

27-4  
2014

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## INNHOLD

- Intervju med Bjørn Backe s. 6 ■ Mødrehelse i Gambia s. 11
- Rapport fra Årsmøte 2014 s. 27 ■ Gi kniven videre s. 40





# Misodel™

## MISOPROSTOL VAGINAL INSERT



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

**Misodel «Ferring Legemidler AS»** Prostaglandin. ATC-kode: G02A D06. VAGINALINNLEGG 7 µg/time: **Hvert vaginalinnlegg inneholder:** Misoprostol 200 µg (avgir 7 µg/time i løpet av 24 timer), kryssbundet hydrogelpolymer, butylert hydroksyanisol. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel hos kvinner med umoden cervix, fra uke 36 i svangerskapet, hvor induksjon er klinisk indisert. **Dosering: Voksne:** Maks. anbefalt dose: 1 vaginalinnlegg. Skal tas ut når fødselen er i gang, dersom uteruskontraksjonene er langvarige eller for kraftige, dersom barnets liv er i fare eller det har gått 24 timer siden innsetning. Dersom vaginal innlegg faller ut, skal det ikke erstattes. Ved påfølgende administrering av oksytocin, vent minst 30 minutter etter at vaginalinnlegget er tatt ut. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med opplæring innen obstetrikk på sykehus med tilgjengelig utstyr for kontinuerlig føtal og uterin overvåking. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye etter innsetning. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsetning. Opptining er ikke nødvendig. Åpne posen ved å rive ved merket langs toppen. Saks kan ødelegge uttakingssystemet. Plasseres vaginalt i bakre fornix, og vendes 90° slik at det ligger på tvers. Vannløselig glidemiddel kan brukes. Ved innsetning vil det øke i størrelse 2–3 ganger og bli bøyeelig. Etter innsetning kan tråden klippes av med saks, men påse at det er tilstrekkelig tråd igjen på utsiden av vagina for fjerning. Pasienten må bli i sengen i 30 minutter. Påse at Misodel ikke fjernes ved toalettbesøk eller undersøkelser. Tas ut ved å dra i tråden. Vaginalinnlegget må aldri fjernes fra uttakingssystemet. Etter uttak, påse at både innsetnings- og uttakingssystemet er fjernet. Se pakningsvedlegg for ytterligere informasjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om eller bevis på at barnets liv er i fare før induksjon. Dersom oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er gitt. Ved mistanke eller bevis på arveavhengige tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. hjerteformet livmor). Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie. Tegn eller symptomer på korioamnionitt, med mindre behandling er gitt. Før uke 36 i svangerskapet. **Forsiktighetsregler:** Kan føre til overdreven uterin stimulering dersom det ikke fjernes før fødselen er i gang. Fjernes ved langvarige eller unormalt kraftige kontraksjoner, eller dersom det foreligger bekymring for mor eller barn. Dersom kraftige kontraksjoner vedvarer etter uttak bør tokolytisk behandling vurderes. Ved preeklampsi bør bevis eller mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen data finnes ved alvorlig preeklampsi eller hull på fosterhinnen >48 timer før innsetning. Ved positiv streptokokk gruppe-B status som krever profylaktisk antibiotikabehandling, bør tidspunkt for antibiotikabehandling vurderes nøye for å oppnå adekvat beskyttelse. Hvis oksytocin gis, skal innlegget først tas ut, og deretter skal en vente minst 30 minutter før oksytocin gis. Misodel er kun undersøkt i svangerskap med 1 foster i hodeleie. Er ikke undersøkt ved multiple svangerskap eller ved >3 tidligere vaginalfødsler etter uke 24 i svangerskapet. Forsiktighet utvises ved modifisert «Bishops score» (mBS) >4. En påfølgende dose utover maks. dose anbefales ikke pga. manglende data. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved industert fødsel (fysiologisk eller farmakologisk metode). Butylert hydroksyanisol kan forårsake hudreaksjoner eller irritasjon i øyne og slimhinner. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er kontraindisert pga. økt uterotonisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet, amming og fertilitet:** 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 ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Hjerte/kar: Føtal hjerterytmesykdom (føtale hjerterytmeforstyrrelser, føtal bradykardi, føtal takykardi, fravær av normal variasjon av ukjent årsak, nedsatt føtal hjerterytme, føtal hjerterytmedeselerasjon, tidlige eller sene deselerasjoner, variable deselerasjoner, forlengede deselerasjoner). **Svangerskap:** Unormal fødsel som påvirker fosteret (uterin takysystole eller uterin hypertonus med føtal hjerterytmesykdom). Mekonium i fostervann. Unormale uteruskontraksjoner (uterin takysystole). Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ): **Gastrointestinale:** Kvalme, oppkast. **Hud:** Utslett. **Kjønnsorganer/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 pg/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, priser og refusjon: 5 stk. (folieposer) kr 6 489,10. Sist endret: 14.05.2014

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

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

## Ansvarlig redaktør

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

## Redaksjonsmedlemmer

Johanne Holm Toft  
LIS, Stavanger Universitetssykehus  
E-mail: johanne.holm.toft@gmail.com

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

Guri B. Majak  
stipendiat, UiO  
E-mail: gurifb@hotmail.com

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

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

## Nettredaktør

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

## Design/layout

Cecilie Rott  
Centrum Trykkeri AS  
E-mail: cecilie@centrum-trykkeri.no  
Tlf: 94 00 04 73

## Annonsansvarlig

Kjell O. Hauge  
Akuttjournalen Arena AS  
E-mail: koh@akuttjournalen.com  
Tlf: 932 41 621

## Forsidefoto

Ragnar Sande

## GYNEKOLOGEN på internett

[www.legeforeningen.no/ngf](http://www.legeforeningen.no/ngf)

## Materiellfrister 2015

nr 1; 15. februar  
nr 2; 15. mai  
nr 3; 15. september  
nr 4; 15. november

# Innhold

|  |  |
|--|--|
| ■ <b>Redaktøren</b>  | 4  |
| ■ <b>Leder</b>   | 5  |
| ■ <b>Intervju</b><br>Bjørn Backe - Obstetrikker med sidespesialisering   | 6  |
| ■ <b>Artikkel</b><br>Gambia, mødrehelse og langvarig arbeid<br>Mors alder og akutt operativ forløsning<br>blant lavrisikokvinner<br>Slik hjelper du kvinner med manglende<br>eller sjelden eggøsning<br>Landsforeningen for Kvinner med Bekkenløsningsplager | 11<br>13<br>14<br>16                         |
| ■ <b>Hormonhjørnet</b><br>Swyer syndrom (46 XY)  | 18   |
| ■ <b>Debatt</b><br>Går Norge baklengs inn i fremtiden?<br>Promoting safe motherhood in Pakistan  | 19<br>20                                     |
| ■ <b>Årsmøte</b><br>Referat generalforsamling NGF<br>Referat formøte NUGG<br>Referat formøte Internasjonal kvinnehelse<br>Referat formøte PSL<br>NGF Årsmøte<br>Fem på festmiddag<br>Hederspriser<br>Gunnar Økland   | 21<br>24<br>25<br>26<br>27<br>30<br>31<br>35 |
| ■ <b>FUGO</b><br>Leder<br>Generalforsamling<br>Dear O&G trainee<br>Gi kniven videre  | 36<br>37<br>39<br>40                         |
| ■ <b>Utdanning, kurs og møter</b><br>Det lønner seg å trene!<br>Koloskopikurs<br>Utdanningskongress i København<br>Møter/kurs<br>Onkologisk forum 2014<br>Get together på Rockheim   | 44<br>45<br>47<br>48<br>51<br>52             |
| ■ <b>Helt til slutt</b><br>Gynekologen anbefaler bøker   | 54   |

## Styret i Norsk gynekologisk forening 2014-2015

|                        |                          |                               |                                     |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Leder                  | Jone Trovik              | Haukeland Universitetssykehus | jone.trovik@helse-bergen.no         |
| Nestleder              | Stine Andreasen          | Nordlandssykehuset Bodø       | stine.andreasen@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       |

- Agnete Lund
- Overlege/Stipendiat, Helse Bergen HF
- agn.lund@online.no

# Oppmålingen av verden



I sommer leste jeg Daniel Kehlmanns bestselger, "Oppmålingen av verden". Her beskrives to av 1800-tallets viktige vitenskapsmenn, Humbolt og Gauss. De vikler seg inn i maktspill og foretar strabasjose reiser som setter liv og helse i fare. Kartene over nyvunnet terreng skal for enhver pris tegnes opp!

I Morgenbladet ble boken omtalt som konseptuell slappstick. Og visst kan vi le av datidens utdaterte metoder. Men sannheten er at dagens vitenskap strever med utfordringer slående lik de som skildres i boken. Fortsatt er det mye som skal måles. Og resultatet bør som kjent være slik at kartet stemmer med terrenget, ikke motsatt. Blant gynekologer er det oppmålingen av fosteret som fortsatt skaper debatt.

Kan Helsedirektoratet vedta at et foster med BPD 42 mm alltid har alderen uke 18 +0? Det vil som oftest stemme bra. Men fosteret har bare én sann alder - som kan være eldre eller yngre enn vår modell tilsier. Vi kan ikke endre dette "terrenget" - selv om vi ønsker standardisering. Som klinikere må vi være villige til å tegne et nytt kart for hver pasient, hvert foster.

I Trondheim ble direktoratets utspill om beregning av fosteralder og termin diskutert. Årsmøtet tok med hell opp flere krevende og aktuelle saker, som seinabort. Møtet ble en faglig vitamininnsprøytning - både abstracts og postere holdt høy kvalitet. Dessuten fikk vi luftet finklær og svingt oss på høye hæler. I Gynekologen finner du referat, med bilder og beskrivelser av et

meget vellykket arrangement!

”Blame free audit” var et annet viktig tema. Vedlagt denne utgaven er vi så heldige å få rapport fra Auditgruppen for maternelle dødsfall, ledet av Siri Vangen. De presenterte noen av sine funn på vårmøtet i Tromsø. Nå får alle tilgang til dette viktige arbeidet. Hva dør fødekvinne av i Norge? Hva kan vi lære av disse sakene? Når noe er sjelden er det desto viktigere å analysere hvert kasus og dele innsikten med andre.

Dessverre er svangerskap og fødsel betydelig mer risikofylt i andre deler av verden. Det er en ambisjon at vi har med noe om internasjonalt arbeid i hver utgave. Takk

til Johanne Sundby som deler erfaringer fra sitt mangeårige arbeid i Gambia. Dessuten har vi ny fast spalte – Hormonhjørnet! Og så hender det at kolleger/organisasjoner tar kontakt med oss for å få noe på trykk. Fortsett med det! Vi deler gjerne stoff som er relevant innen vårt brede fagfelt.

Ragnar Sande har skapt den vakre forsideillustrasjonen og han anbefaler helt til slutt å lese (eller bruke til andre formål...) Turnbulls Obstetrics. Jeg anbefaler "Oppmålingen av verden" - og selvsagt Gynekologen. Ta deg tid med godt lesestoff og ha en riktig fin jul!



Gynekologens utsendte journalist, Dr. Sande, sikret seg de flotteste damene på årsmøtet.

## Kjære kolleger



**T**akk til alle som bidro til at årsmøtet ble den gode faglige så vel som sosiale samlingsarena for oss gynekologer. En helt privat og upublisert survey blant deltagende industrisponsorer (som jo treffer langt bredere fagfellesskap en bare oss...) bekreftet min hypotese

om at gynekologene er en hyggelig spesialitet å være på møte og fest med. Fyldigere referat fra årsmøtet finner dere annet sted i bladet.

**N**oe som ikke er hyggelig er hvordan Helsedirektoratet har håndtert problemstillingen aldersberegning og terminfastsettelse. Ultralydprediksjon er et av kapitlene i vår veileder som etter en grundig prosess er blitt revidert i vår. Nå nå Helsedirektoratet ved pressemelding 16.10 uttaler at de anbefaler en spesiell ultralydmetode (eSnurra) som landsdekkende metode skulle man tro at det var etter en tilsvarende grundig prosess rådført med nasjonal fagmedisinsk forening (NGF), ultralydmiljøer (naturlig representert ved forfatterne til Veilederkapittelet) eller svangerskapsomsorgsutvalg (Fagråd for svangerskaps- fødsels- og barselomsorg) for å gi god legitimitet? Nei, ingen av disse har blitt kontaktet for å bistå Helsedirektoratet i å vurdere dette. I følge pressemeldingen har også Kunnskapscenteret vurdert de to ultralydmetodene. Dette gjenfinnes dog ikke som noen publikasjon/rapport/notat eller omtale av forskningsresultater på Kunnskapscenterets hjemmesider ([www.kunnskapscenteret.no](http://www.kunnskapscenteret.no)).

**S**tyret oppfatter prosessen der HDir tilsidesetter våre velfunderte faglige retningslinjer som så provoserende at vi måtte orientere NGFs Generalforsamling. Heller ikke der fremkom hvem HDir hadde rådført seg med, enten var de ikke tilstede eller ville ikke selv stå frem og forklare/forsvare dette.

**D**et er dessverre ikke første gang HDir overkjører fagmiljøet; diktat om overtidsretningslinjer er et annet grelt eksempel.

**V**i har kommunisert med HDir og bedt om møte, dette er blitt lovet men i skrivende

stund er det ikke berammet (nå 30 dager etter pressemeldingen).

**A**bort har vært et hett tema gjennom 2014 med fastlegers reservasjonsrett, selektiv fosterreduksjon, organisering av landets abortnemnder og innskjerping av rett til innvilgelse av abort innenfor 21+5. Dette ble derfor et naturlig valg for fagpolitisk debatt på årsmøtet. Prinsipielt mener NGF at det ikke egentlig er hjemmel for en slik innskjerping pr i dag da lovens §2 allerede presiserer at abort ikke kan innvilges hvis «det er grunn til å anta at fosteret er levedyktig». Pr i dag er det ikke sannsynlig at et foster er levedyktig før 23. uker. Gjennomgang av de syv saker fra 2012 som ble meldt avbrudt etter 22 uker viser at nemdene praktiserer innenfor en allment ansett levedyktighetsgrense; ingen av fostrene innvilget avbrudt etter 22 uker ble ansett som levedyktige.

**E**bola er en særst alvorlig epidemi som har rammet flere Afrikanske land. Våre myndigheter oppfordrer norske helsearbeidere til innsats. Som nevnt i forrige leder; takk til dem som velger å bidra med arbeid i vanskeligstilte land og til arbeidsgivere som gir permisjon.

**H**eldigvis er det også gode helsenyheter fra utviklingsland; det er faktisk holdepunkt for at forekomst av obstetriske fistler er synkende (fremlagt på International Society Of Fistula Surgeons kongress i Kampala oktober 2014). Samt at HPV vaksinasjon lar seg gjennomføre vel så godt blant aboriginere og i Afrikanske landsbyer som i vestlige forsteder hvis man allierer seg med nøkkelpersoner lokalt. WHO rådgiver R. Sankaranarayanan presenterte oppløftende visjoner på International Gynecologic Cancer Society kongress i Melbourne november 2014; hvis man får en ordentlig god dekning av HPVvaksine og et bedre screeningtilbud ser en for seg en tilnærmet utrydning av cervixcancer. Dette hadde vært et millenniumsmål å være stolt av!

**F**lere gode (om enn lokale) nyheter; vårmøtet er i godt gjenge. Vi blir ønsket hjertelig velkommen i Kristiansand 23.-24 april under mottoet «Keep calm and be happy together» med temaer spennende fra sexologi, livsstil og «når noe går galt» (med eller uten sammenheng seg i mellom) til gynekologisk cancer. Vi sees!

### NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

#### Stan-gruppen

Tore Henriksen, Branislava(Branka) MYli, Torunn Eikeland, Jørg Kessler, Berit Lunden Hustad

#### Laparoskopiutvalget

Klaus Oddernes (leder), Stine Andreasen, Guri Majak, Jostein Tjugum.

#### Nettredaksjonen

Mette Løkeland

#### Gynekologen

Agnethe Lund (red), Irina Eide, Guri B. Majak, Magne Halvorsen, Ragnar Sande

#### Kvalitetsutvalget

Rolf Kirschner (leder), Anny Spydslaug, Runa Aabø, Anne Dørum, Pål Øian

#### FUGO

Marte Myhre Reigstad, Olav Nordbø, Tiril Tingleff, Åsmund Mjøen Iversen, Helene Peterson, Silje Eilertsen Denstad, Johanne Holm Toft

#### NPE-komiteen

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

#### Andre relaterte instanser:

#### Spesialitetskomiteen

Trond Melbye Michelsen (leder), Jeanne Mette Goderstad (nestleder), Ingeborg Bøe Engelsen, Knut Hofft Kierulf, Hilde Sundhagen (PSL), Yngvild Skåtun Hannestad (vara), Marte Myhre Reigstad (LIS), Camilla Rørslett Klevela (vara)

#### EBCOG (For 2012-2014)

Knut Hordnes, Martin Andresen (PSL/NGF), Rolf Kirschner (EXEC)

#### NFOG

Jone Trovik

#### Styret i NFGO

Leder: Anne Dørum (OUS)  
 Vara: Tone Skeie-Jensen (OUS)  
 Sekretær: Rita Steen (OUS)  
 Nestleder: Kathrine Woie (HUS)  
 Vara: Marta Eide (HUS)  
 Styremedlem: Solveig Tingulstad (St.Olav)  
 Vara: Elisabeth Ataya (St.Olav)  
 Kasserer: Anne Beate Vereide (UNN)  
 Vara: Anne Hanson (UNN)  
 Styremedlem: Bent Fiane (ikke UiS)  
 Vara: Jostein Tjugum (ikke UiS)

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

## *Bjørn Backe* - **Obstetriker med sidespesialisering**

**Babyboomgenerasjonen har gitt oss ei rekke framtrekande fagpersonar innafor vårt felt, mange av desse er i våre dagar ved slutten av karrieren. Gynekologen vil i ein serie artiklar intervju nokre av desse. Med det ynskjer vi å takke for innsatsen, kaste eit historisk blikk tilbake og ikkje minst nytte høvet til å hauste av erfaringane desse har gjort seg gjennom eit langt yrkesliv. Denne gongen er det Bjørn Backe som deler av sin visdom.**



*Bjørn Backe som rutinert klinisk ved St. Olavs Hospital.*

### **Fortel fyrst litt om oppveksten din?**

Ja, jeg er jo en landsens gutt fra Hedemarken, så jeg er født og oppvokst i Ringsaker, i Brumunddal. Jeg regner meg fortsatt for å være hedemarking selv om jeg har bodd dobbelt så lenge i Trondheim, det er pussig det der... I Brumunddal var det

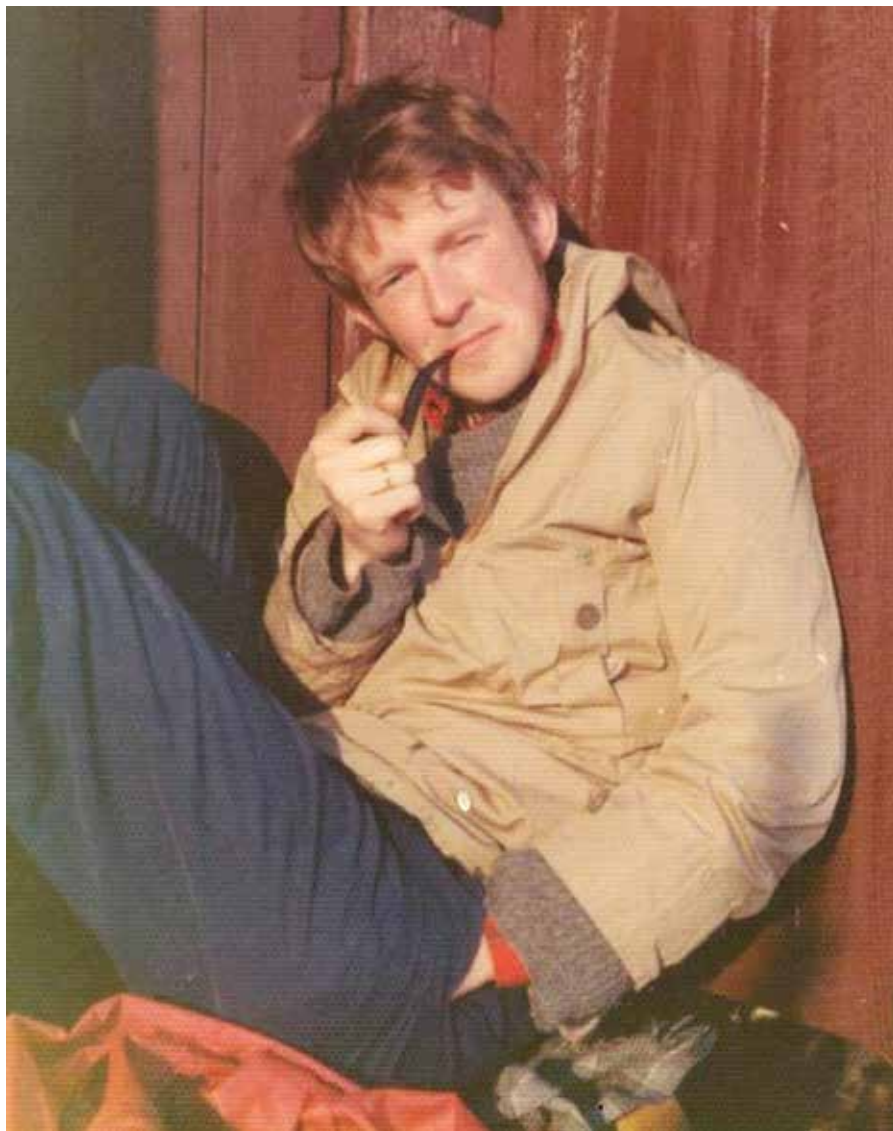
noen store bedrifter, det var en plass med et veldig klasseskille. Det var arbeiderne, funksjonærene og så var det bøndene, grunneierne, som var adelen. Bøndene kunne være store eller små, men var du altså bonde, var det noe helt annet enn om du var arbeider eller funksjonær. Alf Prøysen har skrevet mye dyptpløyende sosiologisk om samfunnet på Hedemarken.

Jeg var altså født og oppvokst i Brumunddal, mora min var jordmor og faren min var lege, allmennpraktiker. Han døde da jeg var elleve år, og da begynte mora mi å jobbe igjen på sjukehuset på Hamar. Jeg tok artium i Brumunddal og var ganske opptatt av andre ting i innspurten på gymnaset, russeavis og sånne ting, så det endte opp med at jeg måtte dra til Østerrike, til Wien, for å studere, jeg fikk altså ikke studieplass i Norge.

### **Wien, det var vel ikkje ille?**

Nei, tvert imot, jeg har aldri angret på at

jeg dro til utlandet. Flere av de jeg studerte sammen med ble gynekologer. Jeg dro til Wien i januar 1967 og tok første avdeling der, og dro til Würzburg i Tyskland i 1970 for andre avdeling. Vi jobbet i alle ferier, vi hadde ganske lange perioder med forelesingsfri både sommer og vinter. Det gav oss god anledning til å jobbe på sykehus, og jeg tror det gav oss en veldig bra utdanning. Jeg jobbet på sykehuslaboratorier før jeg kom i klinikken, så jobbet jeg på psykiatriske sykehus og somatiske sykehus i Norge, Sverige og Danmark. Dette gjorde jeg i alle ferier med unntak av den siste sommerferien før Statsexamen, og dette gav en veldig bra praksis. Det å komme tilbake til studiestedet etter endt ferie, treffe andre og utveksle erfaringer, fortelle hva vi hadde opplevd, hva vi hadde sett og gjort, det var veldig morsomt og lærerikt. Studiet var kanskje tørt med mye forelesninger og lite klinikk, men det ble veldig kompensert ved all feriejobbingen.



Bjørn Backe på 60 tallet då han mellom anna røykte pipe.



Bjørn Backe og hustru attende i Innerdalen noko seinare.

Mitt store ideal i studietida var å bli allmennlege i grisgrendte strøk. Dette er jo ganske lenge siden, den gangen lå allmennpraksis nede, eller drev og reiste seg fra ruinene, og det var noen sentrale skikkelser, noen fyrstårn av noen allmennleger rundt omkring som jobbet for å trekke dette faget fram i lyset. Kringlebotnkomiteen laget en stor utredning om allmennpraksis, jeg leste med interesse og var på flere seminarer om komiteens innstilling, og ble veldig tent på allmennpraksis. Dette var på 70-tallet, hvor mange var opptatt av å frelse verden. Jeg var jo student i 1968. Studentopptøyene i Europa i 1968 og utover startet faktisk i Wien. Det hele startet med at keiseren av Persia, med sin kone Farah Diba kom til Wien for årlig legekonsultasjon. Den gangen var Iran et CIA-støttet diktatur med sjahan, som kronet seg selv til keiser, som enehersker. De hadde et hemmelig politi, som blant annet drev heftig overvåking av de iranske studentene som var i utlandet, for eksempel i Wien. Det ble ganske store demonstrasjoner mot keiseren, som førte til at universitetet ble stengt et par dager. Så dro keiseren videre til Berlin, der ble det enda større demonstrasjoner, og i forbindelse med det skjøt politiet en student og dermed eskalerte hele greia. Det var stor generell misnøye blant studentene den gang når det gjaldt studieopplegget. Universitetene var veldig autoritære, og det at man fikk demonstrert en slik veldig klønede og autoritær måte å håndtere demonstrasjoner på, gjorde altså at misnøyen bare eskalerte. Det var en interessant tid å være student i Europa. Dagens studenter er merkelig lite kritiske.

**Var du sjølv ute i gatene i Wien og demonstrerte, eller var du flittig student og sat på lesesalen?**

Nei, jeg skal ikke skryte på meg noen karriere som demonstrant, jeg var en flittig student. Jeg observerte og har i ettertid tenkt mye over hva det egentlig var vi med på å oppleve. Det var en interessant tid. En artig bieffekt av å være i utlandet var at jeg ble helt fremmed overfor den der AKP-rørsla som dominerte norsk politikk. Det var noe helt sært og norsk, fremmed og helt uforklarlig som vi bare ble konfrontert med når vi var hjemme.

Jeg ble ferdig i Tyskland i 1973, tok tilleggskurs høsten 1973 og startet turnus i 1974. Siste sommeren før jeg tok eksamen var EF-sommeren 1972, da tok jeg fri, og var blant annet på klatrekurs i Innerdalen (Figur 2), og der traff jeg ei jente fra Trondhjem. Det førte til at straks jeg var ferdig i Tyskland, og ferdig med tilleggskursene høsten 1973, fikk jeg ordna meg jobb i Trondhjem, på Sentralsjukehuset. På gynekologisk og fødeavdeling var det en assistentlege, Torbjørn Saltveit som nå er pensjonert sjef i Haugesund, som skulle ha militærtjenesten sin, så der var det ledig et vikariat. Så da ble jeg assistentlegevikar i noen måneder før turnustjenesten. Det gjorde nok at jeg fikk smaken på gynekologi og obstetikk. Det var en veldig lærerik tid. Jeg ble straks opplært til å gjøre aborter og utskrapninger, og så tilbrakte jeg tre måneder på skrapestua.

### **Kvar hadde du din turnus?**

Jeg hadde sykehusturnus i Molde, og distrikt i Eidsvåg i Romsdal, deretter militærtjeneste.

### **Og så tok du din spesialisering...**

Etter militæret havnet jeg på kirurgisk avdeling på Stokmarknes sykehus, og var der i to og et halvt år. Jeg ble ganske tent på kirurgi, og ville jobbe som generell kirurg på et lite sykehus i utkant Norge. Men jeg fant fort ut at jeg måtte lære meg mer obstetikk, for det var det skumleste vi drev med. Det var kirurgene som tok seg av obstetikk på Stokmarknes den gangen, det var standard på småsykehus. Jeg opplevde at jeg ikke hadde nødvendig kompetanse, så da det var aktuelt å flytte fra Stokmarknes, var jeg så heldig at jeg fikk jobb på gyn og fødeavdelingen i Trondheim. Der skulle jeg ikke være lenge, men jeg ble etterhvert spesialist i gynekologi og obstetikk med sideutdannelse i anestesi. Anestesi synes jeg var så gøy at jeg holdt på å konvertere, jeg drømte lenge om å gjøre unna begge spesialitetene, men fant til slutt ut at det ble litt meget. Anestesi er anvendt fysiologi, og det halvåret på anestesi har jeg hatt veldig mye glede av seinere.

### **Du må ha møtt eindel av dei store i generasjonen før deg. Fortel litt om dei?**

Jeg er ingen heltedyrker. Men mitt store

forbilde her i Trondheim er uten tvil Thomas Knoff, som var en stor kliniker. Han var alltid veldig høflig, korrekt og forekommende overfor pasienter, og personale. Hans pasientholdninger var helt forbilledlig, og hans kliniske teft var sagnomsust.

En annen skikkelse som jeg aldri blir helt ferdig med er Karl Erik Larsen, en pediater, som jobbet i Trondhjem. Nyfødttmedisin er et ungt fag, som utviklet seg på 70-tallet. Før det var sjansene for prematurt fødte barn dårlige. Det var lite kunnskap, lite utstyr og liten kompetanse og liten satsing på premature. Karl-Erik Larsen var instrumentell i å utvikle perinatalmedisin som fag i Trondhjem og Norge. Han hoppet av sin kliniske karriere for å forske, og gjorde blant annet en perinatal audit av alle perinatale dødsfall i fem norske fylker. Om lag en tredjedel av disse dødsfallene kunne ha vært unngått. Dette førte til at det ble etablert perinatalkomiteer i alle norske fylker, dette er videreført av HF'ene. Han viste også at perinatal dødelighet i Norge hadde hatt en langt dårligere utvikling enn i Sverige og Danmark fra 1950-tallet og utover, slik at det årlig døde et par hundre barn perinatalt i Norge, som ikke hadde dødd hvis de hadde blitt født i Sverige. Årsaken var dødfødselsratene, som var mye høyere i Norge. Dette førte til at søkelyset ble satt på svangerskapsomsorgen i Norge, som ble gjenstand for en utredning (NOU 1984:13 Perinatal omsorg i Norge) laget ved NIS.

Jeg var inspirert av Larsen og professor i epidemiologi Leiv Bakketeig, de var begge tilknyttet Norsk institutt for sykehusforskning. Så da det ble en forskerstilling ledig på dette instituttet søkte jeg, og fikk den faktisk. Jeg var fersk spesialist i 1984, og hadde en sommer hvor jeg lurte på hva jeg skulle bli når jeg ble stor. Jeg syntes livet var stort sett preget av rutinearbeid. Jeg hadde skrevet fire-fem artikler på det tidspunktet, og syntes det var morsomt å skrive. Jeg har alltid likt å uttrykke meg skriftlig. Det får du i liten grad anledning til som klinisk aktiv lege, du snakker til en diktafon eller en talegjenkjenningsdings. Du får i liten grad anledning til å formulere deg skriftlig, med mindre du blir journalist i Gynekologen. Men jeg har altså alltid likt å uttrykke meg skriftlig, og vurderte en tid om jeg skulle bli journalist da jeg gikk på gymnaset.



*Bjørn Backe som nyslått doktor i 1994.*

Så den sommeren hvor jeg lurte på om resten av livet skulle bli rutine, dukket det opp en stillingsannonse fra Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) og jeg fikk fast jobb for første gang. Jeg var den første legen i full forskerstilling på NIS. Det var en gøy tid, jeg jobbet faktisk der i seks år, og var da ute av klinikken. Det var mange ressurssterke folk ved instituttet den gang, et flott miljø. Jeg jobbet med mange morsomme ting, for eksempel dro vi i gang medisinsk teknologivurdering som fag, og vi holdt en serie spennende konsensuskonferanser hvor vi ikke nølte med å ta opp vanskelige temaer. Jeg hadde for eksempel ansvaret for konsensuskonferansene om ultralydscreening i 1986 og 1995. Da var dette spørsmålet veldig hot and burning, og det er det jo forsåvidt fortsatt. Jeg organiserte også konsensuskonferanser om kolesterol og østrogentilskudd, samt mammografiscreening. Stadig flere publikasjoner trekker i tvil om mammografiscreening gir gevinst, dette harmonerer absolutt med utgangspunktet vårt da vi tok opp spørsmålet om mammografiscreening som var dårlig dokumentert men drevet fram av en bølge av entusiastisk velvilje. Denne konsensuskonferansen ble nok oppfattet som en unødvendig øvelse av myndighetene, som allerede hadde bestemt at dette ville man ha. Dette hadde med kvinnehelse å gjøre, og da gjelder ikke vanlige regler.

Medisinsk teknologivurdering ble en tid videreført av Forskningsrådet, og derfra går linjen til Kunnskapssenteret som også har





Bjørn Backe nedstammar frå gullgravarar i Dawson. Her på jakt etter røtene sine.

meldetjenesten om uhell og nestenulykker, som min gruppe på NIS etablerte på oppdrag fra Helsedirektoratet. Jeg hadde også et treårig prosjekt om evaluering av retningslinjene for svangerskapsomsorg, som førte til at jeg tok doktorgrad på svangerskapsomsorg i 1994 (Figur 3).

### **“Verdens dyreste og dårligst dokumenterte screeningprogram”?**

Ja, he he... Archie Cochrane skrev en bok på 50-tallet, hvor han argumenterte for at det engelske helsevesenet bare skulle bruke ressurser på ting som var vitenskapelig dokumentert. Jmfør dagens debatt om prioriteringer i helsevesenet. Man skulle altså ikke bruke skattepenger på ting som ikke var dokumentert i kontrollerte randomiserte studier. Dersom det trengtes dokumentasjon argumenterte han for at National Health Service skulle finansiere kontrollerte randomiserte studier for å finne ut om dette var noe å satse på eller ikke. Han rangerte de medisinske spesialitetene, og da havnet obstetikk helt på bunn. Obstetikk fikk “the wooden spoon”, som betydde bunn

i bøtta, på grunn av svangerskapsomsorgen som var totalt uvitenskapelig og helt uten dokumentasjon. Det har ført til en veldig utvikling innen obstetikkfaget, men når det gjelder svangerskapsomsorg som screening, er det dårlig med studier. Jeg synes det er litt synd at det er så få som er interessert i svangerskapsomsorg som screening. Bare det at man bruker uttrykket omsorg, at man ikke kaller det svangerskapskontroll som tidligere, gjør at man fjerner oppmerksomheten fra kontrollaspektet, screeningaspektet, og dytter det over på omsorg som er noe ubestemmelig og betyr å være snille mot hverandre. Snillhet og empati er aspekter som det er vanskelig å evaluere med epidemiologiske metoder. Screening, derimot, det kan man evaluere.

### **Knut Hordnes har kalt deg vår egen Ole Paus. Kva er ditt forhold til musikk?**

He, he... Jeg blir av og til sammenlignet med Ole Paus, jeg skjønner ikke helt hvorfor, jeg er ikke god til å synge, det er jo ikke han heller... men i motsetning til han kan jeg

ikke spille gitar. Jeg er lytter, og jazz er min greie. Jeg er sterk tilhenger av jazz, den må være melodisk og helst litt melankolsk, trist, balladepreget gjerne. Cooljazz fra 50-60 tallet, det digger jeg.

### **Kva vil du seie er den største skilnaden på å vere i vårt fag no, i forhold til det det var då du starta?**

Faget har blitt mye mer komplekst, det er så mye som har kommet til. Gynekologisk endokrinologi var helt på trynet den gangen. I spesialistutdannelsen var det et kortvarig obligatorisk kurs på en dag som stort sett dreide seg om menstruasjonssyklus og klimakteriet. Sannsynligvis innført fordi de som var utdannet før meg ikke hadde kunnskap om menstruasjonssyklus.

Laparaskopi og laparoskopisk kirurgi er store nye ting. Gynekologifaget er helt endret, vi var for eksempel opplært til å gjøre utskrapning ved alle blødningsforstyrrelser. Man trodde det hadde en terapeutisk effekt, i tillegg til at man alltid hos enhver måtte mistenke cancer som årsak. Bare tull. En

annen tilstand som preget gynekologiske avdelinger, var alle pasientene med truende abort som var innlagt. Uten ultralyd var det ikke mulig å avgjøre om svangerskapet var intakt. Troen på sengeleiets helbredende virkning var sterk, pasienter med blødning i starten av svangerskapet ble derfor lagt til sengs og observert med ukentlig GU, for å avgjøre om uterus vokste. Fælt å tenke på. Innenfor obstetrikken, som etter hvert ble min greie, har mye kommet til med ultralyd, fosterovervåkning og bedret forståelse av CTG, skalp-pH, laktatmålinger og STAN. Videre samarbeidet med pедиaterne og satsingen på perinatalmedisin og på premature og dårlige, syke nyfødte. Dette var helt fraværende i min studietid og i starten av min kliniske karriere. Det er virkelig store endringer som er skjedd.

### **Vil du seie at noko har gått tapt på vegen?**

Noe har nok gått tapt, jeg tror nok at pasienter ble undersøkt klinisk bedre før. Det var en kollega som sa en gang i en diskusjon at "det fine med gynekologifaget var at beslutningen om å operere ble tatt på bakgrunn av GU funnet". Altså etter en grundig klinisk undersøkelse med rektovaginal eksplorasjon. Utfordringen var at du så måtte avgjøre om du skulle operere eller ikke operere, og ta ansvaret for beslutningen. Husk at dette var før ultralyd. Nå bruker man billeddannende diagnostikk i betydelig grad. Får du inn en pasient som har vondt i magen gjør du ultralyd, CT, MR... og så tar du kanskje en beslutning hvis du ikke rekvirerer en ny undersøkelse. Ditt eget funn spiller ikke den store rollen som de gjorde før. Der tror jeg kanskje vi har tapt noe, for klinisk undersøkelse inklusive anamnesen, det tror jeg faktisk er viktig. Det har også noe med å lytte til folk å gjøre. Men medisinen er blitt bedre, ikke tvil om det.

### **Har du nokon råd til unge kollegaer som tar fatt på sin spesialisering?**

Obstetikk er absolutt greia. Obstetikk er et nydelig fag. Vi kan godt ta med gynekologien også: Fødselshjelp og kvinnesykdommer er et fint fag! Der får du utløp for det meste. Du finner alle mulige ting som du kan interessere deg for: Er du en aktiv, actionorientert person, vil du digge

fødselshjelp. Der dreier det seg om liv og død, det står om sekunder, det er ingenting som haster så mye som et hyperakutt keisersnitt. Du har absolutt muligheten til å redde liv i ny og ne, og du ser raskt resultater av hva du gjør. Hvis du har legning for psykosomatikk, for eksempel, kan du til de grader finne interessante emner innenfor faget gynekologi og obstetikk. Er du interessert i stor kirurgi, kan du få utløp for det hvis du vier deg til gynekologisk onkologi. Digger du endokrinologi, avansert bildediagnostikk eller endoskopi har du gode muligheter i vårt fag. Faget handler om reproduksjon og om reproduksjonsorganer – kan det bli mer attraktivt? Så enten om du vil jobbe med kronikere eller akutte problemstillinger, med kirurgi, medisin eller psykosomatikk, med unge eller med gamle, .. alt finner du innenfor faget fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Det er nettopp kommet en ny prioriteringsutredning, og hvis kvalitetsjusterte leveår skal være et prioriteringskriterium, bør det rettfærdiggjøre en utstrakt satsing på fødselshjelp. Dårlig fødselshjelp kan føre til stor reduksjon i kvalitetsjusterte forventede leveår. Vi har dessverre et og annet offer i vårt fag... Tar vi dette på alvor, og det bør vi, har vi altså god ryggdekning for å oppskalere fødselshjelpen.

Du skal skrive ut ganske mange tonn statiner for å oppnå like mange kvalitetsjusterte leveår som ei forløyning i rett tid?

Ja, ikke sant? Veldig mange tonn! Det er som om jeg skulle sagt det selv...

### **Du har synspunkt på den abortdebatten som har pågått den seinare tid?**

Nå har svenskene en abortdebatt som til forveksling ligner den vi nettopp har hatt, en abortdebatt med lav takhøyde. Det er dessverre ikke rom for nyanserte standpunkter i abortdebatten. Jeg synes det er uheldig at Norsk Gynekologisk Forening markerer standpunkter som gjør at gynekologer som synes at abortsaken er vanskelig, ikke vil føle seg hjemme i foreningen. Historien om Mark Hobart

er interessant og illustrerende, han er gynekolog i Australia. Han ble gransket av helsemyndighetene i delstaten Victoria. Bakgrunnen var at rutineultralyd av en kvinne i uke 19 viste at fosteret var ei jente. Kvinnen hadde ei jente fra før og ønsket nå en gutt. Det er ingen øvre grense for selvbestemt abort i denne delstaten. To leger (henvisende lege pluss en sykehuslege) må signere på abortpapirene. Pasienten ville ha abort på grunn av feil kjønn. Gynekolog Hobart sa at det kunne han ikke være med på og at han ikke kjente noen som ville utføre abort på dette grunnlaget. Pasienten gikk til en annen lege som henviste så hun fikk sin abort, og hun klaget ikke på Hobart. Men saken ble likevel kjent, det førte til granskning og Hobart sto i fare for å miste lisensen fordi han ikke ville henvise, det vil si ikke ville stille seg bak denne abortbegjæringen. (<http://www.dailymail.co.uk/news/article-2449568/Doctor-Mark-Hobart-struck-refusing-abortion.html>)

### **Kvar står Bjørn Backe i abortdebatten?**

Jeg er ateist og utmeldt av kirken, og har aldri vært medlem av noe politisk parti, jeg er altfor kritisk til det. Jeg har utført aborter siden 1973 og er ikke abortmotstander. I de siste årene har jeg vært involvert i de skikkelige vanskelige sakene, langtkomne selektive aborter på grunn av utviklingsavvik. Jeg står på dagens abortlov, men mener sterkt at det må være adgang til å reservere seg mot å henvise. I mitt hode er det slik at en lege som henviser, alltid henviser til noe legen er enig i. Du skal ikke la deg tvinge til å sende pasienten til undersøkelse eller behandling med mindre du er enig. Hvis vi går over til å ekspedere våre pasienter uten faglig vurdering, reduserer vi legerollen. Abortøkende kvinner trenger ikke henvisning men kanskje råd om hvor de skal henvende seg. Selvbestemt abort betyr abort uten at det kreves hverken begrunnelse fra henne eller noen medisinsk vurdering – det vil si henvisning - fra fastlegen.

Og med det takkar vi Bjørn Backe for at han stilt opp for Gynekologen. Neste gong - ein annan bauta deler av sin visdom.

# Gambia, mødrehelse og langvarig arbeid

I tjueto år har vi på Institutt for Helse og Samfunn arbeidet med helseministeriet i Gambia, med kvinnehelse og reproduktiv helse som temaer. Vi startet med en pionerstudie på infertilitet. Som et av de første landene i Afrika kartla vi sammen med gambierne omfanget av primær og sekundær infertilitet i landet, samt årsaker, helsetjenester og sosiale konsekvenser. Disse studiene dannet grunnlaget for en internasjonal gruppe som jobber med forskning på infertilitet i U-land. Et av funnene er at infertilitet er utbredt, men at det konseptuelt blandes sammen med barnløshet av andre årsaker. Og så er utrednings- og behandlings- helsetjenestene lite gjennomarbeidet og tilgjengelig bare for de rike. De sosiale og emosjonelle problemene er der likevel. Å ikke ha barn i et land der fertiliteten er mellom 5 og 6 barn, er en tragedie.

Men det var andre presserende helseproblemer. Perinatalmortaliteten og mødredødeligheten var stor. Gjennom er møysommelig kartleggingsprosjekt og samarbeid med en rekke unge sykepleiere i Gambia fikk vi oversikt over helsetjenesten for mor og barn, og avdekket svakheter i tjenesten. I Gambia er det mannlige sykepleiere og jordmødre som driver 90 % av helsetjenesten, egen legeutdanning fikk de først for bare noen år siden. Ti personer tok mastergrad på mor-barn helse i Gambia, og to gikk videre til dr. grad: Mamady Cham og Abdou Jammeh. Begge disse to har nå



Foto: Camilla Smaadal, Apollon, UiO

seniorstillinger i det gambiske helsevesenet, og har fungert som helsedirektør, forskningsleder, distriktshelseansvarlig og sykehusdirektør gjennom årene. Vi har avdekket sentrale mangler ved øyeblikkelig hjelp for obstetriske komplikasjoner, og gjort en god del for å endre på tilbudet. Det ser ut til å ha vært med på å hjelpe, mødredødeligheten er halvert på disse tjue årene. Og vi har gambiske kollegaer på alle nivåer i helsetjenesten.

To større forskerkonferanser har vi også holdt. Det meste er finansiert fra små forskningsprosjekter og kvotestipend. I skrivende stund har regjeringa bestemt seg for å kutte ut Gambia som bistandsland,

noe vi synes er veldig trist fordi det stenger de mest pålitelige kranene for støtte til fortsatt samarbeid. Vi har igangsatt studier i kvaliteten på svangerskapsomsorgen i distriktene, betaling for tjenester, hvorfor folk ikke føder på sykehus, post partum tjenester og dødfødsel. For tiden jobber vi også med tenåringsgraviditeter. Og vi har planer om å jobbe med å vurdere ulike incentivsystemer. Mange artikler er publisert i en rekke tidsskrifter.

Det siste produktet vi har laget er en artikkel som tar for seg oppturer og nedturer med tretti-førti års helsebistand. Den artikkelen skrev jeg på bakgrunn av et langsiktig oppdrag. Jeg fikk faktisk

en god tilbakemelding på den akkurat nå: fra en av pionerlegene i å etablere et primærhelsetilbud for mor barn i landet, Hatib Nije.

### Kommentaren hans hans lyder slik:

Johanne Sundby has developed an interesting and very instructive analysis of the development of the health sector in The Gambia built around the main national priority area i.e. RCH. I only hope that you have made copies available to the leadership in the country.

As we struggle to finalize the HSSP 2015 to 2020, there are still many lessons we could learn from the Paper, some gaps in linkages within the various development stages of the sector notwithstanding.

The latter refers to the doubts raised by Johanne about the "local ownership" of the design of NHDPI, which was indeed built upon the draft National Health Plan we had developed before the WB's intervention. While what was subsequently came out as MDGs 4 & 5 were also our major targets, the problems that have unfortunately resurfaced were also our main challenges - HRH issues, dilapidated infrastructure, inequitable access, poor supply chain management for medicines and other health supplies, over centralization of health services management, etc.

The CHN School at Manso Konko and the SEN School originally based in the RVTH, both pre-dated NHDP I but their strengthening came a a major strategy to improve the HumanResources for Health situation in the rural areas.

To have covered so much in a single paper was itself a major achievement and Johanne should be congratulated for handling such a novel approach that is now even more relevant as we move towards the post MDG era.

Fra Norsk side har jeg og Siri Vangen vært gynekologer involvert. Heidi Skramstad har vært med som antropolog. Vi har hatt norske masterstudenter, norske sykepleiere, gambiske sykepleiere og andre gambiske helsearbeidere på toårig masterprogram, treårig PhD program og seksukers-sommerskole. Vi har også hatt norske medisinerstudenter på praksis

og i oppgaveterminen sin. Og Gambia er stort sett et fredelig land å jobbe i. Jeg var der under statskuppet i 1994, det var litt skummelt. Men ting ble fort fredelige igjen. Nå er de redde for å få ebolasmitte til landet men de er godt rustet. Norsk-Gambiære har jobbet med dette. Norske helseinformasjons forskere har også jobbet i landet. Vi har også hatt to helsetjeneste studieturer til Gambia for kollegaer. Det har tross alt et godt klima og en flott kyststripe.

### Publisert litt har vi også:

*A rollercoaster of policy shifts: global trends and reproductive health policy in The Gambia.*

Sundby J. Glob Public Health. 2014;9(8):894-909. doi: 10.1080/17441692.2014.940991.

*Barriers to skilled birth attendance: a survey among mothers in rural Gambia.*

Lerberg PM, Sundby J, Jammeh A, Fretheim A. Afr J Reprod Health. 2014 Mar;18(1):35-43.

*Barriers to emergency obstetric care services in perinatal deaths in rural gambia: a qualitative in-depth interview study.*

Jammeh A, Sundby J, Vangen S. ISRN Obstet Gynecol. 2011;2011:981096. doi: 10.5402/2011/981096. Epub 2011 Jun 30.

*Stillbirths in rural hospitals in the gambia: a cross-sectional retrospective study.*

Jammeh A, Vangen S, Sundby J. Obstet Gynecol Int. 2010;2010:186867. doi: 10.1155/2010/186867. Epub 2010 Jun 30.

*Availability and quality of emergency obstetric care in Gambia's main referral hospital: women-*

*users' testimonies.*

Cham M, Sundby J, Vangen S. Reprod Health. 2009 Apr 14;6:5. doi: 10.1186/1742-4755-6-5.

*Fetal outcome in severe maternal morbidity: too many stillbirths.*

Cham M, Sundby J, Vangen S. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(3):343-9. doi: 10.1080/00016340902730318.

*[Women's health in Gambia].*

Sundby J. Tidsskr Nor Laegeforen. 2008 Apr 3;128(7):848-9. Norwegian. No abstract available.

*Maternal deaths in rural Gambia.*

Cham M, Vangen S, Sundby J. Glob Public Health. 2007;2(4):359-72. doi: 10.1080/17441690600918188.

*Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care.*

Cham M, Sundby J, Vangen S. Reprod Health. 2005 May 4;2(1):3.

*Infertility in the Gambia: frequency and health care seeking.*

Sundby J, Mboge R, Sonko S. Soc Sci Med. 1998 Apr;46(7):891-9.

*Infertility in the Gambia: traditional and modern health care.*

Sundby J. Patient Educ Couns. 1997 May;31(1):29-37.



Foto: Camilla Smaadal, Apollon, UiO

# Mors alder og akutt operativ forløsning blant lavrisikokvinner

**Stadig flere kvinner venter med å få barn og nå er gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende i Norge 28.5 år. Nesten hver femte fødende kvinne var 35 år eller eldre i 2013. Det er viktig med kunnskap om hvordan fødselen forløper hos eldre kvinner for å kunne hjelpe dem i fødsels-forberedelsen og under fødsel.**



For å undersøke dette brukte vi data fra Norsk medisinsk fødselsregister på 169 583 lavrisikokvinner med enkelt fødte i hodeleie til termin i tidsrommet 1999-2009. Vi så på mors alder og akutt operativ forløsning (akutt keisersnitt, vakuum og tang). Videre undersøkte vi mors alder og andre risikofaktorer for akutt operativ forløsning: gestasjonsalder  $\geq 42$  uker, fødselsvekt  $\geq 4000$  gram, induksjon og bruk av epidural, samt føtal distress og dystoci under fødsel.

Resultatene viste at 22.4 % av kvinner på 40 år og eldre ble forløst med akutt keisersnitt (relativ risiko ratio (RRR) 6.60 (95 % KI: 5.53-7.87) og 23.7 % vakuum eller tang (RRR 3.30 (95 % KI: 2.79-3.90),

sammenliknet med 6.7 % og 13 % blant de på 20-24 år. Forløsnings sammenlikningsgruppe var vaginal fødsel uten operativ inngrep. Justeringer for sosiodemografiske faktorer endret ikke estimatene nevneverdig.

Både dystoci og fetal distress økte med mors alder og var de viktigste indikasjonene for akutt operativ forløsning. Vi fant at forekomsten av overtid, stort barn, induksjon av fødsel og bruk av epidural, steg med økende mors alder. Epidural var assosiert med en dobling av akutt keisersnitt, noe som økte ytterligere hos eldre mødre. Risikodifferansen for akutt keisersnitt blant de som hadde og de som ikke hadde epidural var 5.9 % blant kvinner på 20-24 år og steg til 12.9 % blant kvinner på 40 år og eldre. Videre var høy fødselsvekt, gestasjonsalder på 42 uker og lenger, og induksjon av fødsel, alle assosiert med øket akutt operativ forløsning.

Også tidligere studier har vist at risiko

for keisersnitt øker med mors alder, men disse har vært uselekterte, med inklusjon av høyrisiko grupper. Imidlertid er de fleste eldre mødre friske, med høyere sosioøkonomisk status og lav risiko.

Vi fant at akutt operativ forløsning steg med mors alder hos lavrisikokvinner. Tillleggskilder som BJOG. 2014 Aug 6. doi: 10.1111/1471-0528.12962. [Epub ahead of print] overtid, stort barn, induksjon av fødsel og epidural økte forekomsten av akutt operativ forløsning, - og ved epidural var denne økningen større hos eldre enn yngre kvinner.

#### Referanse:

Lina Herstad, Kari Klungsoyr, Rolv Skjærven, Tom Tanbo, Lisa Forsén, Thomas Åbyholm, Siri Vangen. Maternal age and emergency operative deliveries at term: a population-based registry study among low-risk primiparous women.

- Terje Sjørdal
- Gynekolog og medisinsk ansvarlig ved Medicus i Trondheim

# Slik hjelper du kvinner med manglende eller sjelden eggøsning

## - en kort guide til stimulering med clomfiencitrat eller letrozol

I løpet av det siste par årene har jeg opplevd en stor interesse fra gynekologer rundt om i landet knyttet til behandling av eggøsningsproblemer. Spørsmål rundt hvilke medisiner vi bruker og hvordan vi bruker dem, samt hvilken oppfølging som er nødvendig er gjengangere. Jeg har hatt gleden av å holde flere foredrag om dette for gode kolleger og responsen har vært god. Derfor tenkte jeg å dele noen av mine tanker om dette også her i Gynekologen.

Når en kvinne oppsøker gynekolog på grunn av fraværende eller sjelden eggøsning/menstruasjon er det viktig å finne riktig årsak slik at man får behandlet pasienten effektivt.

### Hva bør sjekkes først?

Første steg er å ta blodprøver for å kartlegge kvinnens hormonprofil. Siden disse pasientene ikke har en regelmessig syklus kan prøvene tas når som helst.

Jeg anbefaler å sjekke: FSH, LH, prolaktin, østradiol, TSH, FT4, testosteron, SHBG, DHEA, AMH og androstendion. Disse prøvene vil avdekke om det er andre

korrigerbare årsaker til anovulasjonen slik som hyperprolaktinemi, hyperthyreose eller hypothyreose. Prøvene vil også vise om kvinnen er hypogonadal (lave verdier for FSH, LH og østradiol) eller om hun er hyperandrogen, slik vi ofte ser ved PCOS.

Før du starter behandling bør også andre mulige årsaker til manglende graviditet utelukkes ved å teste mannens sædkvalitet og kvinnens egglederfunksjon.

### Behandling og valg av medisin

Lavdosestimulering med Clomifencitrat eller Letrozol er en enkel behandling som fører til eggutvikling og eggøsning hos 80 % av kvinner med oligo/amenore. Målet med

lavdosestimuleringen er én follikkel, ett egg, ett barn. Jeg benytter oftest stimulering med Letrozol fordi det oftere gir én follikkel enn ved bruk av Clomifencitrat. Dette skyldes virkestoffenes halveringstid. For Letrozol er halveringstiden så kort at den normale seleksjonen av den dominante follikkel vedlikeholdes.

### Oppfølging av behandlingen

Du kan følge opp kvinnen på to måter, enten ved follikkelmåling med ultralyd eller med blodprøver.

### Oppfølging med ultralyd:

Follikkelmåling med ultralyd skjer på

syklusdag 10-12. Antall og størrelsen på folliklene måles. Eggløsningen kan sikres ved at kvinnen setter hCG ved omslag (positiv LH-test) eller ved moden follikkel (18-20 mm). Hvis det er mer enn to modne follikler bør paret frarådes samleie på grunn av høy risiko for flerlingsvangerskap.

#### **Oppfølging med blodprøver:**

Den minste oppfølging som bør gis er oppfølging med blodprøver. Gjør du dette anbefaler jeg å måle østradiol og progesteron på 20. syklusdag.

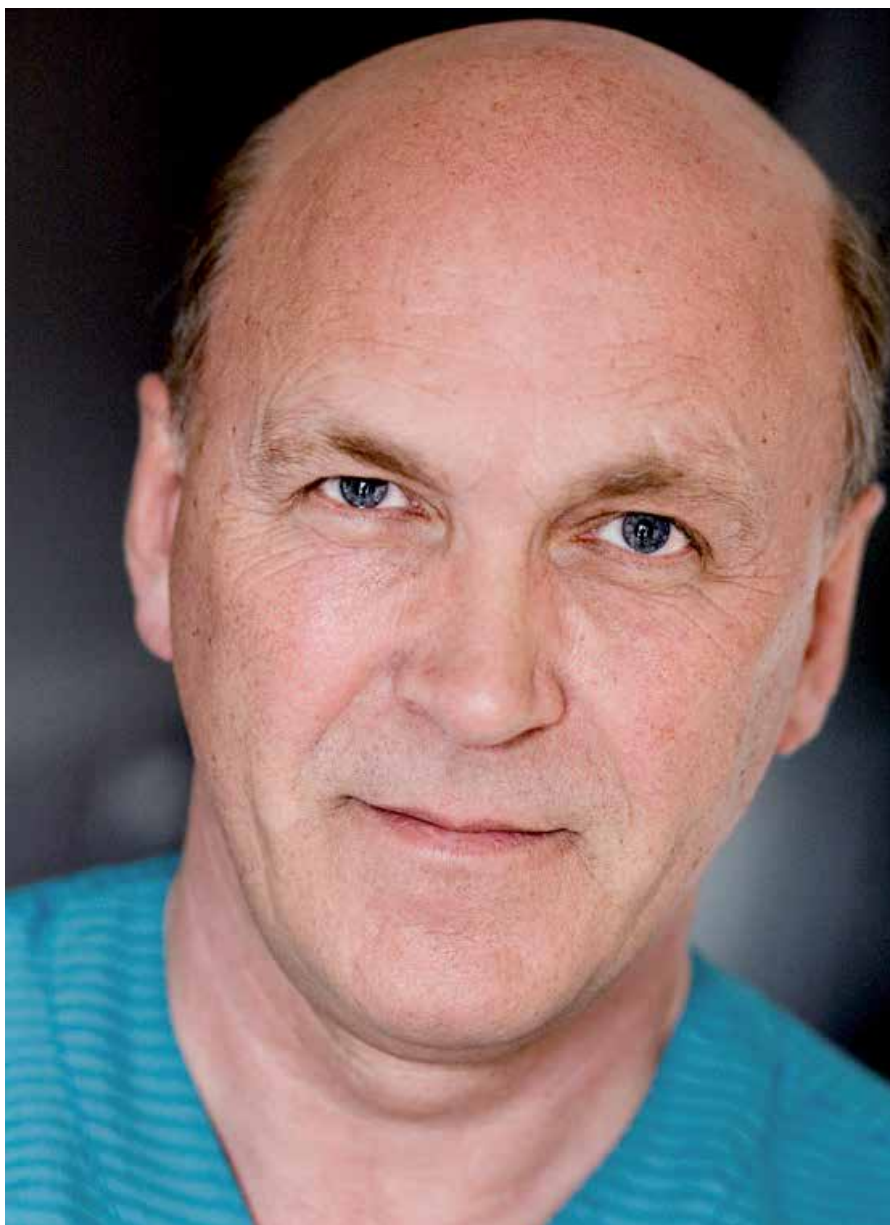
#### **Prøvene vil vise om kvinnen:**

- har hatt eggløsning (høy progesteron og østradiol)
- er rett før eggløsning (høy østradiol og lav progesteron)
- ikke responderer (lav østradiol og lav progesteron).

#### **Hva om kvinnen ikke responderer?**

Hvis kvinnen ikke responderer med follikkelutvikling kan medikamentdosen dobles i neste syklus. Behandlingen bør begrenses til 6 sykler.

Hvis kvinnen ikke lykkes bør paret henvises til fertilitetsklinikk. Ta gjerne kontakt med oss i slike tilfeller.



*Terje Sørdal er gynekolog og medisinsk ansvarlig ved Medicus i Trondheim. Han har jobbet med assistert befruktning siden slutten av 80-tallet, og deler her sine erfaringer med lavdosestimulering.*

## Fint å vite om assistert befruktning

### **Kan lesbiske par få hjelp ved donorsæd i Norge?**

Ja, i likhet med hetofile par kan lesbiske få behandling med donorsæd. Dette behandlingstilbudet har Medicus hatt siden 2011 og er et tilbud uten ventelister. Rikshospitalet og Haugesund sykehus har et offentlig tilbud, dog med lengre ventelister. Donorsæd kan benyttes ved inseminasjonsbehandling eller ved prøverørsbehandling.

### **Kan man bli gravid med prøverørsbehandling etter sterilisering?**

Ja, vi kan gi assistert befruktning til både kvinner og menn som har sterilisert seg. Hos menn henter vi ut sæd operativt ved hjelp av metodene TESA og TESE. Dette er enkle operasjoner som gjøres i lokalbedøvelse.

### **Får par dekket medisinske kostnadene ved privat prøverørsbehandling slik som ved det offentlige tilbudet?**

Ja, det er de samme regler som gjelder ved refusjon av medisinske kostnader uansett om paret velger privat eller offentlig prøverørsbehandling.

- Astrid Torgersen Lunestad
- astrid@lunestad.com

# Landsforeningen for Kvinner med Bekkenløsningsplager

**Landsforeningen for Kvinner med Bekkenløsningsplager (LKB) er en interesseorganisasjon som arbeider med å ivareta interessene til kvinner med bekkenleddsmerter. Foreningen arbeider for å skape en helhetlig forståelse for riktig kombinasjon av behandling, avlastning i dagliglivet, hjelpemidler og trygderettigheter. LKB fokuserer på forebygging og ønsker å fremme mestring og livsglede!**

Bekkenleddsmerter rammer nær halvparten av alle gravide, vi vet ikke nøyaktig hva og hvorfor smerten oppstår. Kvinnene som rammes opplever ofte at fagpersonen de møter ikke vet nok og at plagene de forteller om ikke blir anerkjent. LKB jobber aktivt for å spre den kunnskapen som finnes og initierer mer forskning for å finne effektiv behandling og kartlegge hva som gjør at smerten oppstår.

Pasienter med bekkenleddsmerter skiller seg fra andre pasienter med rygg og korsryggsmerter. De påviser smerte i helt konkrete punkt eller punkter. De er helt klart plassert over iliosacralleddene bak og/eller fremme på symfysen. Og de kan i tillegg ha strålesmerten ned i bena og smerter inne i bekkenet. Forskingen viser at bevegelsen i iliosakralleddet er svært liten, mange antar at smertene kommer fra muskulatur og ligamenter i og rundt bekkenleddet. Fagpersoner bruker i dag mer

og mer benevnelsen bekkenleddsmerter istedenfor bekkenløsning, men det er nok lenge til begrepet bekkenløsning blir borte fra «folkemunne».

## **LKB har et godt tilbud til sine medlemmer**

LKB ble stiftet i 1987 og er tilknyttet Norges Handikapforbund. Foreningen har lokallag eller kontaktperson i alle fylker og har i dag i underkant av 1000 medlemmer på landsbasis.

Flere lokallag har tilbud med varmtvannstrening og yoga til sine med-lemmer. LKB arrangerer møter og kurs med foredragsholdere med mange forskjellige tema, en lærer om trening, hvordan en skal forebygge plager, nyttige hjelpemidler og ikke minst mestringsteknikker for å bruke kroppen hensiktsmessig og leve best mulig med høyest mulig livskvalitet. Det er også av stor verdi å møte andre med lignende

livssituasjon for å utveksle erfaringer og få tips og råd. LKB utgir sitt eget blad LKB-nytt fire ganger i året, vi tar gjerne i mot aktuelt stoff.

## **LKB har eget fagråd**

LKB har et tverrfaglig fagråd som består av flere profesjoner. I dag består fagrådet av:

- Britt Stuge, PhD, fysioterapeut, forskningsleder i fysioterapi, FOU, ortopedisk avdeling, OUS.
- Ingunn Almås, gynekolog. Overlege Oslo Universitetssykehus, Ullevål.
- Thomas J. Kibsgård, Overlege og PhD, Ryggkirurgisk seksjon, Ortopedisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.
- Anne Froholdt, PhD, Spesialist i fysikalsk medisin & rehabilitering, Idrettslege NIMF, Drammen sykehus, Vestre Viken HF.

Fagrådet er en tverrfaglig faggruppe med spesiell interesse for å arbeide



med kvinner med bekkenløsningsplager oppstått i forbindelse med svangerskap og/eller fødsel. LKBs fagråd skal fungere som hovedstyrets konsulenter i faglige spørsmål. Medlemmene i fagrådet deltar i utviklingen av LKBs informasjonsmateriell og fungerer som rådgivere i faglige spørsmål. Fagrådet bidrar gjennom sine fagmiljøer til kunnskapsspredning om og forskning på bekkenløsningsplager.

### Hjelp til selvhjelp

LKB har en telefontjeneste der de som rammes av bekkenleddsmerter kan ta kontakt. Den betjenes av kursende likepersoner med taushetsplikt. LKBs likepersoner er medmennesker med kunnskap og forståelse som en kan snakke med i fortrolighet og få råd og tips. Det er ikke en fagperson, men en som har erfaring med bekkenleddsmerter, bekkenløsningsplager. Alle våre likepersoner har gjennomgått kurs og gir informasjon, råd, og veiledning og kan forhåpentlig hjelpe deg å se mulighetene.

### Målsetningen for tjenesten er:

- Å bidra til økt kunnskap om bekkenløsning, bekkenleddsmerter og -plager og konsekvensene av plagene.
- Å hjelpe mottaker til å søke videre hjelp.
- Å hindre at brukeren blir isolert.
- Å bidra til å styrke mottakers selvbilde.
- Å gjøre mottaker bevisst sin egen situasjon og rettigheter.
- Å bidra til anerkjennelse og bearbeiding av egen livssituasjon
- Å gjennom dette oppnå økt livskvalitet .

### Symptomgivende bekkenløsning:

Når den fysiologiske bekkenløsningen gir så uttalte smerter at daglige aktiviteter blir hemmet, kalles det symptomgivende bekkenløsning. Symptomgivende bekkenløsning kan en ha under svangerskapet og i barseltiden.

### Kronisk bekkenleddsyndrom:

Når plagene vedvarer ut over barseltiden, kalles det kronisk bekkenleddsyndrom. Dette kan være en følgetilstand etter symptomgivende bekkenløsning.

### Omfang av

#### bekkenleddsmerter:

- ½ parten av alle gravide opplever bekkenleddsmerter.
- Hvert år trenger 15 000 grav-ide hjelp helsepersonell pga. bekkenleddsmerter.
- 2 år etter fødsel har 5-7 % av de gravide fortsatt store plager.
- Det er over 4000 nye med varierende omfang av langvarige plager hvert år.
- Noen av disse er så plaget at de havner utenfor arbeidslivet. Helt friske kvinner blir smertepasienter. Veltrente er like utsatt som utrente. Dette er ikke et Nordisk fenomen.

Kilde MST-rapporten 1/2013

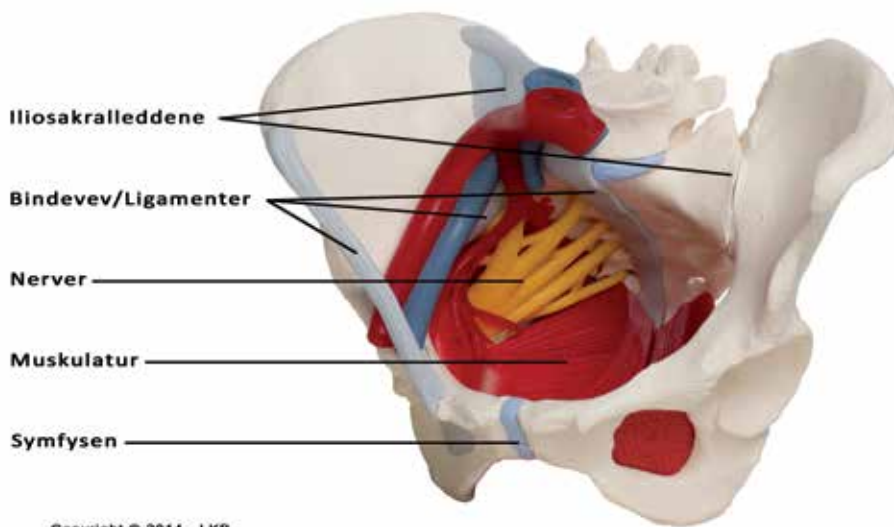
Landsforeningen for Kvinner med Bekkenløsningsplager (LKB) har utgitt en informasjonsbrosjyre i samarbeid med høyt anerkjente fagpersoner. Den inneholder fakta om bekkenleddsmerter, behandling, tips og råd til de som rammes og forebyggende tiltak. Den kan bestilles og lastes ned fra [www.lkb.no](http://www.lkb.no)

### Diagnoser og definisjoner utarbeidet av Den norske Legeforening i 1990.

#### Fysiologisk bekkenløsning:

Normal følge av hormonelle forandringer under svangerskapet. Det skjer en oppmykning av leddbåndene omkring iliosakralleddene og symfyisen. Alle gravide kvinner har fysiologisk bekkenløsning i større eller mindre grad.

## BEKKENET



Copyright © 2014 - LKB



# Swyer syndrom (46 XY)

**Hva er det? Få kjenner til tilstanden, som bare forekommer hos 1:80.000. Det er ikke mange år siden jeg ble kjent med begrepet, men nå har jeg sett flere eksempler.**

## Her er en typisk sykehistorie

Jente på 16 henviset for manglende pubertet og manglende menstruasjon.

Hun er 178 cm og 68 kg. Går på helsestudie to ganger i uken. Normalt kosthold.

Ingen brystutvikling, sparsom pubesbehåring. Ingen hirsutisme.

Basal utredning: FSH, LH, prolaktin, østradiol og TSH. Svar: FSH 85, LH 47, TSH og prolaktin normal. Østradiol (som ventet) lav. Konklusjon: primær gonadesvikt.

Androgen insensitivitets syndrom (AIS) med mangel på androgenreseptorer? Høyde passer, men hun har ikke brystutvikling og det var litt pubesbehåring. AIS får brystutvikling, men ikke kjønnsbeåring. Turner syndrom? Nei. Hun er for høy og har ikke andre stigmata.

Gestagen test? Nei, man kan ikke vente bortfallsblødning med så lavt østrogen. P-pille-test med p-pille i en eller to måneder? Billig og informativt: hun fikk blødning. Altså har hun uterus.

Ved hypergonadotrop hypogonadisme tas karyotyping. Svar 46 XY.

Maskuline gonader, men hun er ikke androgenisert eller feminisert! Konklusjon: Gonaden fungerer ikke, gonadal dysgenesi, Swyer syndrom.

Konsekvens: gonaden/testiklen er ikke utviklet ('strekgonade'). Det produseres ikke testosteron, derfor ingen virilisering. Det produseres ikke AMH (Anti Müllersk Hormon) som hos guttefostre gir regress i de müllerske ganger. Derfor utvikles hennes uterus.

Behandling: strekgonadene må fjernes fortest mulig pga risiko for malignitetsutvikling og det må gis HRT (østrogen og syklisk gestagen). Blå resept til ca 50 år.

Informasjon: skånsom forklaring om tilstedeværelse av et y-kromosom. Hvis hun ikke spør direkte, kan det vente til hun er fullt utviklet og har



sin kjønnsidentitet på plass. Mulighet for eggdonasjon, men ikke i Norge. Uterus er utviklet og etter noen tid med østrogenstimulasjon er den i stand til å bære frem en graviditet. Behov for psykolog? Bør tilbys.

Kommentar: her kan man ved enkle prøver og logisk tenkning komme frem til en årsak, faktisk uten å gjøre en gynekologisk undersøkelse og uten billeddiagnostikk. Et eksempel på hvor morsomt gynekologisk endokrinologi er. Logisk endokrinologi!

Vennlig hilsen Mette

# Går Norge baklengs inn i fremtiden?

**Helsedirektoratet har den 16.10.2014 anbefalt at man fra nå av kun bruker én metode for alders- og terminbestemmelse i svangerskapet og det skal være e-snurra. Endelig, vil noen si, er det slutt på denne nerdete striden, som ingen skjønner noen ting av. Nå blir alle fostre behandlet likt, vi holder aldersbestemmelsen i ultralyd-jordmødrenes trentre hender. Hva er det å si imot dette?**

For en frisk gravid som gjennomgår et normalt svangerskap og fødsel har metoden for alders- og terminbestemmelse ikke mye å si.

For gravide med risikosvangerskap derimot vil anbefalingen om kun én metode ha potensielt store konsekvenser, der i verste fall fosterets liv og helse står på spill. Er dette krisemaksimering? Nei, dette vil kunne skje om helsemyndighetene får det som de vil. Tenk deg følgende historie:

En gravid kvinne får en blødning tidlig i svangerskapet og oppsøker sykehuset for undersøkelse. Man finner et levende foster og måler fosterets størrelse (sittedyde- CRL) til 49 mm. Dette tilsvarer en svangerskapslengde på 11 uker og 3 dager. Når hun kommer til rutine ultralyd 7 uker senere skulle hun være 18 uker og 3 dager, men fosterets størrelse tilsvarer 16 uker og 5 dager.

Nå ved rutine ultralyd får hun satt sin ultralyd termin. Men hvilken alder har dette fosteret? 18 uker + 3 dager eller 16 uker + 5 dager?

Alle som jobber ved en fødeavdeling lærer tidlig hvordan man finner ut hvor langt en gravid har kommet i svangerskapet: Ta nærmeste plasthjul, sett pilen på dato for ultralydterminen og gå tilbake til aktuell dato, så finner du svangerskapsalder.

Kvinnen følges opp med gjentatte ultralydkontroller, man finner etter hvert et vekstavvik (la oss anta -19%) og normale blodstrømsforhold i navlesnoen. Dessverre dør fosteret i mors liv like etter 37 fullgatte uker.

Uflaks? Kanskje. Men kan det tenkes at håndteringen av svangerskapet hadde vært annerledes om man hadde tatt hensyn til

fosterets virkelige alder, som var 12 dager eldre utgående fra en tidlig ultralyd? Hadde ikke vekstavviket vært mye større på samme alder? Ville hun ikke da vært nesten 40 uker gravid i det fosterdød inntraff? Kan det tenkes at man ved et betydelig større vekstavvik hadde satt i gang fødsel en eller to uker før?

I Norge er ikke tidlig ultralyd en rutine, vil noen innvende. Men vi tilbyr prenatal diagnostikk for eksempel til gravide eldre enn 38 år og vi gjør tidlig ultralyd på medisinsk indikasjon. En del ganger er svangerskapet kortere kommet enn antatt når kvinnen møter til rutine ultralyd. Men fremdeles er det en utbredt praksis på mange fødeavdelinger i Norge at ultralyd terminen først settes ved rutine ultralyd. Hvorfor brukes ikke informasjonen fra en tidligere måling, selv om den med større sikkerhet kan fastslå svangerskapets alder? Fordi det i mange år har vært nærmest en ryggmargsrefleks at det er kun terminfastsettelsen ved rutine ultralyd som skal brukes for å finne alderen ved oppfølging senere i svangerskapet.

Ingen vil komme på tanken å gjøre en pålitelig aldersbestemmelse i tredje svangerskapstrimester: den biologiske variasjonen i fosterstørrelsen er enorm og slutninger om svangerskapsalder vil være beheftet med stor usikkerhet. Like åpenbart er det at variasjonen i fosterstørrelse er minst tidlig i svangerskapet og aldersbestemmelsen derfor vil være mest presis da. Dette er et enkelt biologisk prinsipp og det er derfor underlig at Helsedirektoratet etterlyser vitenskapelig dokumentasjon for bruk av målinger tatt før rutine ultralyd.

"Klokkeetroen" på terminfastsettelse ved rutine ultralyd er så dypt forankret hos mange at selv svangerskap etter assistert

befruktning, der man på dagen nøyaktig vet når sædcellen traff egget, får tildelt en ny svangerskapsalder i forbindelse med rutine ultralyd. Helsedirektoratet sier de ikke har vurdert aldersbestemmelse ved svangerskap etter in-vitro fertilisering. Men hva skal de vurdere? Er det grunn til å tvile på oppgitt befruktningsdato fra laboratoriene for assistert befruktning?

I revidert veileder for fødselshjelp som ble publisert våren 2014, har Norsk Gynekologisk Forening for første gang anbefalt at metoden for aldersbestemmelsen skal være tilpasset til tidspunkt i svangerskapet og konsepsjonsmetode. Det holder ikke med én metode!

Når Norge nå skal tilbake til kun én metode som igjen skal bero på en terminfastsettelse ved rutine ultralyd, vil det bety at risikosvangerskap mot bedre viten vil få justert sin svangerskapsalder. Med en slik uniformitet skaper man ikke rettferdighet, slik Helsedirektoratet påstår, men utsetter svangerskap for ekstra risiko. Metodevalget til Helsedirektoratet er derfor ikke bare faglig, men etisk utfordrende.

Jeg vil ikke spekulere i hvorfor Helsedirektoratet ikke har rådført seg med fagmedisinsk ekspertise som kun for noen måneder siden oppdaterte den nasjonale veilederen. At grunnleggende prinsipper for aldersbestemmelse, som for lengst er akseptert viten i resten verden og anbefalt i nasjonal veileder, ikke har noen plass i Helsedirektoratets anbefalinger, er imidlertid svært beklagelig.

Jeg lurer på hva dagens opplyste gravide kvinner mener om dette?

H.E. Mian Muhammad Nawaz Sharif  
 Prime Minister of the Islamic Republic of Pakistan  
 Prime Minister's Secretariat  
 Islamabad

November 18, 2014

# Promoting safe motherhood in Pakistan

## Your Excellency,

At the Nordic Congress of Obstetrics and Gynaecology June 2014 the subject of safe motherhood in Pakistan was raised in a lecture delivered by a distinguished gynaecologist, Dr. Shershah Syed, from Pakistan. The Nordic Federation of Societies of Obstetricians and Gynecologists (NFOG) at the congress in June, attended by over 1000 delegates from the Nordic countries and wider afield are deeply concerned regarding the difficult situation relating to women's health in Pakistan.

Urgent initiatives to remedy this situation are called for. This letter has therefore been sent to local as well as central authorities in Pakistan. As gynecologists we recommend focusing on the following four priority areas:

### Reducing deliveries attended only by unskilled attendants

UNFPA, the United Nations Population Fund, confirms that less than half of deliveries among women in Pakistan are attended by skilled personnel, with the proportion being alarmingly worse in rural areas. Too few midwives and obstetricians as well as poor access to hospitals leads to high rates of severe complications; 1/110 mothers die, 46/1000 babies are stillborn and additional 42/1000 children die during the new-born period.

### Postpone the age of first pregnancy and ban child marriage

Due to young age at first pregnancy, Pakistan has one of the world's highest rates of obstetrical fistulas, a documented prevalence of 0.45% (or 1/222) of parous women in rural Pakistan living with this devastating condition. Pregnancies at very

young age, as well as lack of skilled delivery services, are among the main reasons for these high rates. The Institute for Social Justice and the Pakistan Demographic and Health Survey state that up to half of all girls in the 15-18 year age group had been pregnant. The possibility of family planning to masses in city slums and rural areas in Pakistan should be present.

The Pakistani Council of Islamic Ideology (CII) still claims that girls are ready for marriage when they reach puberty and in April 2014 announced that legislation banning child marriage was anti-Islamic. We urge CII to reconsider its position and recommend a national strategy to postponing the age of first pregnancy.

### Increase access to and attendance to schooling for girls

UNESCO statistics confirm that girls' schooling is much poorer than that of boys; overall official literacy rates in Pakistan are 46%, for girls only 26%. UNESCO's estimates of these numbers are even more serious, namely an overall literacy of 26% and for girls only 12%, at least in some parts of Pakistan. We recommend a national strategy for increasing literacy among girls.

Eradication of violence against women  
 Violence against women (honour killings, sexual violence as well as general violence) is highly prevalent in Pakistan. This violence affects women both directly and indirectly: female health workers (obstetricians and midwives) being on call at home risk being assaulted on their way to attend deliveries, thus both actual assaults as well as the fear of being assaulted may delay the arrival of

skilled health workers and thus increase delivery complications. This needs to be combatted with the government of Pakistan taking a clear stand on this issue of eradication of violence against women.

In our past co-operation with colleagues from Pakistan, through the International Federation of Obstetricians and Gynaecologists, FIGO, the NFOG commits itself to assist Pakistani colleagues in the way we can through contacts with them, through training opportunities in our countries and by other forms of assistance that we could provide.

Sincerely,

*Knut Hordnes*

*President of the Nordic Federation of Societies of Obstetricians and Gynecologists (NFOG)*

*Karen Reinhold Wøjdemann*

*President of the Danish Society of Obstetrics and Gynecology*

*Juha Rasanen*

*President of the Finnish Society of Obstetrics and Gynecology*

*Ragnheiður I. Bjarnadóttir*

*President of the Icelandic Society of Obstetrics and Gynecology*

*Jone Trovik*

*President of the Norwegian Society of Obstetrics and Gynecology*

*Harald Almström*

*President of the Swedish Society of Obstetrics and Gynecology*



## Møtereferat generalforsamling Norsk gynekologisk forening

Clarion Hotell & Congress, Trondheim, fredag 24. oktober 2014, kl. 16.30 -18.00 i forbindelse med årsmøtet i Norsk gynekologisk forening.

### Tilstede:

75 medlemmer

Fra NGF-styret: Jone Trovik (leder), Stine Andreassen, Marit Lieng, Arild Kloster-Jensen, Tone Shetelig Løvvik, Elise Thoresen Sletten

### Valg av følgende ved akklamasjon:

Dirigent: Jone Trovik

Referent: Elise Thoresen Sletten

Protokollunderskrivere: Erik Andreas Torkildsen og Gith Engh

### Godkjenning av møteinnkalling/dagsorden

#### Minnestund

Med 1 minutt stillhet mintes Gabriel Kral, Sunanda Katres, Ivar Qvigstad, Knut Gjelland og Torunn Eikeland.

#### Økonomi ved kasserer Arild Kloster-Jensen

**Regnskap 2013:** Resultatet for 2013 er +110 414 kroner.

**Revidert budsjett 2014:** Inntekter fra kurs (vårmøtet, FUGO forkurs, årsmøtet) nedjusteres noe (fra 1 090 000 kr til 1 020 000 kr) da årsmøtet ser ut til å gå omtrent i null pga færre utstillere og færre påmeldte. Gynekologen går noe i minus, men vi har gode annonseinntekter på nettsidene slik at totalt sett vil dette gå omtrent i null.

Resultat revidert budsjett 2014 -93 000 kroner.

**Budsjett 2015:** Det er plussset på 4-5% på inntekter og utgifter, ellers stort sett uforandret fra revidert budsjett 2014. Resultat budsjett 2015: -18 000 kroner.

Regnskap 2013, revidert budsjett 2014, budsjett 2015 ble godkjent av årsmøtet ved akklamasjon

#### Kontingent:

På fjorårets generalforsamling ble det fremmet forslag om å øke medlemskontingenten med 50 kroner per medlem for at NGF skal kunne bygge opp et fond til finansiering av veldedige prosjekter. Årets generalforsamling samtykker at dette skal gjelde også for 2015.

#### Årsrapporter fra styret og andre utvalg:

Kan leses i Gynekologen nr. 3 2014.

Leder av spesialitetskomitéen, Trond Michelsen, viser til årsrapporten fra spesialitetskomitéen og uttrykker bekymring for utdanningssituasjonen for LIS. Økt produksjonspress og

underbemanning fører til problemer med å gjennomføre adekvat utdanning. Det bes om at dette settes på dagsorden. Styret i NGF vil ta dette videre, i første omgang ved en henvendelse til avdelingslederne.

Ellers ingen kommentarer til årsrapportene.

#### **Orientering om aktiviteten i NGF 2014:**

Viktige saker: Reservasjonsretten for fastleger. 22 ukers grense for senabort. Gjennombruddsprosjektet for keisersnitt er startet opp. NPE-saker i Gynekologi er startet som et doktorgradsarbeid. Obstettrikkveilederen er ferdig revidert og ute på nettsidene. Obstettrikkveilederen har også kommet ut som app. Arbeidet med revisjon av gynekologiveilederen er i gang. 19 høringsuttalelser er innsendt så langt i år.

#### **Orienteringssak fra styret:**

16.10.14 la HDir ut en nyhetssak på sine nettsider hvor det anbefales at eSnurra benyttes som eneste metode for fastsetting av svangerskapslengde og termin. NGF har ikke vært involvert i denne beslutningsprosessen og HDir's anbefaling er ikke samsvarende med gjeldende Veileder i Fødselshjelp som er foreningens faglige retningslinjer. Ultralydkapittelets redaktør Jørg Kessler holdt et innlegg hvor han påpekte manglende åpenhet i beslutningsprosessen, at HDir's anbefaling ser bort fra at aldersbestemmelse og terminfastsettelse er to forskjellige ting, og internasjonal konsensus om betydning av datering ved IVF og tidlig ultralyd blir oversett. Hilde Engjom etterlyste lojalitet i fagmiljøet vårt, og påpekte at kolleger som blir plukket ut av myndighetsorganer til å komme med slike anbefalinger, bør søke å ivareta et vidt faglig perspektiv og ikke bare arbeide for egen agenda.

Styret i NGF har utformet et brev til HDir hvor det påpekes manglende fagmedisinsk forankring og uheldig saksgang i den aktuelle sak. Styret i NGF vil også be om et møte med HDir for å komme i dialog om viktigheten av å involvere fagmedisinsk forening når viktige beslutninger om vårt fag skal fattes.

#### **Saker fremlagt av styret:**

##### **Dekning av årsmøteutgifter for utvalgsmedlemmer.**

Det er ikke entydige retningslinjer for om NGF skal dekke årsmøteavgiften til utvalgsmedlemmer. Årsmøtet har tillit til at styret kan vurdere dette.

##### **Oversettelse av Veilederne til engelsk**

Styret har innhentet prisoverslag for oversettelse av obstettrikkveilederen fra profesjonelle oversettere. Dette arbeidet vil trolig koste flere hundre tusen kroner. Den generelle oppfatning på årsmøtet er at dette er for dyrt. Knut Hordnes orienterte om at det har vært avholdt 1. møte i NFOG Guideline Comité. Man har der blitt enige om at det i første omgang ikke skal lages felles veiledere, men at hvert land oversetter sine veiledere til engelsk. Det foreslås derfor at alle kapitelforfattere oversetter sine respektive kapitler til engelsk. Dette vil gjelde både obstettrikkveilederen, som er ferdig revidert, og den nye veilederen i gynekologi som er under utarbeidelse. Ole-Georg Torjusen, Sørlandet sykehus, avd. Arendal, og Jobe Smith, Volda sykehus, kan være behjelpelig med korrekturlesning. En vil be hovedredaktør for Veilederne formidle dette til de respektive kapitelforfatter og be dem gjennomføre.

#### **Saker fremlagt av medlemmer:**

Norsk gynekologisk forenings årsmøte forskyves i oppstart slik at årsmøtet kan avsluttes

fredag ettermiddag innen kl. 17. Forslagsstiller: Margit Steinholt.  
 Jone Trovik presenterte forslag til kjøreplan hvor man starter formøtene onsdag ettermiddag kl. 17 og avslutter årsmøtet fredag ettermiddag. Forslaget ble vedtatt med overveldende flertall. Vi må undersøke med CIC og LOK mhp om dette kan gjøres gjeldende fra 2015 (Bergen) evt først fra 2016 (AHUS).

**Sak som foreslås til neste årsmøte:**

Det foreslås å gjeninnføre utdeling av NGFs forskningsstipend. Ettersom sponsormidler til denne prisen har bortfalt må NGF stå for hele beløp. Det foreslås 50 000 kr.  
 Forslagsstiller: Erik Andreas Torkildsen

**Valg:**

**Nytt PSL varamedlem.** Heidi Høgdahl har trukket seg siden forrige årsmøte. Styrets forslag er Åsle-Marit Ullern. Godkjent av årsmøtet ved akklamasjon.

**Arrangør av årsmøtet 2016.** Styrets forslag er Ahus. Godkjent av årsmøtet ved akklamasjon.

Det orienteres om at følgende utvalg har fått nye medlemmer:

**STAN-utvalget:**

Marit Martinussen, St Olavs

Thomas Hahn, Haugesund

Til erstatning for: Tore Henriksen og Torunn Eikeland

**Laparoskopiutvalget - endret navn til Endoskopiutvalget (navn på nye medlemmer**

offentliggjort etter generalforsamlingen):

Klaus Oddenes, Haugesund

Jeanne Mette Goderstad, OUS

Til erstatning for: Christian Hoyer-Sørensen og Merethe Ravlo

Generalforsamlingen ble avsluttet kl. 1810.

Dato/sted:

27.11.2014 Stavanger

29.11.2014 Hønefoss



Erik Andreas Torkildsen



Gith Eng

- Jone Trovik
- Overlege/Post.dok, Helse Bergen HF
- jone.trovik@helse-bergen.no

# Referat formøte NUGG

**Bergen hadde ansvar for årets program og takket være positive mailresponser midt i sommerferien kunne dette fastlegges før årsmøtenummeret til Gynekologen gikk i trykken.**

Fysioterapeut Gunvor Hilde ved AHUS, som i august disputerte ved Norges Idrettshøgskole over temaet; Bekkenbunn under graviditet og fødsel og effekt av bekkenbunnstrening etter fødsel, delte med oss sin prøveforelesning:

Compare and contrast treatment (non-pharmaceutical) for overactive bladder (OAB): state of the current evidence.

Vi fikk en god oversikt over tilgjengelige ikke-medikamentelle behandlingsmetoder; livsstilsendring, blæretrening, bekkenbunnstrening, elektrostimulering og vaginale vekter, og anbefalinger basert på tilgjengelig litteratur av type RCT/Cochrane-oversikter.

Det foreligger få randomiserte studier som evaluerer effekten av ikke-medikamentelle intervensjoner i behandlingen av overaktiv blære. Generelt sett er evidensgrunnlaget for svakt for å kunne si noe sikkert om effekten av de ulike behandlings intervensjonene, og videre kunne gi råd i valget mellom de ulike opsjonene av ikke-medikamentelle behandling.

Sex selger, og innlegget om Urininkontinens og seksualitet av overlege ved St.Olav og stipendiat Risa Lonnee-Hoffmann skuffet ikke! Vi fikk en flott gjennomgang av kvinners seksuell dysfunksjon ved descens og urininkontines og en spennende vinkling med partnerens opplevelse av hvorvidt underlivsykdom ga seksuelle vansker. Flere enn undertegnede ble beroliget av at kvinner med stressinkontinens IKKE fikk forverret seksuell etter TVT prosedyre, heldigvis ble det også bedre og kanskje til og med for deres partnere...! ;-).

Så holdt Jone Trovik (altså meg selv.. overlege ved Haukeland Universitetssjukehus) innlegg om Obstetriske fistler i I-land, fortsatt et problem? Svaret var ja men et lite problem mhp forekomst og størrelse av fistelen sammenliknet med fistler i utviklingsland. "Våre" fistler skyldes ikke obstruert fødsel men er enten iatrogene (urinveisfistlene; keisersnitt, cærlage) eller rektofistler som oftest kom etter instrumentell forløsning eller grad 3-4 ruptur. Heldigvis lot fistlene seg godt behandles og alle er velkomne til å henvise eller rådføre seg med Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler, KK, HUS ved mistanke om underlivsfistel.



**VEREGEN®**  
GRØNN TE-EKSTRAKT

## – et naturlig valg til behandling av kjønnsvorter

- Fjerningsrate på 52,4%<sup>1</sup>
- Residivrate på 6,5%<sup>1</sup>
- Milde lokale hudreaksjoner er relatert til virkningsmekanismen og bør ikke føre til seponering<sup>1</sup>

**Antiviralt middel.** ATC-nr.:D06B B12. **SALVE 10%:** 1 g inneholder 100 mg ekstrakt (som tørt ekstrakt, raffinert) fra *Camellia sinensis* (L.) O. Kunze, blad (blad av grønn te) (45-56:1), som tilsvarer: 55-72 mg (-)epigallocatektingallat, hvit myk paraffin, hvit bivoks, isopropylmyristat, oleylalkohol, propylenglykolmonopalmittostearat. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) hos immunkompetente pasienter som er 18 år eller eldre. **Dosering:** Voksne: Inntil 200 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 døgnsdose). **Barn:** Sikkerhet og effekt av Veregen er ikke undersøkt hos barn og ungdom under 18 år. **Brukens varighet:** Behandlingen bør fortsette helt til alle vortene er forsvunnet, men uansett ikke mer enn 16 uker totalt (maks. varighet), selv om det skulle komme nye vorter i løpet av behandlingstiden. **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 forglømmes 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 for 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 forhøyede leverenzymmer, 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 eventuell tidligere kirurgisk eller medikamentell behandling. Veregen er ikke blitt vurdert for behandling av vorter i urinrør eller intravaginale, cervikale, rektale eller intra-ale 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. Utisikket påføring i vagina må unngås. I tilfelle utisikket påføring i vagina, vask øvelikkelig bort salven med varmt vann og mild såpe. Ikke-omsiktede mannlige pasienter som behandles for vorter under forhuden, skal trekke forhuden tilbake og vaske området daglig for å forebygge fimrose. Ved tilfelle tegn til struktur (f.eks. ulcerasjon, 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 infiseres, anbefales det å behandle partneren for å forebygge ny infeksjon av pasienten. Ikke utsett 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 tilfelle som er forbundet med en reaksjon i lymfelenutene eller med interse lokale hudreaksjoner som fører til uakseptabelt 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 behandling i mer enn 16 uker eller for flere behandlingskurs har ikke blitt fastslått. Veregen inneholder propylenglykolmonopalmittostearat som kan forårsake hudirritasjoner og isopropylmyristat som kan forårsake irritasjon og sensibilisering av huden. Veregen bør vaskes bort fra det behandlede området for 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. saltebad, topiskalt påført sink eller vitamin E, etc.). Samtidig inntak av høydoserte orale grønn te-ekstraktprodukter (kosttilskudd) bør unngås. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Det er begrenset mengde data på bruk av Veregen hos gravide kvinner. Studier på dyr har vist reproduksjonstoksisitet. 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 metabollitter 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 ettersom 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 rottor 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, urefritt, vaginal candidiasis, vulvovaginit. **Kjønnsorganer/bryst:** Balanitis, dyspareuni. **Nyre/urinveier:** Dysuri, hyppig vannlating, pollakiuri. **Bivirkninger oppstår med høyere hyppighet under okklusive betingelser. Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering. Ved utisikket oralt inntak er behandling av symptomene indisert. **Behandling:** Det finnes ingen spesifikke antidot mot Veregen. Det finnes ikke tilgjengelige erfaringer med oralt inntak av produktet. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kjemoterapeutika til utvortes bruk, antivirale midler. **Virkningsmekanisme:** Virkningsmekanismen til grønn te-ekstrakt er ikke kjent. Den kliniske betydningen av disse funnene er ukjent. **Absorpsjon:** Basert på konsistente data fra eksponeringsstudier (topisk påføring av Veregen 15% og grønn te som drikke) kan det forventes at systemisk eksponering av katekiner etter dermal påføring av Veregen ikke overstiger systemisk eksponering ved oralt inntak av grønn te. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Brukes innen 6 uker etter første gangs åpning. **Pakninger, priser og refusjon:** Vnr. 43909. Veregen salve, styrke 10%, tube 15g. Pris kr. 491,30. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no. Meld bivirkninger på www.legemiddelverket.no/medisiskjema. **Referencer:** 1. Veregen® preparatomtale



# Referat formøte internasjonal kvinnehelse

Gynekologi og obstetikk er et av de viktigste fagfeltene innen global helse. Kvinnehelse har tradisjonelt, og over store deler av verden vært underprioritert, og er det fortsatt. Til tross for at det har skjedd store endringer, er det fortsatt en lang vei igjen å gå før man når FNs tusensårs mål nummer 5, som er å redusere svangerskapsrelatert dødelighet. Mål nummer fire, å redusere barnedødeligheten, henger også nøye sammen med arbeidet vi som gynekologer gjør. Tidsfristen for å oppnå de ambisiøse målene går ut om kun noen få uker, og det er åpenbart at mye arbeid står igjen også etter at vi går over i 2015. Det er derfor hyggelig å se at så mange innen vårt fagfelt er interessert og møtte opp på formøtet for Internasjonal Kvinnehelse under årsmøtet i Trondheim.

Første foredragsholder var Herman Lonnee som er anestesilege ved St. Olavs Hospital, og med mange års erfaring fra feltarbeid over hele verden gjennom ulike organisasjoner. Han var invitert til å snakke om anestesi under vanskelige forhold, dvs. hvordan kan man løse de vanligste og vanskeligste utfordringene man står ovenfor når man arbeider i felt, og ofte ikke har tilgjengelig anestesilege, godt utstyr eller medisiner. Det var åpenbart at Herman har omfattende erfaring, og han kom med mange nyttige tips og råd, som nok flere enn undertegnede gjerne også skulle ha kunnet tidligere.

Deretter fikk vi høre en veldig engasjerende og personlig historie fra Gunvor Eikeland og hennes arbeid som gynekolog i felt for Leger Uten Grenser. Oppgavene man har som gynekolog i slike settinger er ganske annerledes enn det man ser hjemme. De kan nok på samme tid både være overveldende og inspirerende. Man er i et område hvor både mødre- og barnedødeligheten er

skyhøyt over norske nivåer, men man har som gynekolog samtidig en unik mulighet til å gjøre en stor forskjell for mange mennesker. Mangelen på helsepersonell i lavinntektsland, og spesielt i Sub-Sahara Afrika er prekær, og det er stort behov for leger, og da særlig gynekologer, kirurger og anestesileger, i disse områdene. Forhåpentligvis fikk Gunvors spennende foredrag flere til å ta kontakt med Leger Uten Grenser som hadde stand i pauseområdet gjennom hele årsmøtet.

Avslutningsvis ble hjemmesiden for Internasjonal Kvinnehelse presentert. Dette er en side man finner under Legeforeningens grupper, som ble opprettet etter årsmøtet i Ålesund i 2012. Det er for tiden 27 registrerte medlemmer, men det er en åpen gruppe med rom for alle som har interesse av global helse. Det legges ut jevnlig henvisninger til ny forskning innen global helse, linker til kurs og møter om interessante temaer, og kan fungere som et diskusjonsforum for alle interesserte. Hvem som helst kan

legge inn artikler eller kommentarer som de mener kan være av interesse for andre. Forsamlingen ble oppfordret til mer aktivt bruk av forumet, hvor man kan diskutere og lære av andre med samme interessefelt. På det samme forumet finner man også en excel-fil som inneholder informasjon om mange av forumets medlemmer, blant annet deres spesialkompetanse og interessefelt, samt utenlandserfaring. Dette kan man bruke til å finne ressurspersoner å samarbeide med eller spørre om råd ved behov i sitt kliniske arbeid eller forskning. Alle medlemmer oppfordres derfor til å legge inn og oppdatere informasjon om seg selv.

Internasjonal kvinnehelse er et fryktelig viktig og spennende fagfelt, og det er hyggelig å møte og se andre med felles interesser slik man gjør på disse formøtene. Forhåpentligvis kan vi også bli flinkere til å diskutere og lære av hverandre via nettsidene våre.



- Arild Kloster-Jensen
- Spes. praksis, Arendal
- akloster@online.no

# Referat formøte PSL

**Dette årsmøte sammenfalt med feiringen av Mette Moens 70 års dag. Hun hadde invitert venner og kollegaer fra nært og fjernt, og PSL brukte 2 av disse som foredragsholdere.**

**Anette Tønnes Pedersen** Rigshospitalet, København snakket om Prematur ovariesvikt.

Prematur ovarialsvikt er definert som tap av ovarial funksjon før kvinnen er 40 år.

Kvinnene har økte gonadotropiner og lav østradiol. De har en hypergonadotrofi hypogonadisme. Den rammer ca. 1 % av kvinner.

Etiologien inkluderer genetiske defekter, auto immune prosesser, kjemoterapi/strålebehandling og infeksjoner.

Kromosom analyse kan vise mosaikk Turner syndrom som man ikke har kjent til tidligere.

Da hormonverdier fluktuierer, bør man ta 2 sett med prøver med 2-6 uker intervall før man setter diagnosen. AMH er som regel null.

Det er viktig å huske at tilstanden ikke

nødvendigvis er permanent og enkelte ovulasjoner kan forekomme etter stilt diagnose. Etter kjemoterapi kan ovariefunksjonen bedre seg over tid.

Kvinnene skal ha østrogen substitusjon og tillegg av syklisk gestagen med blødninger er foretrukket, spesielt om barneønske fortsatt er tilstede.

Der ble fremhevet at slik substitusjon ikke kan sammenlignes med østrogener senere i klimakteriet i forhold til risk for brystkreft.

Dette blir mer en mangel sykdom som korrigeres.

**Lian Ulrich** Rigshospitalet, København: Myom eller sarkom, den vanskelige differentialdiagnose.

Hennes foredrag var svært aktuelt etter at FDA (US Food and drug administration) tidligere i år påpekte vanskeligheten med pre operativt å skille mellom myom og sarkom. PSLere har svært mange slike

pasienter til kontroll.

Fasit er fortsatt at det er vanskelig å plukke ut de få som har sarkom. Ultralyd CT, MR gir ikke svar, men uskarpe kanter av tumor er et fare tegn, kalk i tumor tyder på benignt myom. Man forsøker å se om farge Doppler kan gi informasjon om vaskularisering av sarkom. Endometriet pipelle undersøkelse og abrasio er ofte negative i forhold til sarkom diagnosen.

Man bør huske at myomer ikke vokser etter menopause og eldre kvinner med symptomer fra en slik tumor kan være tegn på malignitet. Dette ble også poengtert av Bjørn Busund i hans foredrag på lørdag hvor han gjennomgikk sarkomer på Ullevål fra år 2000- 2013.

Heldigvis er sarkomer en sjeldenhet i forhold til antall myomer, men fortsatt er diagnosen vanskelig å stille.

# Norsk Gynekologisk forenings årsmøte 2014

## Trondheim 23.-26. oktober

**Hausten hadde for alvor inntatt Trondheim i slutten av oktober, og byen helsa tilreisande gynekologar velkomne med regn, vind og kulde. Dette la på ingen måte nokon dempar på arrangementet; tvert i mot førte det til vi ikkje bega oss ut på tilfeldige utflukter i trønderhovudsteden, men heller heldt oss med gode kollegaer inne på kongressenteret.**

For nokre av oss starta kongressen allereie 22. oktober, FUGO hadde sett saman eit strålende forkurs som mellom anna inkluderte internasjonale namn med lokalt tilsnitt, som Harm-Gert Blaas og Torbjørn Eggebø. Det vart også arrangert formøte for NUGG, PSL, NFGO og IK.

Sjølve årsmøtet vart høgtideleg opna av ordføraren i Trondheim, Rita Ottervik, som med ordførarkjede og gravalvor brukte ti minutt på å ønskje oss velkomne til Trondheim. Deretter var det tid for vår kjære leiar, Jone Trovik, som på sitt vanlege vis ynskte oss velkomne og bad oss sitte ned og teie stilt. Dette var ikkje vanskeleg under neste innslag, der lokale talent med og utan gynekologisk bakgrunn tolka sentrale verk frå det klassiske pensum (Figur 1).

Internasjonal gjest James Walker snakka lenge og godt om kvalitetssikringsarbeid, han har vore redaktør for publikasjonen "Why mothers die", som nyleg skifta namn til det meir positivt ladde "Helping mothers live", men med same sørgelege tema. Deretter kom FUGO med ei betimeleg oppfordring om å "gje kniven vidare", før vi fekk kaffi og høve til å besøke utstillarar og sjå på posterar. Mange gode studier var

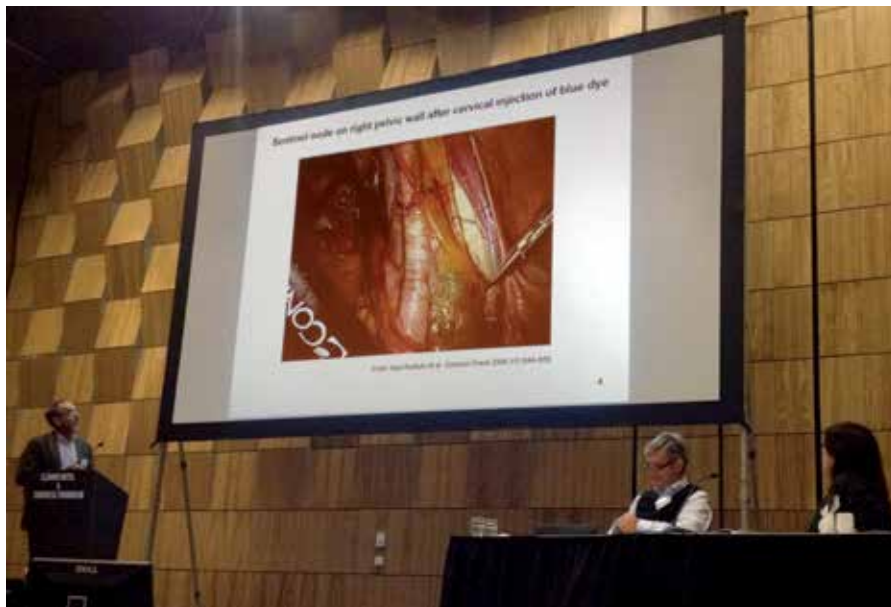
effektivt presentert på fargeglade plakatar, og ulike visuelle hjelpemiddel var tatt i bruk i kampen om merksemd. Industrien var hjerteleg til stades, og ein kunne mellom anna få presentert nye induksjonsteknikkar og hysteroskopisimulatorar av engasjerte og velklede representantar. Deretter kom ein grundig gjennomgang av forskriftsendringa som i 2012 sette grensa for svangerskapsavbrot til 21 veker 6 dagar. Problemstillinga vart belyst frå ulike vinklar av fagpersonar med dertil eigna kompetanse, og deretter debattert.

På kvelden var det samankomst (eller gettugedder, som det tydelegvis heiter på trøndersk) på Rockheim. Her var det sørgeleg lite rockhistoriske klenodier, berre betongveggar og panoramavindu. Eg hadde i det minste forventa å få sjå lurken til Hans Rotmo. Mat og drikke var heilt OK, festdeltakarane av ypperste klasse (Figur 2), men å spele moderne amerikansk dansemusikk på ein stad som kaller seg Rockheim...

Tidleg neste morgon gjekk vi i gang med infertilitetsrelaterte emne, eit fagfelt som dessverre er stadig meir aktuelt. Flinkle folk belyste dette i poengterte forelesingar før vi

gjekk laus på fyrste runde med frie foredrag. Det er alltid spennande å høyre kva det vert forska på ved små og store avdelingar kring i landet, og vi fekk erfare at komiteen ikkje for med tomt prat når dei påstod seg å ha hatt ein vanskeleg jobb med utvelginga. Allereie i denne fyrste sesjonen fekk vi presentert Marte Myhre Reigstad sitt arbeid på risiko for kreft etter assistert befrukting, som seinare vart utropt til beste gynekologiske foredrag. Ellers presenterte både gamle og nye fjes sine studier med innsikt og tyngde, vi håpar på endå fleire unge friske pust til neste år.

Etter ein effektiv lunsj der vi mellom anna kunne sjå 3D laparoskopi og ei heilt ny ultralydmaskin med matrixprobe (det vil seie viss du klarte å dytte Eggebø bort lenge nok til å få sett den), braka det laust med fleire frie foredrag, også desse av gjennomgåande høg klasse. Her kom også det som fekk pris for beste obstetriske foredrag, Line Berntzen sin studie på graviditet og HIV. I denne sesjonen fekk vi også tid til ein lege utan grenser, Torbjørn Eggebø, som fortalde om internasjonalt arbeid. Etter dette var det kaffi og nye samtaler med selgarar av ultralydmaskiner og laparoskopiutstyr, før tredje runde med frie foredrag. Her fekk vi mellom anna høyre Erica Werner fortelle om



Bjørn Hagen engasjerte med sine sjølvlysande vaktpostlymfeknutar.

Vidare vart det presentasjon av neste års vårmøte og årsmøte i henholdsvis Kristiansand og Bergen, bergensarane stilte med paraply og buekorps (greit for trønderane å få fordommene sine bekrefte) medan sørlendingane lova sex, drugs og rock'n roll. Vi får tru begge arrangement vert godt besøkte. Anne Eskild vart tildelt Bayers forskningspris, og Christian Tappert vart vinnar av årets quiz. Nasjonalt senter for postmedisin kom opp og premierte posterane til Gunvor Eikeland og Solveig Stridsklev, og Ingrid Volløyhaug vann prisen for mest perfekte abstract. Etter middagen trakk dei mest uthaldande opp i baren i øverste etasje der det var god stemning langt ut i dei små timane (Figur 5).



Jörg Kessler gjer greie for Norsk Gynekologisk Forening sitt syn på ultralyd til datering av svangerskap. Styret følgjer nøye med.

Trass dette, og trass dei før nemnde problema med å kome seg heim på ein laurdag, var det svært godt oppmøte på morgonen neste dag, då to av våre mest veltalende og engasjerte kollegaer braka saman i diskusjon kring preterm fødsel. Etter ein pause med sårt tiltrengt kaffi og konversasjon med selgarar av lovande diagnostiske testar og sterke smertestillande, var det tid for den nest siste sesjonen med frie foredrag. Også denne var godt besøkt, kvaliteten høg og formidlinga god. Her vil vi særleg trekke fram Eggebø, som til trass for betydeleg forvirring om kvar han hørde til, formidla sin studie med kunnskap og glød. Etter ein kjapp lunsj, utan samtalar med selgarar, sidan dei alle hadde reist heim, gjekk vi laus på siste runde frie foredrag, også denne med imponerande godt oppmøte. Caroline Ravndal presenterte på strålande vis sin studie på lokalanestesi ved laparoskopi, og vår kjære leiar Jone Trovik viste at ho også er ein røvar på akronym.

Avslutninga inneheldt heider og ære til før nemnde vinnarar, og eit "Ja, da er det vel slutt, da?" frå vår kjære leiar, før vi hutra oss ut i dei ventande flybussane og tok fatt på den lange reisa heim.

framtida innan kreftbehandling, og sjå Bjørn Hagen vise film av vaktpostlymfeknutar (Figur 3). Sjølv om dagen var lang, klarte også desse å formidle sine studier med engasjement så vel som faglegheit.

Årets generalforsamling vart prega av debatten kring helsedirektoratet sine retningslinjer for ultralyd terminbestemming. Etter ei grundig innleiing ved Jörg Kessler (Figur 4), redaktør for det aktuelle kapittelet i rettleiaren, vart det ein frisk debatt med til dels høg temperatur. Konklusjonen vart noko uklar for Gynekologens utsende, men nokon skulle muligens sende eit brev.

Forhåpentlegvis framgår det tydelegare i møtereferatet. Det vart også bestemt, etter eit innlegg frå ein engasjert kollega frå grigsgrendte strøk, å flytte årsmøtet fram slik at det kan avsluttast på fredagane, slik at ein lettare kan kome seg heim etterpå.

På kvelden var det festmiddag med taler, akrobatikk, ein svært trønderisk toastmaster og velsmakande kveite. I ein kjensleladd sesjon vart mangeårig vestnorsk obstetrisk bauta Torunn Eikeland tildelt Norsk Gynekologisk Forening sin heiderspris post mortem. Son hennar tok imot prisen og rørte alle med sin takketale.



Først hadde fotografen glemt kameraet. Deretter gikk Gynekologens fotojournalist tom for batteri. Så fekk Marte Reigstad ein idé. Til slutt hadde vi eit lass med sjølvportrett. Her i utval: Kremen av norske gynekologar, fotografert av kremen av norske gynekologar!

# Fem på festmiddag



**Tom Guldhav**

*-Kva føler du for Trondheim?*

-Trondheim er en flott by!

*-Kva tenker du om Helsedirektoratet si avgjerd om ultralyd terminbestemming?*

-Jeg tenker at vi snart må bli så voksne at vi kan bli enige innen fagmiljøet i Norge.

*-Ditt beste årsmøte gjennom tidene og kvifor?*

-Førde! Det er fordi jeg var med og arrangerte det.



**Marte Myhre Reigstad**

*-Kva føler du for Trondheim?*

-Det er en... barteby, som har vært veldig hyggelig å være i.

*-Kva tenker du om Helsedirektoratet si avgjerd om ultralyd terminbestemming?*

-Ingen kommentar.

*-Ditt beste årsmøte gjennom tidene og kvifor?*

-Det må være dette. Spesielt god stemning.



**Ingrid Volløyhaug**

*-Kva føler du for Trondheim?*

-Det er jo et sentrum i Norge. Veldig bra by å bo i. Og å jobbe i.

*-Kva tenker du om Helsedirektoratet si avgjerd om ultralyd terminbestemming?*

-Der må æ si at æ har ikke fulgt med.

*-Ditt beste årsmøte gjennom tidene og kvifor?*

-Dette! Fantastisk arrangement. Flott stemning, kjempebra oppmøte...



**Stein Tore Nilsen**

*-Kva føler du for Trondheim?*

(Syng, med klangfull baryton) -Trondhjem, Trondhjem, at æ reist ifra dæ...

*-Kva tenker du om Helsedirektoratet si avgjerd om ultralyd terminbestemming?*

-Det er eg ikkje kompetent til å ha meninger om.

*-Ditt beste årsmøte gjennom tidene og kvifor?*

-Det var et i Haugesund da eg fikk Bayerprisen.



**Knut Hordnes**

*-Kva føler du for Trondheim?*

-Trondheim er en fantastisk by. Eg har studert her i syv år. Det er en koselig by. Det er ikke Bergen, men bra.

*-Kva tenker du om Helsedirektoratet si avgjerd om ultralyd terminbestemming?*

-Jeg tenker at den var forhasstet, og at det var uheldig at de ikke har hentet inn ekspertise via Norsk Gynekologisk Forening.

*-Ditt beste årsmøte gjennom tidene og kvifor?*

-Årsmøtet i Tromsø var veldig bra. Det var ikke på grunn av svømmehallen, den var ganske langt unna.

**Veilederen i obstetrikk er nå tilgjengelig i Appstore!**

# Norsk Gynekologisk Forenings Hederspris 2014 tildelt

## Torunn Eikeland

**pga mangeårig innsats som helhjertet obstetriker og aktiv bidragsyter i NGFs arbeid.**



Torunn studerte medisin i Bergen og begynte allerede der sin gynekologiske karriere som aktiv MSOer. Etter turnustjeneste i Mo i Rana startet hun spesialisering på KK, Haukeland Universitetssjukehus. Som ferdig spesialist drog hun til Haugesund som deres første kvinnelige overlege i 1986 og ble værende der. Det er ikke få Haugalandinger hun har overvåket intrauterint og under fødsel.

Torunn har alltid hatt en brennende interesse for kvinnehelse og aller mest fødselshjelp. Hun var en obstetrisk bauta; alltid faglig oppdatert og som seksjonsoverlege har hun sørget for at "hennes" fødeavdeling hadde prosedyrer på plass! Hun har vært en særskilt læremester der alle spesialistkandidater har fått stødig veiledning både på fantom og underveis på fødestuen.

Torunn har vært en meget aktiv bidragsyter til NGFs arbeid; styremedlem/sekretær 2002-2005, rmedforfatter til Veileder i Fødselshjelp samt sittet i STAN-utvalg. Hun har vært aktivt tilstede på mange møter arrangert av NGF, både som deltager i de faglige debattene men også som sosial miljøskaper.

Hun hadde flere verv utenfor NGF bl.a oppnevnt til Helsedirektoratets Fagråd for svangerskaps- fødsels og barselomsorg 2002-08 samt 2011-2012 og Medisinsk Fødselsregisters Fagråd fra opprettelsen juni 2010 frem til 2014.

Komiteen for NGFs hederspris (de tre siste ledere av NGF) var svært glade for å kunne gi denne prisen til Torunn. Vi fikk medelt det til prisvinneren men dessverre døde Torunn kort tid før årsmøtet slik at hennes sønn Snorre Eikeland mottok prisen (et bilde av Eva Langaas) på vegne av familien.

Jone Trovik  
Leder

Knut Hordnes  
Tidligere leder

Bjørn Backe  
Tidligere leder

Norsk Gynekologisk Forening

# Norsk Gynekologisk Forening vil med dette begrunne tildeling av Bayers Gynekologiske Hederspris (forskningspris)

## Anne Eskild

Anne Eskild f. 1956, er lege, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer fra 2005 og en engasjert og meget produktiv forsker. Hun har sin forskningsbakgrunn innen epidemiologi og biostatistikk, og ble professor i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UiO i 2006. Siden 2012 har hun ledet Avdeling for forskning ved Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus.

Medisinstudiet i Tromsø ledet henne inn i et engasjerende samfunnsmedisinsk epidemiologi-kompetent forskningsmiljø i Tromsø med utviklingsmulighet også innen et kvinnepolitisk perspektiv med studier som for eksempel evaluerte HIV-infeksjoner hos prostituerte.

Hennes forskningsfelt spenner vidt: fra doktorgrad om HIV, studier om abort, psykososiale faktorer som kan påvirke svangerskap og fødsel, ulike kompliserende sykdommer i svangerskap og fødsel (infeksjoner, bekkensmerter, skulderdystoci), studier av biomarkører for placentasykdom og andre svangerskapskomplikasjoner, til kreft (endometriskancer, mamma-cancer og HPV/cervixdysplasi).



Hun har pr i dag 160 PubMed oppslag, flere av artiklene er i velrennomerte tidsskrift. Hun har bygget opp et solid forskningsmiljø ved kvinneklinikken AHUS fra sykehuset fikk status som Universitetssykehus, og hun nyttiggjør seg der sin epidemiologiske bakgrunn og nettverk i store registre samt nasjonale og internasjonale samarbeidende miljø. Hun har veiledet 10 doktorgradskandidater og har pt 4 aktive stipendiater.

De senere år har hun interessert seg for blant annet komplikasjoner ved svangerskap relatert til økende alder hos gravide kvinner. Hun har målbåret dette i en rekke kronikker/avisinnlegg/ debatter og rettet søkelys mot dagens politikk som økonomisk favoriserer eldre fødende sammenliknet med unge kvinner med lav eller ingen lønnsinntekt mhp ytelser etter nedkomst. Hun er uredd, viker ikke for å fremme politisk «ukorrekte» meninger det være seg mot tidlig ultralyd eller massevaksinasjon hvis hun mener det enten strider mot vern av samfunnets svakerestilte, eller ikke har dekning i godt fundert medisin. Hennes engasjement blir lagt merke til også utenom medisinske kretser, blant annet ble hun i 2010 som en av 10 portrettert i boken «I hodet på en ildsjel» av Geelmuyden.

Norsk Gynekologisk Forening mener hun er en gynekologisk forsker verdig en pris. Hun har frembrakt mye kunnskap og trekker linjene mellom samfunnspolitiske forhold og sine forskningsfelt. Heldigvis har hun fortsatt mange års aktivt virke foran seg der hun kan bruke prispengene kr 20 000.- som hun får til disposisjon i form av Bayers Gynekologiske Hederspris (Forskningspris/Fagutviklingspris).

Jone Trovik  
Leder

Knut Hordnes  
Tidligere leder

Bjørn Backe  
Tidligere leder

Norsk Gynekologisk Forening



# *Spesialitetskomiteens utdanningspris 2014 tildelt Levanger*

**Under NGFs årsmøte i Trondheim ble Utdanningsprisen 2014 tildelt Levanger. Denne prisen ble første gang utdelt av spesialitetskomiteen i 2013, og går til avdelinger som har gjort en særlig innsats for spesialistutdanningen.**

I faget Fødselshjelp og kvinnesykdommer vil mange dyktige spesialister gå av med pensjon de nærmeste årene. For å opprettholde høy faglig standard er det helt vesentlig at det utdannes dyktige spesialister med bred erfaring.

Spesialitetskomiteen oppnevnes av Sentralstyret i Legeforeningen og er rådgivende og sakkyndig organ i alle saker som omhandler spesialistutdanningen. Hvert år besøkes flere utdanningsavdelinger og alle utdanningsrapporter og generelle og individuelle utdanningsplaner gjennomgås. Det gis noen pålegg og tips til forbedringer, men komiteen registrerer også at mange legger ned et stort arbeid for å optimalisere utdanningen.

I 2013 fikk Drammen som første avdeling Spesialitetskomiteens utdanningspris. Prisen går til en avdeling som har godtfungerende veiledning, supervisjon, fordypningsopplegg og internundervisning. I tillegg skal vinneren har gjort en ekstra innsats for å utdanne gode spesialister.

I finalerunden 2014 var St Olavs hospital, Gjøvik, Oslo universitetssykehus og Levanger med i finalerunden. Det var altså Levanger som vant på grunn av sitt imponerende utdanningsmiljø.

Til alle avdelingsledere og ledere av utdanningsutvalg: Sats på utdanningsprisen 2015!



# PRISER ÅRSMØTET TRONDHEIM:

## Beste frie foredrag obstetrikk:

**Line AD Berntzen: Graviditet og HIV, hvordan går det med mor og barn?**

Begrunnelse: Et tema med stor interesse for publikum. Viktig gjennomgang av resultatene hos HIV-positive gravide som ble presentert på en veldig god og engasjerende måte.

## Beste frie foredrag gynekologi:

**Marte Myhre Reigstad: Risiko for kreft etter behandling med assistert befruktning - en registrertbasert cohort studie med data fra medisinsk fødselsregister og kreftregisteret.**

Begrunnelse: Viktig studie med ny kunnskap nyttig for årsmøtets deltagere. Studien ble strålende presentert og spørsmålene ble imponerende godt besvart.

## Beste poster:

**Gunvor Eikeland: Embolisering av arteria uterina. Blir kvinnene fornøyde?**

Begrunnelse: En flott studie med pasientopplevelsen i fokus. Posterens var illustrativ, oversiktlig og godt komponert.

## Publikums posterpris:

**Solveig Stridsklev: Doppler av a. uterina i første og andre trimester hos friske gravide - en longitudinell studie.**

## Perfekte abstrakt:

**Ingrid Volløyhaug: Objektiv kurrate, grad av tilfredshet og komplikasjoner etter descenskirurgi ved St Olavs Hospital 2011-2013.**



Marit Lieng deler ut pris for det perfekte abstract.

## Beste poster:

**Gunvor Eikeland: Embolisering av arteria uterina. Blir kvinnene fornøyde?**

Begrunnelse: En flott studie med pasientopplevelsen i fokus. Posterens var illustrativ, oversiktlig og godt komponert.

## Quiz-vinner:

**Christian Tappert**



vinner av posterquiz



## *Nekrolog Gunnar Økland*

### **Gunnar Økland vart fødd på Stord 21/12 1926.**

Han vart uteksaminert cand. med. frå Universitetet i Oslo i 1954. I perioden 1957 - 59 arbeidde han ved Sandefjord sykehus, og deretter som assistentlege innan gynekologi og obstetikk ved Arendal sjukehus frå 1959 til 1962. I åra 1962 – 68 var han assistentlege, reservelege og etter kvart overlege i gynekologi og obstetikk i Oslo, fyrst ved Aker sykehus, deretter Radiumhospitalet og til slutt ein kort periode ved Rikshospitalet. Han vart henta frå Oslo til Stavanger av dåverande avdelingsoverlege Kjell W. Skarsten i 1968 og arbeidde

i Stavanger til han pensjonerte seg. Han var ein pionér innanfor laparoskopi, og var den fyrste i Stavanger som opererte med denne teknikken. Han var tidleg interessert i ultralyd, og var ein pådriver for å få tak i eit ultralydapparat til fødeavdelinga.

Økland sovna stilt inn 7. november 2014 i ein alder av nesten 88 år, etter fleire år med redusert helse. Han vil bli hugsa som ein lesande kollega som alltid heldt seg oppdatert, ein dyktig operatør og humoristisk pedagog, ein habil fiskar og lidenskapeleg seglar.

# Kjære FUGO-medlemmer!



## FUGO

Jeg håper og tror at når denne teksten blir lest er mange avdelinger rundt i landet godt i gang med Gi Kniven Videre-kampanjen. FUGO styret, og spesielt Tiril Tingleff som ansvarlig for kampanjen, har jobbet mye med dette prosjektet i løpet av 2014, og dere kan i denne utgaven av Gynekologen kan lese en egen tekst om svarene fra den innledende spørreundersøkelsen vi sendte ut til alle LiS i landet. I tillegg til Tiril, har Helene Fjeldvik Peterson fra FUGO, samt Camilla Kleveland og undertegnende som representanter fra spesialitetskomiteen for fødselshjelp og kvinnesykdommer gjort forarbeidet til kampanjen. Vi har også hatt uvurderlig hjelp fra Ole Anders Stensen i Legeforeningens Seksjon Fagutvikling. Men, den største jobben gjøres av alle i avdelingene, både LiS og overleger, inkludert avdelingsledere som viser engasjement og støtte. Vi håper mange har godt utbytte kampanjen, hver på sin måte, og gleder oss til å høre tilbakemeldinger når kampanjeperioden er over 1. april 2015. Vi lover å følge opp med oppdateringer i Gynekologen.

Årets FUGO kurs omhandlet 3D ultralyd og ultralyd under fødselen. Det engasjerte mange, og fagmiljøet stilte velvillig opp. Kursleder Olav Nordbø styrte som vanlig planlegging og gjennomføring med stø hånd, og vi fikk jevnt over gode tilbakemeldinger. På generalforsamlingen til FUGO diskuterte vi tema for fremtidige FUGO kurs, og fikk mange gode innspill. Vi var også heldige å få høre sentralstyremedlem Christian Grimsgaard som foredragsholder på FUGOs årsmøte, som med sin gode underholdningsevne forklarte oss «hvorfors det er viktig å være engasjerte».

ENTOG Utvekslingen i 2015 blir til Nederland, og vi har allerede fått invitasjon fra vertslandet som dere kan se en annonse om i denne utgaven av Gynekologen. Jeg tror det blir en godt organisert utveksling med høyt faglig innhold, hvor man kan hospitere og lære om alt fra robotkirurgi til hjemmefødsler. Vi har mulighet til å sende 2 eller 3 LiS fra Norge, og søknader vil bli prioritert etter FUGOs retningslinjer. Søknad kan sendes til [elise.thsletten@gmail.com](mailto:elise.thsletten@gmail.com) og består av en veldig kort oppsummering av hvor du jobber, hvor du studerte, fartstid i faget, evt tillitsverv/faglige interesser.

FUGO styret 2015 har blitt frisket opp av fire nye medlemmer: Cathrine Fiskum fra Namsos, Erica Hove fra Stavanger, Thea Falkenberg Mikkelsen fra OUS og Camilla Kleveland fra Harstad. Dermed er vi sikret god geografisk spredning, selv om det ser dårlig ut for kjønnskvolteringen (menn: ta det som en oppfordring!). Gratulerer til dere med nye verv! Elise Sletten, Tiril Tingleff og Helene Fjeldvik Peterson fortsetter med stø kurs.



Jeg vil takke Olav Nordbø (for utrettelig innsats med kursorganisering og rolige innspill når diskusjonen tar av), Åsmund Iversen (for «it-nerding» med FUGO hjemmesiden og et alltid blidt åsyn på møter), Johanne Holm Toft (for din fantastiske møte mat og plettfriske korrekturlesning) og Silje Eilertsen Denstad (Trøndelags blideste dame, som har stilt til møter i FUGO med livet som innsats!) som alle fire går ut av styret samtidig med meg.

Jeg avslutter min tid i FUGO med aldri så lite vemod. Etter at jeg i sin tid ble vervet har jeg fått mange nye gode venner, høstet erfaringer og lærdom fra arbeid som gjøres av dedikerte kollegaer over hele landet (helt gratis!) og blitt enda mer glad i faget vårt. Jeg ønsker det nye styret lykke til med videre arbeid, og oppfordrer også alle LiS, uavhengig av hvor lenge man har vært i gamet, til å «være engasjerte»!

Takk for meg.  
Marte Myhre Reigstad

## FUGO-styret 2014

|                         |                     |  |  |
|-------------------------|---------------------|--|--|
| Marte Myhre Reigstad    | Leder               | ENTOG representant / FUGOs representant i spes kom | <a href="mailto:martereigstad@gmail.com">martereigstad@gmail.com</a>                         |
| Olav Nordbø             | Nestleder           | Kursansvarlig / ENTOG representant                 | <a href="mailto:olav.nordbo@gmail.com">olav.nordbo@gmail.com</a>                             |
| Tiril Tingleff          | Kasserer            | NFYOG representant                                 | <a href="mailto:tirilt@hotmail.com">tirilt@hotmail.com</a>                                   |
| Åsmund Mjølven Iversen  | Sekretær            | Webredaktør  | <a href="mailto:dra.iversen@gmail.com">dra.iversen@gmail.com</a>                             |
| Helene Peterson         | Styremedlem         | NGF Vara / NFYOG representant                      | <a href="mailto:helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com">helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com</a> |
| Johanne Holm Toft       | Styremedlem (Vara)  | Representant til Gynekologen                       | <a href="mailto:johanne.holm.toft@gmail.com">johanne.holm.toft@gmail.com</a>                 |
| Silje Eilertsen Denstad | Styremedlem (perm.) |  | <a href="mailto:silje.eilertsen.denstad@stolav.no">silje.eilertsen.denstad@stolav.no</a>     |

# Forening for utdanningskandidater i gynekologi og obstetrikk (FUGO)

## Generalforsamling 2014

Clarion Hotell og Kongress, Trondheim Kl. 11-11.40

### Godkjenning av innkalling.

**Valg av styreleder: Marte Myhre Reigstad**

**Valg av referent: Helene Fjeldvik Peterson**

**Agenda presenteres, det har ikke kommet inn noen saker fra medlemmene.**

### Presentasjon av årets styre:

- Marte Myhre Reigstad – Leder, ENTOG, rep. i Spesialistkomiteen.
- Olav Nordbø – Nestleder, kursansvarlig, ENTOG rep.
- Tiril Tingleff – Kasserer, NFOG.
- Åsmund Mjølven Iversen – Sekretær, webredaktør.
- Helene Fjeldvik Peterson – Styremedlem, NGF vara, NFOG rep.
- Johanne Holm Toft – Vara styremedlem, rep. i Gynekologen.
- Silje Eilertsen Denestad – Styremedlem, i permisjon

### Årsrapport publisert i Gynekologen

Leder Marte Reigstad Ingen innspill eller kommentarer fra salen.

### Økonomi

- kasserer Tiril Tingleff

Regnskap 2013:

Inntekt fra NGF: kr 60 000, ENTOG utveksling kr 15 000 Utgifter: 46821 kr Godkjennes ved akklamasjon.

Budsjett 2014:

– ingen store endringer. Forventes noe lavere utgifter enn tidligere, gr.mindre oppslutning og færre styremøter.

Budsjett 2015:

Inntekt fra NGF kr 60 000 + ENTOG utveksling kr 1500, Utgifter: Kan forventes noe høyere enn i 2013/14, gr. større geografisk spredning av styremedlemmer. Vedtas ved akklamasjon

### Gi kniven videre

– Tiril Tingleff presenterer

Kampanje for å sette fokus på og forbedre

kirurgisk opplæring med oppstart fra 1.nov 2014 til april 2015. Materiell med plakater, HUSK lommefolder og powerpoint presenteres. Støttes økonomisk av NGF og Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet. Questback før kampanjestart er sendt ut til alle LIS samt kontaktperson på hvert sykehus. Svært god svarprosent så langt, endelige tall foreligger ikke. Presenteres mer detaljert under Årsmøteåpning.

### Norsk Gynekologisk forening

– Elise T. Sletten presenterer NGFs arbeid, bl.a. revisjon av Veileder og publisering av app, mediasaker fra 2014 har vært senabort og reservasjonsretten. Årsmøte 2015 skal være i Bergen, vårmøte 2015 Kristiansand. Oppfordrer FUGOs medlemmer til møte til NGFs generalforsamling for innblikk i NGFs engasjerte arbeid.

### Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynecologists (NFOG)

– Tiril Tingleff presenterer styret, målet og arbeidet med bl.a. kurs. OGU dagene, Educational committee I NFOG planlegger kurs i København, "Train the trainer". Info og oppfordring til å benytte seg av NFOG fondet med søknadsfrist 1.mars og 1.oktober.

### European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG)

– Marte Reigstad. Arbeidet består bl.a. av å reise rundt til ulike sykehus for visitering og akkreditering. Rolf Kischner er generalsekretær.

### European Network for Trainees in Obstetrics and Gynaecology

### (ENTOG)

– Marte Reigstad. I 2013 stilte Norge til valg for å være host for utveksling 2015. Vi tapte med 1 stemme mot Nederland. ENTOG utveksling 2014 var i Glasgow. Utveksling 2015 er altså i Nederland, og vi tar sikte på å sende 2- 3 Lis fra Norge. Medlemmer oppfordres til å søke så snart som mulig, mail sendes til styret. Frist for søknad er 31. januar 2015.

### Evaluering av årets kurs "3 D Uitalyd og ultralyd under fødsel"

– Olav Nordbø presenterer. 20 deltakere. Utfordrende med komplisert tema for kun 1 dagskurs. Tilbakemeldingskjema gjennomgås: noe lavt score på praktiske øvelser da deltakerne kunne ønske seg mindre grupper og mer tid, stimulering til videre læring fikk høyest score.

Forslag til neste års kurs.

Urogyn, fødselsovervåking, perinatalogi, infertilitet, håndtering av akutte situasjoner i obstetrikk, hverdagsgynekologi, sexologi, basalt kirurgisk kurs.

### Valg av nye styremedlemmer:

Thea Falkenberg-Mikkelsen – OUS  
Camilla Kleveland – Harstad sykehus  
Erica Hove - SUS  
Cathrine Fiskum – Namsos

Nevnte kandidater presenteres, ingen ytterligere meldt til valg, og valgkomiteens forslag velges av forsamlingen ved akklamasjon.

### Eventuelt:

Ingen innsendte saker.

## Noen plager i overgangs- alderen er helt unødvendige

### - behandling med reseptfritt Ovesterin® (østriol) er effektivt

Svie, tørrhet og kløe i underlivet som kommer av østrogenmangel er vanlige problem som enkelt kan behandles der symptomene oppstår. Ovesterin® Vagitorer og Ovesterin® Vaginalkrem er en lokal behandling som virker der den påføres - i skjedens og urinveienes slimhinner.



### Slik virker Ovesterin®

Ovesterin® inneholder det kvinnelige kjønnshormonet østriol, som er det svakeste av de naturlige forekommende østrogener. Lokal applisering av østriol (Ovesterin®) er trygg og sikker hormonbehandling med over 30 års positiv klinisk erfaring.

Bruk Ovesterin® til å motvirke de negative forandringer som oppstår i vaginas slimhinner og i de nedre urinveiene på grunn av mangel på østrogen. Østriol hjelper til med å holde underlivets slimhinner elastiske og motstandsdyktige både mot både naturlig berøring og mot infeksjoner.

Reseptfritt Ovesterin® finns som vagitorier og vaginalkrem. Vagitoriene kommer i 15 pakninger. Kremen kommer i tube med 15 gram. Velg den form som passer best.

Se Felleskatalogen

Markedsføres i Norge av Navamedic ASA [www.navamedic.com](http://www.navamedic.com) Telefon 67 11 25 40  
Utgitt oktober 2014

### Ovesterin® vaginalkrem (østriol)



### Ovesterin® vagitorier (østriol)



Navamedic ASA  
E-post: [info@navamedic.com](mailto:info@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 **Navamedic**



**Ovesterin «Aspen»**

Østrogen.

ATC-nr.: G03C A04

**TABLETTER 1 mg og 2 mg:** Hver tablett inneh.: Østriol 1 mg, resp. 2 mg, laktose, hjelpestoffer.1

**VAGINALKREM 0,1%:** 1 g inneh.: Østriol 1 mg, oktyldodekanol, cetylpalmitat, glyserol, cetylalkohol, stearylalkohol, polysorbat 60, sorbitanmonostearat, melkesyre (E 270), klorheksidindihydroklorid, natriumhydroksid, renset vann.

**VAGITORIER 0,5 mg:** Hver vagitorie inneh.: Østriol 0,5 mg, hardfett.

**Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginit og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Profylakse ved kronisk residiverende cystouretritter ved østrogenmangel. *Kun tabletter:* Ikke infeksjøs cystouretritter som følge av østrogenmangel. Cervikal sterilitet. Forsøksvis ved visse former for urininkontinens. **Reseptfri bruk:** Behandling av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen.

**Dosering:** Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. Urogenitale plager: *Tabletter:* 2-3 mg 1 gang daglig i 2-3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1-2 mg daglig. *Vaginalkrem/vagitorier:* 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikasjon krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke. Pre- og postoperativt ved vaginale inngrep: *Tabletter:* 1 mg daglig. *Vaginalkrem/vagitorier:* Preoperativ behandling bør startes 2 uker før operasjonen med 1 applikasjon krem/1 vagitorie hver kveld, og fortsetter postoperativt i minst 2 uker. Cervikal sterilitet: *Tabletter:* 0,5-1 mg daglig fra 6. til 15. dag. **Administrering:** *Tabletter:* Tas helst til samme tid hver dag. Hele dagsdosen tas på en gang. Svelges hele med litt vann eller annen drikke. *Vaginalkrem:* Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden ved hjelp av kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneh. østriol 0,5 mg. *Vagitorier:* Brukes ved sengetid.

**Kontraindikasjoner:** Kjente tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert vaginalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Porfyri. *Kun tabletter:* Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp- laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

**Forsiktighetsregler:** HRT bør kun initieres for behandling av postmenopausale symptomer ved symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas opp og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske forstyrrelser, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migrane eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. Hormonell substitusjonsbehandling med preparater med systemisk effekt øker risikoen for endometriehyperplasi, endometrie-, bryst- og ovarialkreft samt venøs tromboemboli, iskemisk slag og koronar hjertesykdom. Det antas at sannsynligheten for og alvorlighetsgrad av disse tilstandene er betydelig lavere ved lokal administrering. Ved pre- og postoperativ bruk ved vaginale operasjoner bør profylaktisk behandling mot trombose overveies. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se Pre-paratorataltale (SPC).

**Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Skal ikke brukes under graviditet. Dersom graviditet inntreffer skal behandlingen seponeres. Epidemiologiske studier indikerer ingen teratogene eller føtotoksiske effekter. *Amming:* Tablettene skal ikke brukes under amming. Østriol utskilles i brystmelken og kan nedsette melkeproduksjonen.

**Bivirkninger:** Bivirkningene er ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnorganer/bryst: Ubehag og smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige (ved lokalbehandling): Irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. Klasseeffekt for systemisk østrogen: Galleblæresykdom, hud- og underhudssykdommer (kloasma, erytema multiforme, erytema nodosum, vaskulær purpura), mulig demens >65 år.

**Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03C side d.

**Pakninger uten resept:** Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. er unntatt fra reseptplikt.

**Pakninger og priser:** *Tabletter: 1 mg:* 90 stk. (blister) 590265. *2 mg:* 90 stk. (blister) 023200. *Vaginalkrem:* 15 g 532655. *Vagitorier:* 15 stk. 547802.

Sist endret: 19-09-2014

Markedsføres i Norge av Navamedic ASA

Kontakt: infono@navamedic.com

Tlf: 67 11 25 40

# Dear O&G trainee,

**The ENTOG exchange is a yearly event in which European O&G trainees get the chance to experience a country's health care system from within. The 2015 ENTOG exchange will be held in The Netherlands on 8-12th June 2015. We will be able to accommodate up to 2-3 European O&G trainees per country in the exchange. The ENTOG scientific program will take place on Thursday June 11th in Utrecht with topics including skills training (obstetric emergency training, laparoscopic skills) and e-learning.**

The Netherlands has a lot to offer in the field of Obstetrics and Gynaecology. Exchangees will be located throughout the country and will be given the opportunity to observe the Dutch health care system from close by. For example, you will be able to participate in staff meetings, medical rounds, surgery, outpatient consultation and ultrasound scanning. Activities will be tailored to your needs and preferences as much as possible. Furthermore, the Netherlands have an unique system of primary care midwives with still approximately 20% of all women give birth in their own home. We strive to make it possible, for those who would like that, to observe the primary care midwife in action during a home birth or community outpatient clinic.

Besides the official program, the Netherlands also has a lot to offer culturally. Museums with stunning masterpieces, historical city centres with bicycles everywhere, the dams and dikes to keep the water out and a great nightlife. In short, The Netherlands will never bore! Therefore we would like to welcome you in June 2015 for the ENTOG exchange. Registration is possible through your country representatives or by sending an email to entog2015@gmail.com.

We are looking forward to meeting you all at the 2015 ENTOG exchange!

Yours sincerely,

*The ENTOG exchange committee:*

*Margo Lutke Holzik-Graatsma (president)*

*Ellen Nijkamp (vice-president)*

*Fleur Bergwerff (treasurer)*

*Jacqueline Louwers (secretary)*

*Annemijn Aarts*

*Casper Kammeijer*



# ”Gi kniven videre”

”Gi kniven videre” er en kampanje utarbeidet av FUGO etter inspirasjon fra lignende kampanjer i Danmark og Sverige. Den er støttet av NGF og får økonomisk støtte fra Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet. Bakgrunnen for kampanjen er at det tar lang tid for LiS å fylle operasjonslistene sine og at det er en generell oppfatning at den kirurgiske delen av utdanningen mangler struktur og kontinuitet. FUGO-styret har orientert om kampanjen tidligere, både i årsmøteutgaven av *Gynekologen 2014* og muntlig under åpningen av NGFs årsmøte i Trondheim.

Kampanjen ble lansert i avdelingene i november 2014 og skal gå fram til og med april 2015. I hver avdeling har en eller flere LiS ansvaret for gjennomføringen. De har som oppgave å presentere kampanjen i avdelingen, få i gang en diskusjon om hva som kan gjøres bedre og fronte kampanjen til ledelse og operasjonsstue for å skape forståelse for problemstillingen og viktigheten av å utdanne nye, selvstendige, dyktige, effektive og trygge spesialister. De fikk tilsendt en ferdig powerpointpresentasjon til å presentere kampanjen for kollegaer i avdelingen. Den inneholder illustrasjoner som belyser problemene rundt den kirurgiske opplæringen i dag og konkrete forslag til forbedringer som kan gjøres. Forslagene legger vekt på hvordan organiseringen kan forbedres, hva instruktøren kan gjøre for å hjelpe LiS og ikke minst hva LiS kan gjøre selv for å tilegne seg ferdigheter. For å gjøre endringer i organiseringen er det viktig at ledelsen støtter kampanjen og at det er en vilje i avdelingen til å prioritere kirurgisk opplæring.

Eksempler på hvordan organiseringen kan bedres er å sette opp faste operasjonsdager

for LiS i vaktplanen og unngå å sette LiS til andre oppgaver på operasjonsdagene sine. LiS bør delta i operasjonsplanleggingen, settes som hovedoperatør på egnede inngrep og ha ansvar for pre- og postoperativ samtale med pasienten, samt oppfølging postoperativt. Det kan legges opp til at samme spesialist og LiS opererer sammen flere ganger fortløpende, samt at LiS flere ganger fortløpende er med på samme type inngrep. LiS kan også med fordel oppfordres til å operere sammen med annen LiS. Avdelingene bør ha tilgjengelig materiell for å øve, som D-box eller simulator og operasjonsatlas, og sette av tid til å bruk av dette. Det bør være en strukturert målbeskrivelse for hva LiS skal lære, evt organisere det som sertifisering. Det bør prioriteres at LiS får dra tidlig på kurs i kirurgisk teknikk og laparoskopi.

For selv den beste kirurg kan det være vanskelig i en stresset hverdag å huske å være en tålmodig og pedagogisk veileder. Det vi ser for oss er en god instruktør er en som setter seg inn i hva den mindre erfarne kollegaen kan og vil lære, veileder og slipper LiS til, ser alle inngrep som en mulighet for

å overføre kompetanse, legger en plan for hvordan inngrepet skal gjennomføres og går igjennom forventningene før inngrepet. Ikke minst er en viktig del av opplæring å gi konstruktive tilbakemeldinger etter inngrepet og å kunne ha en åpen diskusjon og vurdering av inngrepet sammen med LiS.

Og hva med LiS? De må også bidra for å bedre opplæring i kirurgiske ferdigheter! De må øve på basale kirurgiske ferdigheter som suturering, knytting og instrumenter, sørge for å være fortrolig med anatomien og lese seg opp på inngrepet i forkant. De bør kjenne til og bruke tilgjengelig innlæringsmateriell som D-box, simulator, atlas og websurg.com. LiS bør sette seg inn i pasienten og operasjonsindikasjonen på forhånd, snakke med pasienten, informere om inngrepet, og ta ansvar for postoperativ oppfølging. LiS bør være bevisst egen kompetanse, ta initiativ og snakke om hva han/hun ønsker å lære, snakke med instruktøren før hvert inngrep, og sette seg inn i hva som kan bli utfordrende ved det aktuelle inngrepet. Det bør være en selvfølge at LiS også kjenner til forberedelser til operasjonen, inkl vasking, dekking, instrumentvalg samt «Trygg



kirurgi». Etter inngrepet er det også viktig å ta initiativ til diskusjon omkring hva som gikk bra og hva man kan bli bedre til.

”Gi Kniven Videre” tilstreber bedre og mer strukturert kommunikasjon i en hektisk hverdag. Vi har utarbeidet et lommekort med en huskeliste til LiS og instruktør som lister opp punkter til gjennomgang før og etter hvert inngrep. Det er også lagt ut standardiserte evalueringsskjemaer på hjemmesiden vår som kan være til hjelp.

Vi ønsker å følge utviklingen i avdelingene i forhold til i hvilken grad LiS får slippe til på operasjonsstua er det utviklet et registreringsskjema som skal sendes elektronisk for elektive inngrep i avdelingen. Resultatene på registreringen legges ut på FUGOs hjemmeside (link fra NGFs hjemmeside) med ujevne mellomrom.

Før kampanjen ble lansert i høst ble det sendt ut to spørreskjemaer, ett til alle LiS via Legeforeningens MinSide og ett til avdelingenes kontaktperson for å kartlegge hvordan opplæringen er organisert på hver enkelt avdeling. Etter at kampanjen er avsluttet vil samme undersøkelse sendes ut på nytt for å evaluere effekten av kampanjen.

Nesten 70% av de som mottok spørreundersøkelsen til LiS svarte, i alt 216 stykker. Ca tre fjerdedeler har hatt kirurgisk tjeneste. Kun en femtedel oppgir å ha kurs i grunnleggende kirurgisk teknikk. Under en tredjedel har svart at det foreligger en målbeskrivelse for hva de skal lære seg. To tredjedeler gjør sjelden eller aldri samme inngrep gjentatte ganger i en gitt periode. To tredjedeler gjør sjelden eller aldri delmomenter av kompliserte inngrep. Når LiS er blitt bedt om å evaluere egne ferdigheter, svarer nesten 90 % at de er trygge på knytning og suturering i fullstendig eller stor grad, over 80 % kan navnet på alle eller de fleste instrumentene, over 80 % leser alltid pasientens journal på forhånd. Likevel har 80 % svart at de ofte eller av og til ikke får operere under inngrep de selv mener de mestrer fordi overlegen tar over eller vil operere selv. Over to tredjedeler har svart at de sjelden eller aldri forteller instruktøren om sine forventninger før inngrepet, noe som bekrefter behovet for å sette fokus på kommunikasjon mellom LiS og instruktør.



På spørsmål om den kirurgiske opplæringen svarer til forventningene LiS hadde før de startet fikk vi bekreftet det inntrykket vi satt med. Under en fjerdedel har svart at forventningene er oppfylt i stor grad. Dette spørsmålet har det vært mulig å kommentere. Enkelte er veldig fornøyd med opplæringen og slipper mye til. De fleste synes de slipper til for lite på operasjonsstua og forteller at de må dekke poliklinikk og vakt mens overlegene opererer. På en avdeling er det på fordypningsdagene sine LiS blir satt opp på operasjon. LiS med lang ansiennitet og ferske spesialister blir prioritert, slik at de med 2-3 års erfaring ikke kjenner seg kompetente innen kirurgiske ferdigheter. I hvilken grad LiS har hatt utbytte av sitt kirurgisk år variere også, noen ble satt til mye visitt og vaktarbeid, mens andre opplevde mer strukturert kirurgisk opplæring. Den manglende strukturen i opplæringen går igjen i kommentarene. Mange savner en målrettet opplæring med innføring i basale teknikker før man er forventet å mestre mer kompliserte prosedyrer. Det er et problem at det går lang tid mellom hver gang man opererer og at det ved mester-svenn opplæringen er tilfeldig i hvilken grad man får slippe til og hvor konstruktive tilbakemeldinger man får. Det er også etterlyst systematisk gjennomgang av kirurgisk teknikk utenfor operasjonsstua, at det i for stor grad er lagt opp til ”learning by doing” og ”ansvar for egen læring”.

Foreløpige tall fra avdelingsundersøkelsen viser at det er stor spredning på hvilken grad LiS får være med på og stå som

hovedoperatør ved de forskjellige avdelingene, fra alle inngrep til ingen inngrep. Ved nesten halvparten av avdelingene er operasjonsdagene satt opp fast i tjenesteplanen, ved 40 % avtales det fra uke til uke, mens ved 13 % er LiS ikke satt opp til faste operasjonsdager. Hvor mange operasjonsdager LiS er satt opp på i løpet av en gjennomsnittlig 8 ukers periode varierer fra ingen til 24 dager, de fleste er satt opp til 1 til 2 operasjonsdager i uka. De fleste avdelingene har tilgjengelig D-box eller simulator, men over halvparten bruker den sjelden eller aldri systematisk.

Under en fjerdedel av avdelingene har formulert en målrettet, konkret plan for den kirurgiske opplæringen. I kommentarfeltet framkommer det at innholdet i en slik plan varierer. En avdeling holder faste laparoskopikurs 2 ganger i året og har skjemaer over hvilke inngrep man skal mestre etter rotasjon på uro gyn og generell gyn som danner utgangspunkt for samtale med leder i utdanningsutvalget. En annen avdeling har møter hvert halvår hvor LiS kommer med innspill om hvilke inngrep de trenger. Avdelingen har forskjellige inngrep på de forskjellige ukedagene og LiS blir satt opp den aktuelle dagen ilt det neste halvåret. Uerfarne LiS starter med laparotomier og går så trinnvis gjennom samtlige operasjoner i seksmåneders intervaller. LiS står alltid som hovedoperatør med overlege/erfaren LiS som assistent. En annen avdeling har sjekklister over punkter LiS må gjennom før de får starte å operere slik at de har gjennomgått grunnleggende anatomi, trent

på prosedyrer på laparoskopisimulator og har kunnskap om de aktuelle inngrepene, har gjennomgått sutur- og komplikasjonskurs og har assistert ved minst tre inngrep. En annen avdeling har en prosedyre som slår fast at LiS må ha gode kirurgiske ferdigheter og lister opp hva LiS skal mestre, uten at det er spesifisert hvordan disse ferdighetene skal oppnås.

Alle de tilbakemeldingene vi har fått understreker viktigheten og behovet

for en kampanje som denne. Vi i prosjektgruppa er veldig takknemlige for det engasjementet og pågangsmotet vi har møtt fra kontaktpersonene og vil benytte anledningen til å takke alle for innsatsen! Vi håper dere blir møtt med forståelse, engasjement og entusiasme ute i avdelingene.

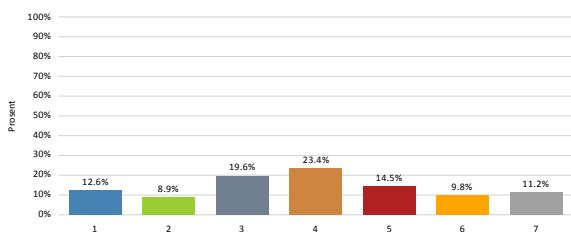
Vi vil også takke Ole-Anders Stensen i medisinsk fagavdeling i Den norske Legeforening for uvurderlig hjelp til

utvikling, utsending og analysering av spørreundersøkelsene.

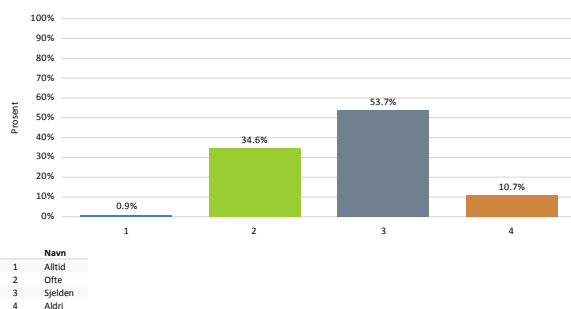
Vi ønsker alle lykke til videre med kampanjen og ikke glem å benytte et hvert inngrep til en mulighet til å lære noe!

Her er noen eksempler på spørsmålene vi sendte ut, med foreløpig statistikk på svarene til LiS:

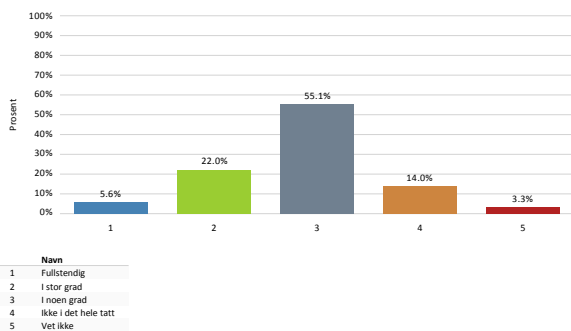
2. Hvor mange år tellende tjeneste har du?



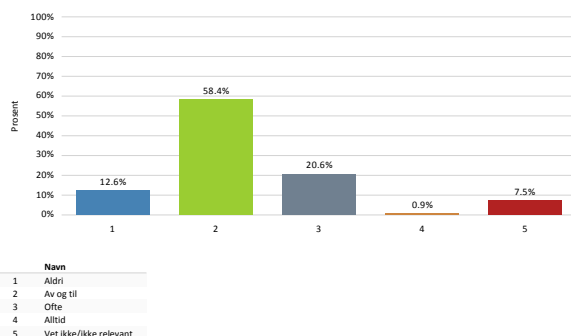
12. Gjør du samme type inngrep gjentatte ganger i en sammenhengende periode?



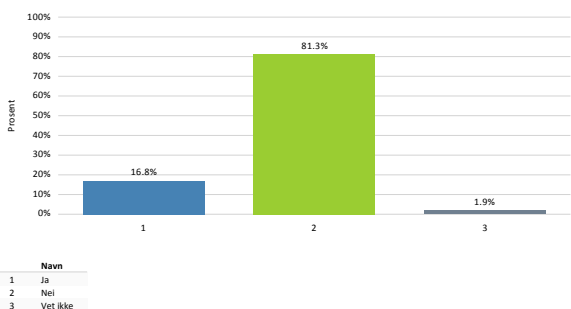
8. Oppfyller den kirurgiske opplæringen den forventningen du hadde før du valgte spesialitet?



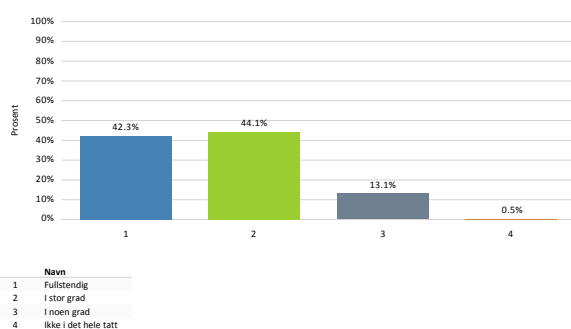
14. Hender det du ikke får operere selvstendig ved inngrep du selv mener du mestrer fordi overlegen vil operere selv/tar over inngrepet?



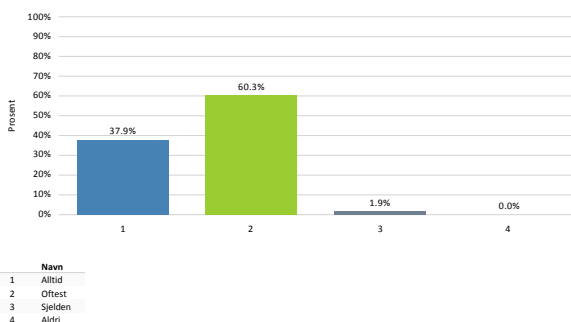
6. Har du gått kurs i grunnleggende kirurgisk teknikk?



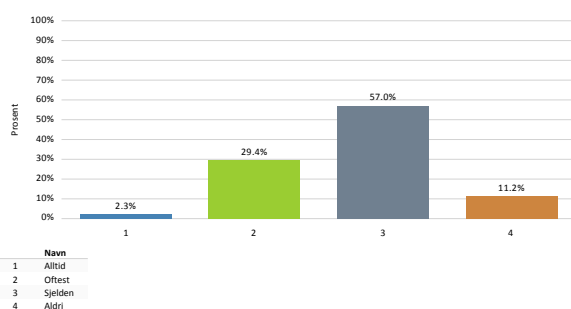
15. Kjenner du deg trygg på å suturere og knyte?



11. Snakker du med pasienten før og etter inngrepet?

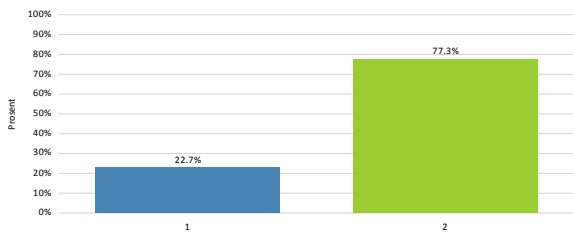


19. Forteller du instruktøren hvilke forventninger du har og hva du vil lære av inngrepet?



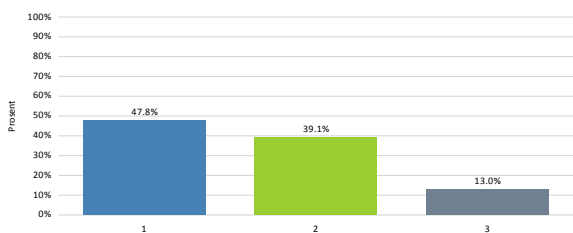
Eksempler på spørsmål og svar fra avdelingene:

8. Er det formulert en konkret, målrettet plan for opplæring av kirurgisk teknikk i deres avdeling



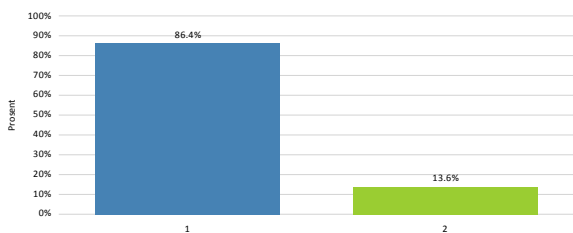
| Navn | Prosent |
|------|---------|
| Ja   | 22.7%   |
| Nei  | 77.3%   |
| N    | 22      |

11. Er det organisert slik at LIS er satt opp til faste operasjonsdager i deres avdeling?



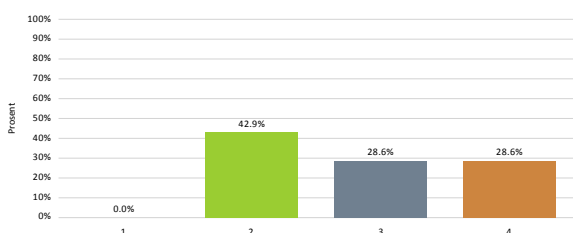
| Navn | Prosent |
|------|---------|
| 1    | 47.8%   |
| 2    | 39.1%   |
| 3    | 13.0%   |

14. Finnes det D-box/simulator i deres avdeling?



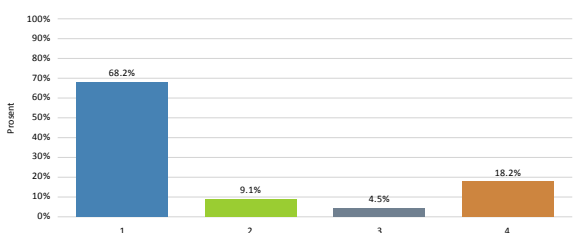
| Navn | Prosent |
|------|---------|
| 1    | 86.4%   |
| 2    | 13.6%   |

15. Hvis du svarte ja på forrige spørsmål, brukes D-box/simulatoren systematisk?



| Navn | Prosent |
|------|---------|
| 1    | 0.0%    |
| 2    | 42.9%   |
| 3    | 28.6%   |
| 4    | 28.6%   |

17. Blir operasjonsprogrammet referert i plenium?



| Navn | Prosent |
|------|---------|
| 1    | 68.2%   |
| 2    | 9.1%    |
| 3    | 4.5%    |
| 4    | 18.2%   |

## Gi kniven videre

### HUSK for LIS

#### Preoperativt

- Kjenner jeg pasienten?
- Er det god operasjonsindikasjon?
- Finnes det etiske spørsmål å ta hensyn til?
- Er pasienten optimalt forberedt til inngrepet?
- Har jeg kunnskap om inngrepet som skal utføres?
- Finnes det kritiske momenter?
- Hva vil jeg lære meg?
- Trenger jeg hjelp, og i så fall av hvem?

#### Samtale med instruktør

- Kort gjennomgang av forberedelsene over
- Lag en plan for inngrepet. Finnes alternative inngrep?
- Hvem er hovedoperatør?
- Hvilke delmomenter kan jeg gjøre?
- Forventede vanskeligheter, hva gjør vi?
- Hva skal jeg lære meg?

#### Postoperativt

- Fulgte vi planen? Hvis nei, hvorfor?
- Hvem følger pasienten videre?
- Hva lærte jeg?
- Hva kan jeg forbedre til neste operasjon
- Hva gjorde jeg bra?
- Hvordan fungerte veiledningen?



## Gi kniven videre

### HUSK for instruktør

#### Preoperativt

- Hvilke ferdigheter har LIS?
- Hvilke innlæringsmomenter finnes under inngrepet?
- Har jeg satt av tid til veiledning?
- Hvilke instruktørrolle skal jeg ha?
  - Vise
  - Veilede
  - Assistere

#### Samtale med LIS

- Kort gjennomgang av forberedelsene over
- Lag en plan for inngrepet. Finnes alternative inngrep?
- Hvem er hovedoperatør?
- Hvem gjør hvilke delmomenter?
- Forventede vanskeligheter, hva gjør vi?
- Hvilke bekymringer har LIS og hvilke har jeg?

#### Postoperativt

- Fulgte vi planen? Hvis nei, hvorfor?
- Hva gjorde LIS bra?
- Hvilke ferdigheter skal LIS trene på?
- Hva kan LIS gjøre selv neste gang?
- Hva lærte jeg?



- Jeanne Mette Goderstad
- jeagod@ous-hf.no

# Det lønner seg å trene!

## Kvinneklinikkens gruppe i ferdighetstrening vant!

**Utdanningsutvalget ved Oslo universitetssykehus lyste i år for første gang ut to utdanningspriser à kr. 50 000 til miljøer ved sykehuset som utmerker seg for å fremme god læringskultur for studenter og egne ansatte.**

**Ullevåls «KKG» («Kvinneklinikkens gruppe i ferdighets-trening») ved Jeanne Mette Goderstad, Meryam Sugulle, Line Berntzen, Patji Alnæs, Katharina Laine, Kirsten Hald, og Guri Majak vant.**

Gruppemedlemmene er ansvarlige for lærings- og simuleringstilbud innen gynekologi og obstetrik:

- *Nasjonalt kurs i basal laparoskopisk kirurgi*
- *Internt kurs for LiS i gynekologisk laparoskopi*
- *Utvikling av et treningsprogram for laparoskopisk hysterektomi der av-delings leger inngår som studiedeltagere.*
- *«Sandnessjøenmodellen»: Samarbeidsprosjekt i laparoskopisk operasjonsteknikk (2011-2014) Helgelandssykehuset, Sandnessjøen og gynekologisk avdeling Ullevål.*
- *«Fødedrill»: sammen med Rikshospitalet, multiprofesjonell teamtrening*
- *«Perineumprosjekt»: Opplæring/sertifisering av alle avdelings jordmødre/*



leger i korrekt utførelse av perineumstøtte

- *”PT in obstetrics®”: Strukturert ferdighetstrening for LiS*
- *Sfinktersutureringskurs: årlig for LiS*

Treningen har gitt målbare resultater som har blitt presentert både på nasjonale og internasjonale kongresser (jfr reduksjon

i sfinkterrupturer-og reduksjon av antall laparotomier, Sandnessjøenmodellen.)

**Gjennomføring av, forskning på, og utvikling av ferdighetstrening i obstetrik og gynekologi gjør OUS til et fremragende universitetssykehus!**

## Kolposkopikurs 28-30 april 2015 - Radiumhospitalet

Kursnr.: O-28645: HPV, kolposkopi og behandling av premaligne forandringer på cervix

Godkjenninger: Fødselshjelp og kvinnesykdommer. Valgfrie kurs: 16t. Kurs godkjent av Norsk Forening for Kolposkopi (NFK) og European Federation for Colposcopy and pathology of the lower genital tract (EFC)

### Tirsdag 28. april 2015

- 09.30 – 10.15 Registrering. Kaffe. Praktisk informasjon
- 10.15 – 11.00 Cervixcancer epidemiologi og cytologi screening
- 11.00 – 11.15 Pretest/prøve
- 11.15 – 12.00 Grunnprinsipper for kolposkopi: Normal cervix, basale begreper
- 12.00 – 13.00 Lunsj
- 13.00 – 13.45 Cervixpatologi: Histologi og cytologi
- 14.00 – 14.45 Kolposkopi CIN del 1
- 15.00 – 15.45 Kolposkopi CIN del 2
- 16.00 – 16.45 Gruppearbeid (4 grupper)

### Onsdag 29. april 2015

- 08.30 – 09.15 HPV epidemiologi og HPV-vaksinasjon
- 09.30 – 10.15 HPV-testing og screening algoritmer
- 10.30 – 11.15 Kolposkopi scoringsystem
- 11.30 – 12.15 Behandling av celleforandringer
- 12.15 – 13.15 Lunsj
- 13.15 – 14.00 Gruppearbeid (4 grupper)
- 14.15 – 15.00 Kolposkopi og behandling av ACIS og mikroinvasiv cancer
- 15.15 – 16:00 Kolposkopi og utredning av gravide og postmenopausale kvinner

### Torsdag 30. april 2015

- 08.20 – 08.50 Histologi av VIN og VAIN
- 09.00 – 09.45 Kolposkopi og behandling av VIN og VAIN
- 11.00 – 11.45 Gruppearbeid (4 grupper)
- 11.45 – 12.45 Lunsj
- 12.45 – 13.15 Kursprøve, innlevering av kursprøve
- 13.15 – 14.45 Paneldiskusjon. Gjennomgang av kursprøve. Kursdeltagere kan også ta med egne kasuistikker.
- 15.00 – 15.10 Oppfølging av pasienter med celleforandringer etter behandling. Kvalitetssikring av kolposkopi og behandling. Hvilket ansvar har vi som gynekologer?
- 15.10 – 15.30 Hvordan informerer vi kvinner om HPV, celleforandringer og behandling?
- 15.30 – 16.00 Evaluering. Utlevering av kursbevis

Med forbehold om endringer i programmet. Noen foredrag er på engelsk.  
Program og påmeldingsinformasjon finnes i DNLF kurskatalog.



Kvinne- og barneklubben

Avd. for gynekologisk kreft og Nasjonalt kompetansesenter for gynekologisk onkologi



# Unik kombinasjon – klar til bruk

## Tachosil® – pålitelig hemostase og vevsforsøgling på 3-5 minutter.<sup>1,2</sup>

- Ideell ved behov for rask effektiv hemostase<sup>2</sup>
- Kan klippes og appliseres rundt anatomiske strukturer<sup>2</sup>
- Er elastisk og har en sterk limende evne<sup>3</sup>
- Er kontraindisert til intravaskulær bruk samt ved overfølsomhet for innholdsstoffene<sup>2</sup>

1) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. Journ.of Cardiovasc.surg. Vol 41,no 4,553-557 2002,  
 2) Preparatomtale (SPC),  
 3) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable eqivalents. Scientific andclinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gressed JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002.



Nycomed: a Takeda Company

### C TachoSil «Takeda Nycomed» Lokalt hemostatikum.

ATC-nr.: B02B C30

**T MEDISINERT SVAMP:** Hver cm<sup>2</sup> inneh.: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin [E 101].  
**Indikasjoner:** TachoSil er indisert hos voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforsøgling og for stutstøtte ved karkirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige.  
**Dosering:** Skal bare brukes av erfarne kirurger.  
 Voksne: Antall kollagensvamper som anvendes bør alltid være i samsvar med den underliggende kliniske behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt av den behandelende kirurg. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 svamper (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved minimal invasiv kirurgi, anbefales kollagensvamper av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3 cm x 2,5 cm).  
 Spesielle pasientgrupper: Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata.  
 Tilberedning: For instruksjoner vedrørende håndtering før bruk, se pakningsvedlegg.  
 Administrering: Kun til epilesjonell og lokalt 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:** Intravaskulær bruk. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.  
**Forsiktighetsregler:** Data for anvendelse ved nevrokirurgi eller gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner kan oppstå. Tegn på hypersensitivitetsreaksjoner er utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi. Dersom disse symptomer/tegn oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal gjeldende prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod eller plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver enkelt tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus som en del av produksjonsprosessen. 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 å være effektive mot kappekledd virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappekledd viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappekledd virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erythropoiesis (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.

Vis interaksjoner for B02B C30

**Graviditet, amming og fertilitet:** Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Eksperimentelle dyrestudier er ikke tilstrekkelige til å utrede reproduksjonstoksiske effekter, og/eller effekter på embryo-/fosterutvikling, svangerskapsforløp, fødsel og/eller postnatal utvikling. Skal ikke administreres til gravide og ammende, hvis ikke strengt nødvendig.

**Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsystemet: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner kan oppstå i sjeldne tilfeller hos pasienter behandlet med fibrin. I enkelte tilfeller har disse reaksjonene utviklet seg til alvorlig anafylaksi. 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 innholdsstoffer i fibrinpreparater til sårlukking/hemostatika kan forekomme i sjeldne tilfeller. Svært sjeldne (<1/10 000): Hjerne/kar: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme dersom legemidlet utilsikket administreres intravaskulært.

**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 kollagensvamp. 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 sårflaten. 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 kollagensvampen fast til sårflaten.

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 på samme måte som endogent fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagensvampen degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 13 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten noen tegn til lokal irritasjon. Nedbrytningen ble forbundet med infiltrering av granulocytter og dannelse av resorptivt 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 oppløsninger: Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger. 3 x 2,5 cm: 1 stk: kr 543,80. 5 stk: kr 2719,20. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2714,80. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: kr 2471,20

**Pakninger og priser pr 29.09.2014:** 3 x 2,5 cm: 1 stk: kr 543,80. 5 stk: kr 2719,20. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2714,80. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: kr 2471,20

# Utdanningskongress i København 7.-8. mai 2015

**Educational Board i NFOG arrangerer kongressen "Nordic Ob/Gyn training – are we good enough?" i København i mai neste år. Hvordan blir man en god mentor? Lager vi gode nok spesialister? Hvordan kan vi trene de som lærer opp kandidatene bedre? Får vi bedre spesialister av å innføre eksamen?**

Educational Board arrangerte en utdanningskongress vedrørende harmonisering av nordisk spesialistutdanning i 2014. Nå følges denne opp med en ny kongress. Nå er fokus på opplæring av de som skal lære bort sitt fag. Trenger kandidatene en veileder, en instruktør eller begge deler? Hvordan kan

overlegene trenes til å lære bort alt de kan? Det vil også være en sesjon med fokus på kommunikasjon, spesielt tilbakemelding i konfliktsituasjoner og tilbakemelding til kandidater eller mentorer som ikke viser egnethet.

I tillegg blir det egne innlegg om metoder for evaluering, både om eksamensformer, alternative evalueringsformer og måling av ferdigheter med moderne hjelpemidler.

Alle som er interessert i utdanning – hold av 7.-8. mai 2015!



Educational Board under møtet i Reykjavik september 2014. Fra venstre: Katrin Kristjansdottir (Island), Trond Michelsen (Norge), Jan Brynhildsen (Sverige), Julie Tharin (Danmark), Tomi Mikkola (Finland, leder), Sandra Halldorsdottir (Island, NFOG)

# Oslo Endoscopic Winter Meeting

**International faculty:**

- Andreas Thurkow
- Jon Ivar Einarsson
- Frank Willem Jansen
- Jacques Donnez
- Judith Huirne
- Jan Deprest
- Michel Canis
- Gernot Hudelist
- Olav Istre
- Ioannis Koutoukos
- Per Lundorff



International medical conference in gynaecology  
**Minimal invasive surgery Laparoscopy Hysteroscopy**

**5-8<sup>th</sup> of March 2015**  
 Quality Spa & Resort Norefjell, Norway

**Organizing Committee:**

- Anton Langebrekke
- Bjørn Busund
- Marit Lieng
- Espen Berner
- Erik Qvigstad

The Registration  
 opens September  
 2014

Se our website for more information:

<http://www.osloendoscopicwintermeeting.no>

Contact: [espen.berner@gmail.com](mailto:espen.berner@gmail.com)



## Olafiadagen 2014

### FAGDAG OM MYKOPLASMA OG GONORÈ

**”Hvor står vi – hvor går vi ?”**

Fredag 12. desember

Patologibyget Ullevål sykehus, Grønt Auditorium

**Program**

- 09.30 Registrering
- 10.00 Mycoplasma genitalium
- 12.30 Lunsj
- 13.15 Gonore
- 16.00 Avslutning

S.U. innen 1.12 til Anne O. Olsen [anools@ous-hf.no](mailto:anools@ous-hf.no) eller Usha Hartgill [ushhar@ous-hf.no](mailto:ushhar@ous-hf.no)



Olafiaklinikken, Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførte infeksjoner





## Olafiadagen 2014

### Fagdag om Mykoplasma og Gonore

#### HVOR STÅR VI – HVOR GÅR VI?

##### Program

09.30 Registrering

09.50 Velkommen

### 10.00 Mycoplasma genitalium

10.00 -10.30 MG -hvor står vi – hvor går vi? (Jørgen Skov Jensen, Statens Serum Institut, København)

10.30 - 10.45 Olafiaklinikken – 15 år med MG (Harald Moi)

10.45- 11.10 MG – status presens Norge rundt

11.10 Benstrekk

11.20– 11.40 Makrolidresistens – kliniske utfordringer (Amir Moghaddam, Furst & Usha Hartgill)

11.40 - 12.00 Kasuistikker (Michelle Hanlon & Jørgen Skov Jensen)

12.00 – 12.30 Diskusjon

12.30 Lunsj

### 13.10 Gonore

13.10 – 13.30 MSIS – status presens (Øivind Nilsen, FHI)

13.30 – 13.50 Resistenssituasjonen (Martin Steinbakk, FHI)

13.50 – 14.10 Ekstragenital NAT – erfaringer og implikasjoner (Furst/Olafiaklinikken)

14.10 – 14.30 Olafiaklinikken - hvilke trender ser vi? (Rikard Rykkvin)

14.30 Benstrekk og kaffe

14.45 – 15.15 Kasuistikker

15.15 -15.45 Diskusjon

15.45- 16.00 Oppsummering

## Velkommen til Vår møte i Kristiansand 23.- 24. april 2015

- med mange spennende tema og foredragsholdere



**Gravide med bindevevssykdommer** ved Monica Østensen (revmatolog SSK)

**Livsstilsintervensjon og svangerskap.** Resultater fra Fit for Fødselstudien ved Linda Sagedal (gynekolog SSK)

Blir kreftsykdommen påvirket av livsstilen? Ved Christian Kersten (onkolog SSK)



**"Når noe går galt" Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten** ved Terje Mesel (førsteamanuensis UiA)

**Er utdanningen av spesialister i god nok? Hva skjer når det blir faste stillinger?** Debatt med bl a gynekologene Jeanne Mette Goderstad, Trond Michelsen og Anny Spydslaug



**Hormonsubstitusjon og arvelig kreft** ved Nora Johansen (stipendiat SSA)

**Ønsker fastleger å ha etterkontroller av gynekologiske kreftpasienter?** Ved Heidi Fidjeland (fastlege)

**Tilbakefall av gynekologisk kreft i Norge** ved Ingvild Vistad (gynekolog SSK)



**Hvor farlig er det med laparoskopi og hysteroskopi?** Andreas Putz (gynekolog, leder av norsk endoskopiregister)

**Alt du trenger å vite om hormonet Oxytocin** ved Per Thorsby (overlege hormonlaboratoriet Aker)

**Bruk av Oxytocin i fødsler** ved Janne Rossen (gynekolog (SSK)

**Bruk av Oxytocin og sfinkterskader** ved Astrid Rygh (gynekolog SUS)



**Hva er seksuell motivasjon: Kåthet, lyst og/eller intimitet?** Ved Elsa Almås (sexolog)

Fullstendig program kommer i kurskatalogen. Påmelding fra januar.

*Vi lover et helt greit sosialt program!*

# Onkologisk Forum 2014

## Holmenkollen Park Hotell - Oslo

### 20.-21. November.

#### Avholdt for 32. gang

Onkologisk forum er et viktig årlig samlepunkt for de fleste miljøer som utgjør norsk kreftomsorg,- fra basalforskning til diagnostikk, behandling, pleie og omsorg ved livets slutt. Denne gangen samlet på ærverdige Holmenkollen Park Hotell,- som en flott ramme rundt årets møte. Florlett nysnø omsvøpte omgivelsene og

#### Variert program

Årets program gjenspeilte en del av utfordringene vi står ovenfor ved utredning og behandling av kreftsykdommer, der stadig økende samarbeid mellom de ulike fag og spesialitetene har blitt et viktig grunnlag for å oppnå det beste for pasientene.

Det er derfor viktig i at vi som høyt spesialiserte fagpersoner kan få et innblikk i andre fagområder også. Hovedprogrammet startet med innvielse i nye konsepter innen immunterapi og «personalized systems» medisin ved Alexander Eggermont (Frankrike), Olli Kallioniemi (Finland) og Charles Ferte ( Frankrike).

Videre omtaler Stein Gunnar Larsen fra UiO kirurgi for peritoneale metastaser kombinert med HIPEC og Jari Räsänen (Finland) om minimal invasiv kirurgi for øsofagusanser. Get Together ble holdt inne på Skimuseet. Deilig mat, og spennende kulisser. Både staven til Oddvar Brå og den digre utstoppede isbjørnen kunne inspirere til mange gode samtaler.

NFOGs program :Vulvacanser  
Elegant og stødig ledet av Bent Fiane, Anne Beate Vereide og Kathrine Woie.

Vi fikk en oversiktlig og grundig innføring i VINs klassifikasjon av Rita Steen, - som også er kapittelansvarlig i veilederen.  
VIN defineres som vulva intraepiteliale forandringer i plateepitel med ukjent malignitetspotensiale.

«International Society of the Study og Vulvar Diseases» (ISSVD) anbefaler at man deler disse forandringene opp i usual VIN (uVIN) og differensiated (dVIN). ISSVD foreslår også at VIN kun brukes ved høygradige lesjoner i plateepitel, og ikke ved Condyloma acuminata (tidligere VIN 1).



Jostein Tjugum, Anne Kristoff, Eli Wiksnes og Elisabeth Berge Nilsen foran Holmenkollen Park Hotell

uVIN og dVIN er grunnleggende forskjellige både når det gjelder epidemiologi, etiologi og klinisk presentasjon.

I korte trekk: uVIN er multifokale og relatert til HPV infeksjon, mens dVIN er unifokale og utgår ofte fra lichen sclerosus.

Vi fikk også forklart forskjellen i deres patologi, molekylære analyser og onkologisk potensial av Patolog Kathrine Lie.

Hun oppfordret også alle gyn-avdelinger å ha et tett samarbeid - og gjerne regelmessige møter med sin respektive patologiske avdeling. Dette for nyansering av diagnoser, tverrfaglig forståelse og riktigst mulig behandling av pasientene. Men inntil nytt kodeverk er på plass, er det vanlig ICD-10 klassifikasjons systemet som skal brukes (VIN 1,2 og 3)

Videre gav Anne Dørum oss en fin presentasjon av gjeldende behandling av vulvacanser. Her er det individuell behandling som er essensielt; med mål å lindre symptomer, hindre progresjon til cancer samt å bevare anatomi og funksjon. Kolbein Sundfør presenterte inngående og godt om strålebehandling.

Olesya Solheim presenterte et spennende samarbeidsprosjekt mellom Oslo, Tromsø, Trondheim og Bergen. «Post-treatment fertility and gonadal function in younger women diagnosed with a malignant ovarian germ cell tumor ( MOGCT) during the “cisplatin era”.

De konkluderer med at de fleste unge kvinner som har gjennomgått denne behandling kan

forvente seg å opprettholde sin reproduktive kapasitet. Men IVF kan bli nødvendig, spesielt for de kvinner som mottar mer enn 3 sykluser med cisplatin (CBCT).

Anti-Muller-Hormon (AMH) synes å ha en lovende rolle her som biomarkør for gonadal funksjon, men også her trengs videre forskning.

Tilslutt viste Ingvild Løberg Tangen oss at “loss of progesterone receptor links to high proliferation and increases from primary to metastatic endometrial cancer lesions”. Tap av progesteronreseptor assosieres også med øket celleproliferasjon uavhengig av østrogenreseptor status.

Generalforsamlingen med valg ble effektivt gjennomført. Endringene i NFGO-styret blir lagt ut på deres nettsider.

Festaften ble gjennomført med stil i Saga Hall på hotellet. Nydelig mat og festlig underholdning. Gynekologene dominerte stort på dansegulvet, og skapte god stemning.

Onkologisk Forum er en fin arena til å treffe nye og gamle kolleger. Her var også en del kreftsykepleiere, som hadde sin egen sesjon parallelt med hovedprogrammet, slik at også de kunne delta på faggruppemøtene. Det er viktig med gode relasjoner i tillegg til kunnskap i arbeidet i kreftomsorgen til det beste for pasientene.

Til neste år gleder vi oss til å treffes igjen på Onkologisk Forum i Stavanger.



Rita Steen, Bent Fiane og Anne Dørum

**Vi blir aldri lei av bilder. De sier som kjent mer enn tusen ord. Takk for et fint arrangement i Trondheim!**







# Gynekologen anbefaler bøker

## Med varierende grad av fagleg relevans

# Denne gongen: “Turnbull’s Obstetrics” redigert av Geoffery Chamberlain

Etter at vi i forrige nummer igjen drista oss ut på kanten av det som kan seiast å vere fagleg relevant, hentar vi oss pent inn igjen med å anmelde Turnbull’s Obstetrics, eit av dei sentrale verka innanfor faget. Då Per Børdahl inntok kvinneklinikken i Bergen ved starten av århundret, kunngjorde han at han akta å spørje alle assistentlegane (som vi kalte oss den gongen) om dei las William’s eller Turnbull’s obstetrik. Ferenc Macsali og eg, som då delte kontor, spleisa på å kjøpe begge bøkene, slik at vi kunne seie at vi sjølvsagt las begge når vi vart spurde. I samband med skilsmisseoppgjeret når eg reiste til Stavanger fekk eg Turnbull’s og Ferenc fekk William’s. Vi vart sjølvsagt aldri spurde om kva obstetrikkbok vi las.

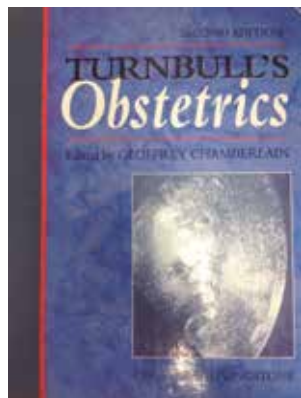
Andreutgåva av Turnbull’s Obstetrics er på drøye 900 sider, den veg 2,5 kilogram

og har vitale mål 5 x 22 x 28 centimeter (Figur 1). Vi snakkar altså her om eit på alle måtar monumentalt verk. Det er ikkje sjeldan at ein kan få bruk for ei slik bok. Ein gong kona mi var aleine heime, dukka det opp ein stor edderkopp på kjøkengolvet. Ho slapp Turnbull’s Obstetrics ned på beistet, som etterkvart bukka under for presset. Ho påstår til denne dag at føtene til dyret stakk ut frå boka på alle kantar. Dessverre var bevismaterialet forlengst spylt ned i toalettet då eg kom heim frå vakt, så eg fekk ikkje ved sjølvsyn bekrefte historia. Men altså: Turnbull’s Obstetrics - tar livet av temmeleg store edderkoppar.

Vidare kan boka vere grei å ha viss ein treng å bli fem centimeter høgare, enten ein no skal kline med høgreste Legar I Spesialisering (som dei kallar seg no for tida) (Figur 2)

eller kikke inn på operasjonsstova for å finne ut kva Arne Heggheim driv med i dag (Figur 3). Den kan vere grei å ha for små barn som må sitte på vaksenstol når ein skal ete middag, eller dersom dei skal presse blomar. Den lagar eit svært tilfredsstillande smell når ein slår den i bordet, til dømes for å understreke eit poeng i ein oppheta fagleg debatt, og ein kan bruke den til å presse bukser dersom desse er krøllete og ein skal vere stram i kleda når ein skal presentere på årsmøtet. Etter ein lang arbeidsdag kan boka også gjere nytten som pute (Figur 4)

Endeleg må det nemnast at Turnbull’s Obstetrics også kan brukast som eit allsidig oppslagsverk i obstetrik.



Gynekologen sitt velbrukte eksemplar av “Turnbull’s Obstetrics” redigert av Geoffery Chamberlain.



Turnbull’s Obstetrics kan vere grei å ha viss ein skal kline med høgreste yngre kollegaer.



Turnbull’s Obstetrics kan vere grei å ha viss ein lurar på kva som skjer inne på operasjonsstova.



Turnbull’s Obstetrics fungerer overraskande bra som pute dersom ein treng å legge seg ned på litt i ein hard arbeidskvardag.

Munntørrethet på placebonivå<sup>1,2</sup>

Ingen skal behøve å leve  
og bo på toalettet

 **Betmiga® 50 mg** ▼  
mirabegron

Den første  $\beta_3$ -agonisten mot overaktiv blære

**Referanser:** 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.

▼ 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.: G04BD12. **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 25 mg og 50 mg:** hver depottablett inneholder mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 25 mg: gult og rødt jernoksid (E 172). 50 mg: gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: voksne inkl. eldre:** anbefalt dose er 50 mg 1 gang daglig. **Spesielle pasientgrupper: nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup> 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 m<sup>2</sup>) 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 <sup>1</sup>  | Lett     | 50 mg                | 25 mg         |
|                                    | Moderat  | 50 mg                | 25 mg         |
|                                    | Alvorlig | 25 mg                | Ikke anbefalt |
| Nedsatt leverfunksjon <sup>2</sup> | Lett     | 50 mg                | 25 mg         |
|                                    | Moderat  | 25 mg                | Ikke anbefalt |

1 Lett: GFR 60–89 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Moderat: GFR 30–59 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Alvorlig: GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>.

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 noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler: nedsatt lever- og nyrefunksjon:** se Dosering. **Hypertensjon:** preparatet er ikke evaluert hos pasienter med alvorlig, ukontrollert hypertensjon (systolisk blodtrykk >180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk >110 mm Hg), og anbefales ikke til denne pasientgruppen. 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 blærebstruksjon (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:** hos pasienter med lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30–89 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child Pugh klasse A), som samtidig får behandling med sterke CYP 3A-hemmere (f.eks. itraconazol, ketokonazol, ritonavir og klaritromycin), er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP 2D6, slik som tioridazin, antiarytmika type 1C (f.eks. flekainid, propafenon) og trisykliske antidepressiver (f.eks. imipramin, desipramin). Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP 2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksin konsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksin dosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amming og fertilitet:** graviditet: forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som som prøver å bli gravide. **Amming:** bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger: vanlige (1/100 til <1/10):** hjerte/kar: takykardi. Infeksiøse: urinveisinfeksjon. **Mindre vanlige (1/1000 til <1/100):** gastrointestinale: dyspepsi, gastritt. Hjerte/kar: palpitasjon, atrieflimmer. Hud: urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksiøse: vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnsganer/bryst: vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: hovne ledd. **Undersøkelser:** forhøyet blodtrykk, forhøyet GGT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. **Sjeldne (1/10 000 til <1/1000):** gastrointestinale: leppeødem. Hud: leukocytoklastisk vaskulitt, purpura. Øye: øyelokksødem. **Overdosering/Forgiftning: symptomer:** opptil 300 mg daglig i 10 dager, ga økt puls og økt systolisk blodtrykk ved administrering til friske. **Behandling:** symptomatisk og støttende. Monitorering av puls, blodtrykk og EKG anbefales. **Pakninger og priser (pr. 07.11.2014): 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. **Refusjon: refusjonsberettiget bruk:** motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode: ICPC:** U04 Urininkontinens/ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens. **Vilkår:** ingen spesifisering. **Inneholder av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 04.2014. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 03.06.2014.

Astellas Pharma, Solbråveien 47, 1383 Asker. Telefon 66 76 46 00. Faks 66 90 35 20. kontakt.no@astellas.com. www.betmiga.no. www.astellas.no.