på hjemmebesøk hos flere barseldamer. Den første pasienten var en ung dame som hadde født sitt 1. barn hjemme den natta. Hun hadde det bra, men barnet hadde anstrengt respirasjon og dårlig saturasjon. Jordmor ringte

ambulansen som kom innen 10 min. I mellomtiden fikk barnet O2 fra oksygentanken jordmor hadde i bilen. Ambulansen tok barnet og foreldrene til sykehuset. Vi fulgte dem i egen bil og jordmor ga rapport direkte på nyfødtintensiv til barnelege og sykepleier. Vi var der ca. 1 time til barnet var stabilisert. Prognosen var bra og foreldrene med sin nyfødte kunne ifølge barnelegen reise hjem dagen etter.

Vi dro så til neste dame som hadde hatt hjemmefødsel 3 dager tidligere. Hun bodde i et fint leilighetskompleks. Jordmor vinket og hilste i full fart på en dame som kom ut av bygningen. Dette viste seg å være helsesøster som nettopp hadde vært hos dama vi skulle besøke. Hun hadde gjennomført en sjekk av barnet, inkludert hørselstest. Døra ble åpnet av en dame i hvite klær som åpenbart var helsepersonell. Hun var "kraamfru" som direkte oversatt betyr "barseldame", den som passer på damene i barselperioden. I Nederland har kvinnen rett til

hjelp av "kraamfru" 8 timer per dag fra 1. til 8.-10. barseldag. De hjelper til med blant annet matlaging, passe på barna i hjemmet, vaske huset og stelle mor og den nyfødte. Mannen til pasienten var der også og ventet i stua mens vi pratet med pasienten som lå i senga si. Alt var greit med henne og barnet.

Vi besøkte tre damer til, alle med ukompliserte hjemmefødsler og barselperioder. Arbeidsdagen ble rundet av med å hente barna til jordmor på skolen og kjørte hjem til henne. I løpet av de siste 24 timer hadde jeg vært på besøk i 9 nederlandske hjem. Jeg fikk på den måten en rask og omfattende introduksjon til både den kollegiale, faglige og private delen av svangerskaps- og fødselsomsorgen.

På ettermiddagen dro Laura og jeg til Nijmegen der vi traff andre ENTOG-deltagere. Vi fikk en spennende omvisning i det



Dr Klapwijk tok seg tid til instruksjon.

historiske sentrum av byen. Guiden var en engasjer historiker som hadde mye å si om nesten hver eneste bygning og gate. Det var en hyggelig avslutning på dagen.

Dag 2

Andre dagen var jeg på Sykehus Gerdesel Vallei, et privateid sykehus som har avtale med det medisinske fakultetet for å drive opplæring for leger i spesialisering innen flere fagområder. Sykehuset har en fødeavdeling med 7 fødestuer, observasjonspost, gynekologisk- og svangerskapspoliklinikk, operasjonsstue og gynekologisk sengepost. Det er to-delt vaksjikt med en LIS i primærvakt og en overlege i sekundærsjiktet, begge med tilstedevakt.

På formiddagen deltok jeg på svangerskaps-poliklinikken sammen med LIS med 5 års erfaring. Hun jobbet selvstendig med polikliniske oppgaver, inklusive UL-undersøkelser. Jeg la merke til at hun brukte veldig lite tid på å skrive notatene sine og fant ut at de har en journalsystem hvor pasientinformasjon fra tidligere kontakter er lagret på en oversiktlig måte slik at man ikke behøver å gjenta det i hvert notat. Da var det nok med 3 linjer for å oppsummere dagens funn. Slik brukte hun kun 10 minutter per pasient og hadde tid til å svare på spørsmålene mine i tillegg!

På ettermiddagen var jeg observatør på operasjonsstue. Her ble det utført laparoskopisk fjerning av en gigantisk cyste med ekkofattig innhold hos en postmenopausal dame med normale tumormarkører. Cysten ble tømt for ca. 15 liter grønnlig væske.

Dag 3

Den tredje dagen var jeg på fødeavdeling ved samme sykehus. Der delte en jordmor og en LIS nesten likt på fødslene. Jordmor tok seg av de med lavrisikosvangerskap og legen stort sett av de med høyrisiko. Jeg fikk være med på to fødsler, en normal og en vakuumpga. truende asfyksi. Prosedyrene vedrørende overvåking og gjennomføring av fødslene virket nokså like som i Norge.

I slutten av dagen var jeg med på den private delen av gynekologisk poliklinikk der pasientene kommer for problemstillinger, undersøkelser og behandlinger som ikke er inkludert i sykeforsikringen, for eksempel sterilisering. Overlegen tok seg tid til å gi meg grunnleggende opplæring både teoretisk og med instruksjonsvideo om sterilisering med Essure. Etterpå observerte jeg mens han utførte prosedyren hos pasientene.

Det var to lærerike og interessante dager på sykehuset. Jeg rakk å få med meg flere forskjellige deler av mine nederlandske kollegaers arbeidsdag og utfordringer. De virket å være fornøyd med sine oppgaver og arbeidsforhold.

De yngre kollegaene – LiSene – ga uttrykk for at de fikk god opplæring. Det eneste de kunne utsette noe på var at de ikke "fikk kniven" så ofte som de ønsket. Jeg for min del fikk et veldig positivt inntrykk av deres måte å jobbe på.

Etter disse tre interessante utplasseringsdagene med mange inntrykk og takknemlighet

over gjestfriheten gikk turen videre til Utrecht. Her startet den andre delen av utvekslingen med "get together" på en bar/restaurant der jeg traff de andre ENTOG deltakerne. Praten gikk lett med kollegaer fra andre land og erfaringer ble utvekslet.

4. dag: Scientific meeting

Den fjerde dagen ble alle deltakerne fra Europa samlet på University Medical Center in Utrecht. Et fantastisk senter med flotte bygninger og moderne teknologi som brukes for opplæring av helsepersonell. Utrecht er en vakker by som sjarmerer med sine kanaler, arkitektur og et trafikkbilde der syklistene anmas rullet i perfekt orden iført dress, kjoler, sportsklær, festdrakter og uten hjelm.

Her hadde organisatorene forberedt en lærerik dag hvor temaene var kommunikasjon i vanskelige situasjoner, gruppetrening i akutte obstetriske scenario og simulatortrening for endoskopiske inngrep i gynekologi.

På formiddagen hadde vi foredrag om diverse emner relatert til legeutdanning. Det var avsatt god tid for å prioritere diskusjon med kollegaer om håndtering av opplevelse av uheldige hendelser i pasientbehandling og konflikthåndtering. Diskusjonen foregikk i grupper på 12-15 deltakerne. Hver og en fikk snakke om en uheldig hendelse de hadde opplevd. Temaet viste seg å engasjere alle i stor grad. Alle opplevde at denne tematikken var for lite prioritert på medisinstudiet

og på arbeidsplassene. Ingen av deltagerne hadde noen etablert debriefinggruppe ved sykehusene som ivaretok disse behovene systematisk. Noen var heldige å ha nære kollegaer som snakket om temaet eller som hadde (avdelings-) overleger som tilkalte til møte for å diskutere og debriefe tilsvarende. Andre problemstillinger som ble drøftet var konflikter med overordnede. Mange ga uttrykk for at det var det veldig vanskelig å finne en rettferdig og diplomatisk måte for å løse slike konflikter på uten å risikere å miste jobben eller få reprimander. Dette var særlig et problem for de LIS-ene som jobber i land hvor det er tradisjon med markert hierarki.



ENTOG-deltakere samlet.

Vi som jobber i Norden følte oss privilegerte for å ha en velfungerende legeförening og tillitsvalgtstruktur. Det var åpenbart at det som er oppfattet nesten som en selvfølge her i Norge, krever en hard kamp for våre kollegaer lenger sør. Vi må passe på her også fordi "en rettighet som ikke forsvares, er en rettighet man risikerer å miste".

På bakgrunn av dette ble det bestemt i plenum at et av temaene som skal diskuteres ved neste ENTOG-utveksling blir hvordan man kan etablere legeföreninger og tillitsvalgtarbeid.

Deretter fortsatte vi med gruppearbeid hvor vi fikk presentert en akutt obstetriske situasjon som ble håndtert ved bruk av MOET (management of obstetric emergencies and trauma). Denne metode for trening var ny for mange av deltakerne og de var glade for å ha fått denne erfaringen. Metoden brukes så vidt jeg vet kun i liten grad her i Norge også, mens det er vanlig i UK.

Simulatortrening er en viktig og obligatorisk del av den nederlandske basalopplæring. LIS-ene får ikke være med på operasjoner før de har gått gjennom simulatortreningspakken. Vi fikk trene gynekologiske operasjonsteknikker på simulator med god veiledning fra leger og sponsende firma som hadde sine maskiner. Vi trente blant annet på Essure, laparoskopisk operasjon på adnex og hysterektomi, laparoskopisk suturering, hysteroskopi med reseksjon av myom/polyp med resektoskop, m.m. Det er ikke tvil at

systematisk trening forbedrer utøvelse av inngrepene.

Dag 5. ENTOG Council

Siste dagen var vi på valg av nye ENTOG-representanter. Den avtroppende presidenten var Maud van de Venne (UK). Anna Aabake fra Danmark ble valgt til ny president.

Det ble framført presentasjoner om medisinstudiet og spesialistopplæringen av LIS-representanter fra Italia og Russland. Interessant å få innblikk i hvor store forskjeller det er innen Europa både med hensyn til hvor lenge og hvordan opplæringen pågår.

LIS-representanten fra Tyrkia holdt en presentasjon om Tyrkia. Neste ENTOG-utveksling finner sted der i Istanbul i 2016 og han snakket og viste en spennende og fristende video om landet, attraksjoner og hvordan utvekslingen skal organiseres.

Hovedinntrykk

Uttekslingen etterlot seg mange inntrykk og erfaringer. Jeg ble møtt med en utrolig gjestfrihet og åpenhet som Nederland kan være stolte av. Utplasingen hos jordmor og ved sykehus ga meg mulighet til å få innblikk i hvordan svangerskaps- og barselomsorgen er organisert der med fokus på hjemmefødsler, men også at dette er temaer som diskuteres. Spesialistopplæringen virket godt organisert og grundig.

Under samlingen med kollegaer fra resten av Europa, særlig øst – men også Sør-Europa ga opplevelsen av at kollegaer der har adskillig større utfordringer, ikke minst mht. arbeidsforhold og med manglende tillitsvalgtstruktur og arbeidsrettigheter.

Etter min opplevelse i Nederland er ENTOG en viktig organisasjon som utveksler og forener kunnskap og erfaringer mellom leger i spesialisering i vår fag, noe som fører til forbedring av kompetanse og kvalitet av helsetilbud over landegrensene. Problematikken våre kollegaer i øst og sør bragte til torgs var såpass viktige at det blir eget tema ved neste møte – hvilket viser hvor viktig ENTOG-arbeidet er!

Det var også stor forskjell på hvorvidt representanter fikk finansiell støtte fra sine land – verken fra fagforening (som vårt FUGO) eller arbeidsgiver. En tanke for sikre representanter fra hele Europa kan



Simulatortrening.

være at ENTOG etablerer et fond som kan støtte deltagere med dårligere økonomi.

Jeg håper at det blir mange motiverte LIS-søkere til neste år. Det er også mulig å delta mer aktivt i organisasjonen som

representant. Man kan presentere sitt kandidatur under ENTOG-council. Norge har flere områder å bidra med, ikke minst forhold rundt opplæring, "gi kniven videre", pasientrettigheter og tillitsvalgtstruktur. Jeg gleder meg til å lese om erfaringer fra Istanbul neste år!



E
B
C
O
G



2016 Congress is moving to Torino

19-21 May 2016
Torino - Italy

EBCOG
24th EUROPEAN CONGRESS

European Board and College of
Obstetrics and Gynaecology

Deadline for
Abstract submission:
15th January 2016

Become a
European Fellow of O&G
EFOG-EBCOG

www.ebcog2016.org

Første nordiske kongress i gynekologisk endoskopi, NCGE

3.-5. Juni, Hindsgavl på Fyn, Danmark

Av Ingeborg Bøe Engelsen. Seksj. overlege, gyn.avd, Haukeland

I regi av Odense Universitetssykehus invitert man til den første endoskopiske kongress i Norden for gynekologer og andre profesjoner som arbeider innen dette felt eller i nær relasjon til faget. Kongressen samlet mer enn 350 deltagere fra de 5 nordiske land og norske gynekologer var godt representert med 20 deltagere fra Kristiansand i sør til Bodø i nord.

Kongressen var lagt til idylliske Hindsgavl Kongressenter på Fyn og startet tirsdag 2.juni med ulike workshops. Hovedkongressen begynte onsdag morgen og hadde et bredt og variert program.

Første dag ble viet hysterektomi. De fleste land hadde sett en stor endring fra vaginal til laparoskopisk hysterektomi, men alle lot seg merke med at det fortsatt ble gjort mye åpen kirurgi. Der var bred enighet om at hysterektomi bør gjøres laparoskopisk (med eller uten robot) eller vaginalt, man må unngå åpen kirurgi. Det ble diskutert subtotal versus total hysterektomi samt morcellering. Her viste Espen Berner fra Ullevål at LSH var hovedmetode på OUS i stor kontrast til andre sykehus. Morcelleringsdebatten i USA stod naturligvis i sentrum og vi fikk vi høre av Jan Einarsson (Boston) at man nå gjør morcellering i pose eller minilaparotomi mange steder. Det samme fortalte Olav Istre fra København. Trenden går nå mer i retning total hysterektomi for å unngå morcellering.

Det var også bred enighet om alltid å gjøre salpingektomi i forbindelse med hysterektomi for å unngå ny kirurgi på et senere tidspunkt pga hydrosalpinx, cyster eller i værste fall ovarialcancer.

Samme dag var det sesjoner om endometriecancer og urogynekologi. Innen urogynekologi hørte man at det nå legges lite mesh vaginalt pga av komplikasjoner med erosjon og at trenden er å reparere apikale prolaps med laparoskopisk teknikk med eller uten mesh.

Torsdag formiddagen var viet myom. Man presenterte billeddiagnostikk med ultralyd tips, ulike kirurgiske teknikker samt råd om



embolisering og medikamentell behandling. Parallellt med denne sesjonen ble det også holdt en utdanningssesjon hvor Jeanne Mette Goderstad presenterte erfaring fra Norge.

Om ettermiddagen hørte vi spennende innlegg fra Anton Langebrekke, Jørg Keckstein og Marc Possover om endometriose. Parallellt gikk det også en hysteroskopisesesjon hvor Kirsten Hald holdt innlegg om uterine anomalier.

Fredag åpnet man tidlig med et veldig spennende innlegg av Javier Magrina fra Arizona om tarm- og karskader. Guri Majak presenterte under frie foredrag et innlegg om herniering etter gastric bypass under graviditet.



NCGE members have more fun!

Under kongressen ble det avholdt generalforsamling og valg av nytt styre i Nordic Society of Gynecologic Endoscopy (NCGE). Det nye styret skulle bestå av 8 medlemmer; president, visepresident, generalsekretær og et medlem fra hvert av de 5 nordiske land. Her ble Marit Lieng (OUS) enstemmig valgt til President og Ingeborg Bøe Engelsen (Haukeland) ble styremedlem fra Norge. Neste nordiske kongress blir mest sannsynlig slått sammen med Oslo Wintermeeting på Norefjell i mars 2017.

I tillegg til det rent faglige hadde kongresskomiteen lagt stor vekt på at vi skulle ha det hyggelig og skape nettverk på tvers av de nordiske landene. Det var arrangert barbeque første kveld til tross for regn, besøk til gamlehavnen i Midelfart med båttur langs kysten og det hele ble avsluttet med stor middag på Hindsgavl slott.

Fantastisk spennende program, utrolig bra gjennomført og ikke minst veldig hyggelig.

No HYPE!

Av Jone Trovik, KK, Haukeland Universitetssjukehus Foto: Silje Robinson

Overskriften er forkortelsen for The Norwegian Hyperemesis Initiative; en hardtarbeidende organisasjon bestående av hele to personer. En entusiastisk initiativtaker gynekolog Åse Vikanes med doktorgrad i Hyperemesis og rågod til å finne samarbeidspartnere og finansiering, samt gynekolog Jone Trovik (undertegnete) som interesserer seg for hyperemesis og ernæring og så stordriftsfordeler av å legge et møte foran NGF årsmøtet i hjembyen Bergen. Men selv om vi to så verdien av å øke kunnskap om denne tilstand som rammer 1% av alle gravide og er den vanligste årsak til hospitalisering i tidlig graviditet, lurte vi på om mange faktisk ville komme hit og bruke to dager på tema alvorlig svangerskapskvalme?

Javisst! I alt 20 foredragsholdere fra Norge, Nederland UK, USA og Canada takket ja til å bidra med innlegg om epidemiologi, konsekvenser for mor og barn og ulike aspekter av behandling for Hyperemesis Gravidrum (HG). Totalt 75 personer deltok på møtet, hvorav 10 LISer på dag to. Deltagerne kom fra 12 ulike land i Europa/Nord-Amerika og var så definitivt tverrfaglig: gynekologer, epidemiologer/forskere, allmennpraktikere, mikrobiolog, indremedisiner, pediater, fysioterapeut, ernæringsfysiologer, sykepleiere ved ulike gynekologiske avdelinger og pasientrepresentanter (både fra pasientorganisasjoner men også noen som kun representerte seg selv!). 12 poster ble presentert med spekter fra personlige opplevelser til surveys med svar fra over 9000 pasienter.

Katrine Moholt (hun som bl.a leder Skal vi danse) innledet med en gripende beskrivelse av sine tre hyperemesis-svangerskap. Deretter ga professor Gadsby (UK) en historisk oppsummering før vi fikk belyst hormonelle (Vanky), genetiske (Magnus) og mikrobiologiske faktorer (Helicobacter Pylori (Melby) og tarmflora (Eggesbø)) som kunne medvirke til opptreden av HG.

Etter lunsj og posterbesiktigelse ble konsekvenser av HG diskutert: Kan det gi økt risiko for svangerskapskomplikasjoner (Grjibovski), maternelle komplikasjoner (Vikanes) kreft hos barnet (Vandraas) eller kardiometabolsk risiko hos kvinnen (Grooten, Nederland)? Professor Roseboom har sett på konsekvenser av sult i ulike faser av svangerskapet i løpet av krigsvinteren 1944/45 i Nederland og fulgt opp dem som ble født før/under og etter dette.

Underernæring i tidlig svangerskap hadde størst konsekvens for barnas helse senere i livet (jmf. Barkerhypotesen). Mulige paralleller til HG som en tilstand med sult i tidlig graviditet ble trukket frem.

Etter kaffepause ble psykososial byrde (Fejzo, USA) og psykisk sykdom (Maltepe, Canada) ved HG belyst. Pregravid fysisk aktivitet (Owe) og ernæring (Haugen) ble så diskutert. Vi vet dog fortsatt ikke om endring av disse livsstilsfaktorer vil kunne redusere risiko for HG i senere svangerskap.

Deltagerne fortsatte diskusjon/samhandling opp til restauranten på toppen av hotell Ørnen med flott utsikt utover Bergen. Ingen kvalme å spore skal en dømme etter de tomme tallerkener. Kjøkkenet sikret både gluten- og fiskeallergitrygge retter mens koshermat var litt mer utfordrende.

Onsdag kom forsterkninger i form av 10 assistentleger som fikk presentert diagnostikk og bruk av biomarkører (Painter, Nederland) og spørreskjemaer (Koren, Canada; PUQE-kvalmeskjemaets far). Kjekt at han trakk frem den norske oversettelsen (SUKK) som er validert her på Vestlandet til å identifisere alvorlig HG med betydelig risiko for dårlig ernæring. Behandling ble presentert både ved antiemetika og sikkerhetsaspekter (Gadsby, UK), 20 års erfaring fra telefonhjelpesenteret de har i Canada (Maltepe), rehydrering (Trovik) og spennende pågående RCT med tidlig enteral ernæring versus kun intravenøs til HG pasienter (Painter). Den norske pasientorganisasjonen representert ved Ragnhild



Noen av foredragsholderne. Fra venstre; Eszter Vanky, Roger Gadsby (UK), Åse Vikanes, Marlena Fejzo (USA) Per Magnus og Jone Trovik.

Sageng (som også trådte til som utmerket IT support) og Marianne Nore (med baby!) oppsummerte ved avslutningen. Viktighet av helsepersonells forståelse av sykdommen og reell empati ble spesielt trukket frem. Beskrivelsen av isolasjon, stigmatisering og økt depresjon ved å bli lagt på enerom med råd om minst mulig besøk var tankevekkende. Noe vi har gjort i beste mening kan virke helt mot sin hensikt!

Take home message: (til de av dere som ikke var tilstede):

- Hyperemesis gir stor grad av sykdomsfølelse og sykdomsbyrde for affisert kvinner.
- De kan fremby et bilde av "posttraumatisk stress" men ellers ikke økt forekomst av psykisk sykdom når de er ferdig med svangerskapet.
- Å ha hatt hyperemesis i ett/flere svangerskap er den største risikofaktor for å få det i nest graviditet.
- SUKK-skåringsskjema (Finnes i Veileder Obstettrikk, kapittel om hyperemesis) korrelerer med grad av sykdom og dårlig

matinntak mens ketonuri ikke synes å ha sammenheng med alvorlighet av HG.

- Antihistaminer er trygt å bruke. Kvinner som har hatt HG i et svangerskap kan ha nytte av å starte antiemetisk behandling svært tidlig i neste svangerskap.
- Sondeernæring er å foretrekke fremfor total intravenøs (parenteral) ernæring.
- Aktiv omsorg! Ikke la pasienten føle seg forlatt og innestengt, men skjerm dem for sterke lukter (mat og parfyme....).

Takk til alle som deltok, sammen kan vi gjøre en forskjell for fremtidige pasienter!

Takk til Norges Forskningsråd og Nasjonal Kompetansetjeneste for kvinnehelse for midler til å arrangere kongressen. Å kunne møtes og diskutere har sådd ideer for videre arbeid og forskning. Vi håper å få til et nytt møte om to år, kanskje i Amsterdam?

Norge Rundt

Kvinneklubben ved Stavanger Universitetssjukehus

Av Ragnar Sande

Gynekologen vidarefører her sin serie "Norge Rundt", der norske gyn-fødeavdelingar presenterer seg sjølv. Serien er inspirert av tilsvarande føljetong i vårt systerorgan Kirurgen. Innlegga er ein stafett der avdelinga som presenterer seg utfordrar neste avdeling. Kvinneklubben Stavanger Universitetssjukehus overtar stafettspinnen etter Betanien Sykehus Dagkirurgisk Senter i Bergen.

Folk har halde til på Jæren sidan isen forsvann tidleg i eldre steinalder, det er biologisk plausibelt at det har vore fødd barn i området omtrent frå same tid. Lenge gjekk dette imidlertid føre seg utan relevant utdanna personale; fyrst i 1964 vart det oppretta gynekologisk og obstetrisk avdeling ved dåverande Stavanger Sykehus (bilde 1). Kjell W. Skarsten vart fyrste overlege ved avdelinga, hans eskapader skal vi ikkje gå nærare inn på her, desse vart grundig dekkja av intervjuet i Gynekologen nr.2, 2015 (takkk til Kristina Johannessen). I tillegg til Skarsten var det to andre legar tilknytt avdelinga.

I 1982 vart Rogaland Sykehus og Stavanger Sykehus slått saman til Sentralsjukehuset i Rogaland, og gynekologisk og obstetrisk avdeling vart flytta frå sentrum til noverande lokalisasjon på Våland (bilde 2). Fødselstalet har stige jamt i perioden, frå 2000 i 1964, til 3500 gjennom 80-talet og til dagens fødselstal på 5000 fødselar per år.

Kvinneklubben i Stavanger er geografisk så spreidd som det er muleg å få til innanfor sjukehusområdet; det er 300 meter frå gynekologisk poliklinikk til gynekologisk sengepost (bilde 3), og 21 høgdemeter frå fødeavdeling til barselpost (bilde 4). Heldigvis finst der heis for eldre og uføre. Ein skulle tru at nokon har vore uroleg for at avdelinga sine gynekologar ikkje skulle få nok mosjon...

Talet på legar har gått noko opp sidan starten; frå tre legar i 1964 har vi i dag 36 legestillingar og frå våren 2015 går desse i



Bilde 1: Gamle Stavanger Sykehus, der regionen si fyrste gynekologiske og obstetriske avdeling vart oppretta i 1964.



Bilde 2: Stavanger Universitetssjukehus er eit moderne sjukehus i glas og betong med eigen inngang for blodprøvetaking.



Bilde 3: Det eldste bygget på sjukehusområdet er frå 1911, her held delar av Kvinneklubben til.

fire vaktstj. I tillegg har vi eit hundretals jordmødre (bilde 5), sjukepleiarar, kontorpersonale og andre yrkesgrupper. Avdelinga er prega av godt samarbeidsklima mellom ulike yrkesgrupper, særleg mellom jordmødre og legar er det ein gjensidig respekt som ikkje er like sjølvstøtt overalt.

Avdelinga er særleg stolt av det omfattande systematiske kvalitetsarbeidet som har gått føre seg over lang tid. Særleg tidlegare avdelingssjef og divisjonsdirektør Sissel Moe Lichtenberg var ein pådrivar i dette arbeidet, hennar liv og levnet skal vi heller ikkje gå nærare inn på her; ho har vore gjenstand for to omfattande intervju i gynekologen dei siste åra. Eit omfattande kvalitetsarbeid og ei gjennomarbeidd kontinuerleg oppdatert metodebok har sett oss i stand til raskt å møte faglege utfordringar; vi var mellom anna tidleg ute med systematisk reduksjon i bruk av syntocinon under fødsel, og har sett tydelege positive resultat av dette.

Avdelinga sine legar vert venleg, men bestemt administrert av avdelings-overlege Astrid Rygh (bilde 6), og under hennar venger har det blomstra eit miljø med stor takhøgde, kollegialt samhold og legendariske avdelingsfestar. Som ein nyleg konvertert lege i spesialisering (bilde 7) kommenterte: "Slike festar var det aldri på medisn!". Avdelinga sitt husband, Obstetriske Menn, stiller alltid opp og underheld på fest, anten dei er inviterte eller ikkje. Obstetriske Menn hadde nyleg sitt nasjonale gjennombrøt i samband med Norsk Gynekologisk Forening sitt årsmøte i Bergen, men har framleis hovudfokus på sitt heime-publikum. Trommeslagar og



Bilde 4: Morgonmøtet for legar på Kvinneklubben i øverste etasje i sjukehuset sin høgaste bygning. Utsikta er upåklageleg.



Bilde 5: Ein kvinneklubben er ikkje berre legar; vi har mellom anna tilsett eit hundretals jordmødre. Desse er alle like blide og entusiastiske som dei to på bildet, med eigen inngang for blodprøvetaking.



Bilde 6: Då avdelinga vart oppretta i 1964 var her tre legar. No er vi noko fleire. Avtroppande vaktteam nærast i bildet; derfor dei trøytt tryna.



Bilde 7: Her skulle vi eigentleg hatt eit bilde av Bent Fiane, for å illustrere avdelinga sin lange tradisjon og faglege tyngde. Fiane nekta imidlertid plent å la seg avfotografere. I staden har vi derfor eit bilde av Erica Hove, for å illustrere at vi har eit ungt og dynamisk miljø.



Bilde 8: God stemning under kveldsvaktstifte i gynekologisk ekspedisjon. Frå venstre: Birgitte Midhaug Eide, Daniella Judit Rozsa, Åsta Eir Eymundsdottir og Kathinka Hødal Retz.

nyleg tilsett avdelingsjef og PhD, Torkildsen (bilde 6), overser det heile med føtene på jorda og blikket retta mot horisonten. Over han igjen har vi divisjonsdirektør Garsjø, vi er i ein felles divisjon med barneklubben, originalt nok kalt "kvinne-barn divisjonen". Dette fostrar eit godt samarbeid med barnelegane, noko særleg avdelinga sine små og store obstetrikarar nyt godt av.

Avdelinga fungerer som desentral praksisplass for medisinstudentar frå Bergen, og har i samband med dette tre vitskaplege stillingar tilknytt Universitetet i Bergen. Det foregår mykje og god forskning ved avdelinga; siste fem år har det utgått fem PhD-grader frå avdelinga, med ytterlegare to som disputerer om kort tid. Dessverre har vi ikkje klart å halde på den akademiske kompetansen; ingen av doktorane som har disputert ved avdelinga er pr. i dag i klinisk arbeid ved kvinneklubben i Stavanger. Avdelinga fungerer såleis som netto eksportør av akademisk kompetanse, til glede for sjukehus som har behov for dette, til dømes St. Olav og Kristiansand. Vi har imidlertid svært mange unge engasjerte forskarar, og vi er sikre på at vi skal kunne stille med nødvendig fagleg personell den dagen nokon bestemmer seg for å opprette medisinsk fakultet ved universitetet i Stavanger.

Litt tal: Vi har som nemnt 5000 fødselar i året, i tillegg har vår obstetriske seksjon 3800 18-vekers rutineultral lydundersøkingar (diskrepansen her skuldast at ein del av desse undersøkingane

foregår ved private spesialistar). Vidare 6000 polikliniske obstetriske konsultasjonar og 1200 liggedøgn på vår observasjonspost for gravide. Vi er eit av seks nasjonalt godkjende senter for prenatal diagnostikk, og vår avdeling for nyfødd intensivbehandling (den er eigentleg ikkje vår, det er barnelegane sin) tar i mot preterme barn frå veke 23+0. Gynekologisk seksjon har ca 10 000 polikliniske konsultasjonar årleg, 1250 operasjonar og 3000 liggedøgn på gynekologiske postar. Vi har eigen robot (det vil seie, den er ikkje berre vår, urologane har også aksjar i den), ein velfungerande seksjon for gynekologisk cancer som inngår i det regionale samarbeidet om desse tilstandane, og vi har høg kompetanse på laparoskopisk kirurgi, mykje takk vere Caroline Ravndal som har tatt ein master i dette.

Avslutningsvis vil vi nytte høvet til å ønske unge og eldre kollegaer velkomne til å søke seg til vår avdeling, her fins som nemnt godt fagleg og sosialt miljø (bilde 8), høve til forskning og undervisning, i tillegg til at ein kan bu i ein rasande flott og triveleg by, der husa i det siste har blitt usannsynleg billeg...

Vi takkar for at vi fekk lov til å presentere oss, og leverer med dette stafettspinnen vidare i Norge Rundt-serien. Vi utfordrar gynekologisk og obstetrisk avdeling ved Hammerfest Sykehus til å presentere seg i neste nummer av Gynekologen. Ingrid Petrikke, tar du utfordringa?

NÅ HAR VI STYRKET SORTIMENTET MED NYHETEN TACHOSIL PRE-ROLLED



TachoSil er en ferdig kombinasjon som sikrer både hemostase og vevsforsegling.

TachoSil trenger ikke å blandes, er rask og enkel i bruk og forsegler både væske og luft.¹



TachoSil "Takeda Nycomed"

Lokalt hemostatikum

ATC-nr.: B02B C30

MATRIKS TIL VEVSLIM: Hver cm² inneholder: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsulfat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin (E 101). **Indikasjoner:** Til voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforsegling og for suturstøtte ved karkirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige. **Dosering:** Skal bare brukes av erfarne kirurger. Voksne: Antall enheter som anvendes bør alltid være i samsvar med underliggende klinisk behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 matriser (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved kikkhullskirurgi, anbefales matriser av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3 cm x 2,5 cm) eller den ferdigrullede (4,8 cm x 4,8 cm). Spesielle pasientgrupper: Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. utilstrekkelige data. Tilberedning/Håndtering: For instruksjoner vedrørende håndtering før bruk, se pakningsvedlegg. Administrering: Kun til epilepsjonell bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Se pakningsvedlegg for instruksjoner vedrørende administrering. Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnr. hver gang preparatet benyttes. **Kontraindikasjoner:** Intravaskulært bruk. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Data for anvendelse ved nevrokirurgi eller gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner (utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi) kan oppstå. Dersom disse symptomer oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod/plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivisering/fjerning av virus under produksjonen. Til tross for dette kan en ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses effektive mot kappede virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erytropoiesis (f.eks. hemolytisk anemi). **Interaksjoner:** Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet. **Graviditet, amming og fertilitet:** Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Skal ikke administreres til gravide og ammende, hvis ikke

strengt nødvendig. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Øvrige: Feber. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Immunsystemet: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner (inkl. alvorlig anafylaksi) kan oppstå i sjeldne tilfeller. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemidlet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Antistoffer mot innholdsstoffene i fibrinpreparater til sårlukking/hemostatika kan forekomme i sjeldne tilfeller. Svært sjeldne ($< 1/10\ 000$): Hjerte/kar: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme ved utilsikket intravaskulær administrering. **Overdosering/Forgiftning:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Lokalt hemostatikum. Inneholder fibrinogen og trombin som et tørket belegg på overflaten av en kollagenmatrise. Den aktive siden er farget gul. Virkningsmekanisme: Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdsstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i såroverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomere som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagenmatriksen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limeegenskaper som bidrar til å lukke såret. Metabolisme: Fibrinkoagellet metaboliseres som endogen fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagenmatriksen degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 13 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten tegn til lokal irritasjon. Nedbrytningen ble forbundet med infiltrering av granulocytter og dannelse av resorptiv granulasjonsvev som kapsler inn de nedbrutte restene av TachoSil. Ingen bevis for lokal intoleranse er sett i dyrestudier. Fra erfaringen hos mennesker, har det vært isolerte tilfeller hvor rester ble observert som tilfeldige funn uten tegn på funksjonell svekkelse. **Andre opplysninger:** Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger. **Pakninger og priser pr 08.05.2015**

TachoSil, MATRIKS TIL VEVSLIM:

3 x 2,5 cm: 1 stk. 601,10 5 stk. 2840,50
4,8 x 4,8 cm: 1 stk. 1805,70 (ferdigrullet) 2 stk. 2981,90
9,5 x 4,8 cm: 1 stk. 2714,50

Referanser

1. TachoSil SPC avsnitt 5.1, 16. april 2015, www.legemiddelverket.no