

26-4
2013

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOLD

■ Intervju med Per E. Børdahl s. 12 ■ Intervju med Ganesh Acharya s. 18 ■
Referat fra årsmøte i Drammen s. 40 ■ FIGO Africa Regional Conference s. 64



▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Se pkt. 4.8 for informasjon om bivirkningsrapportering. **1. LEGEMIDLETS NAVN** Ferinject 50 mg jern/ml injeksjons-/infusjonsvæske, oppløsning. **2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING** 1 ml oppløsning inneholder 50 mg jern som jern(III)karboksymaltose. Hvert hetteglass på 2 ml inneholder 100 mg jern som jern(III)karboksymaltose. Hvert hetteglass på 10 ml inneholder 500 mg jern som jern(III)karboksymaltose. Hvert hetteglass på 20 ml inneholder 1000 mg jern som jern(III)karboksymaltose. 1 ml oppløsning inneholder opptil 5,5 mg (0,24 mmol) natrium, se pkt. 4.4. Pkt. 6.1 inneholder en fullstendig liste over hjelpestoffer. **3. LEGEMIDDELFORM** Injeksjons-/infusjonsvæske, oppløsning. Mørk brun, ugjennomsiktig, vandig oppløsning. **4. KLINISKE OPPLYSNINGER 4.1. Indikasjoner** Ferinject er indisert ved behandling av jernmangel når orale jernpreparater er uten virkning eller ikke kan brukes. Diagnosen må baseres på laboratorieprøver. **4.2. Dosering og administrasjonsmåte** Pasienter skal nøye overvåkes for tegn og symptomer på overfølsomhetsreaksjoner under og etter hver administrasjon av Ferinject. Ferinject skal kun administreres når personell som har fått opplæring i å vurdere og behandle anafylaktiske reaksjoner, er i umiddelbar nærhet, i et miljø der det finnes komplett gjenopplivningsutstyr. Pasienten bør observeres for bivirkninger i minst 30 minutter etter hver injeksjon med Ferinject (se avsnitt 4.4). Dosering *Bestemmelse av den kumulative jerdosen* Den kumulative dosen for jernmetning ved bruk av Ferinject bestemmes på bakgrunn av pasientens kroppsvekt og hemoglobinnivå (Hb), og må ikke overskrides. Følgende tabell skal brukes for bestemmelse av den kumulative jerdosen: **Tabell 1: Bestemmelse av den kumulative jerdosen**

Hb (g/dl)	Pasienter med kroppsvekt 35 kg til < 70 kg	Pasienter med kroppsvekt ≥70 kg
< 10	1500 mg	2000 mg
≥ 10	1000 mg	1500 mg

Merk: En kumulativ jerdose på 500 mg må ikke overskrides for pasienter med en kroppsvekt < 35 kg. For overvektige pasienter skal et normalt forhold mellom kroppsvekt/blodvolum antas ved bestemmelse av jernbehovet. For pasienter med en Hb-verdi ≥ 14 g/dl skal det gis en initial dose på 500 mg jern og jernparameterne kontrolleres for gjentatt dosering. Etter jernmetning bør det foretas regelmessige vurderinger for å kontrollere at jernnivåene korrigeres og opprettholdes. *Maksimalt tolerert engangsdose* En engangsdose av Ferinject bør ikke overskride 1000 mg jern (20 ml) per dag. Administrer ikke 1000 mg jern (20 ml) oftere enn en gang i uken. *Intravenøs injeksjon:* Opptil 1000 mg jern Ferinject (opptil maksimalt 15 mg/kg kroppsvekt) kan administreres via intravenøs injeksjon av ufortynnet oppløsning. Det er ingen forskrevet administrasjonstid for doser på opptil 200 mg jern. For doser større enn 200 mg og opptil 500 mg jern skal Ferinject administreres med en hastighet på 100 mg/min. For doser større enn 500 mg og opptil 1000 mg jern skal Ferinject administreres i løpet av 15 minutter. *Intravenøs infusjon:* Ferinject kan administreres via intravenøs infusjon opptil en maksimal engangsdose på 1000 mg jern (opptil maksimalt 20 mg/kg kroppsvekt). *Administrasjonsmåte* Ferinject skal kun administreres intravenøst: ved bolusinjeksjon eller ufortynnet under en hemodialysesekvens gjennom dialysatoren eller ved infusjon. I tilfeller med infusjon må Ferinject kun fortynnes i steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning som følger: **Tabell 2: Fortynningsplan for Ferinject til intravenøs infusjon**

Ferinject	Jern	Maksimal mengde steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning	Minimum administrasjonstid
2 til 4 ml	100 til 200 mg	50 ml	-
>4 til 10 ml	>200 til 500 mg	100 ml	6 minutter
>10 til 20 ml	>500 til 1000 mg	250 ml	15 minutter

Merk: Av stabilitetsårsaker er fortynning under 2 mg jern/ml ikke tillatt. Ferinject må ikke administreres subkutant eller intramuskulært. *Hemodialyseavhengig kronisk nyresykdom* En enkel maksimal daglig injeksjonsdose bør ikke overstige 200 mg hos hemodialyseavhengige pasienter med kronisk nyresykdom (se også pkt. 4.4). *Pediatrisk populasjon* Bruk av Ferinject har ikke vært studert hos barn og anbefales derfor ikke til barn under 14 år. **4.3. Kontraindikasjoner** Bruken av Ferinject er kontraindisert ved tilfeller av: • overfølsomhet overfor virkestoffet i Ferinject eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1 • kjent alvorlig overfølsomhet overfor andre parenterale jernprodukter • anemi som ikke er knyttet til jernmangel, f.eks. annen mikrocytisk anemi • tegn på jernoverskudd eller forstyrrelser i utnyttelsen av jern **4.4. Advarsler og forsiktighetsregler** Parenteralt administrerte jernpreparater kan forårsake overfølsomhetsreaksjoner, inkludert alvorlige og potensielt dødelige anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Det er også meldt om overfølsomhetsreaksjoner etter tidligere bivirkningsløse doser av parenterale jernkomplekser. Risikoen er økt for pasienter med kjente allergier, inkludert legemiddelallergier, herunder pasienter som tidligere har hatt alvorlig astma, eksem eller annen atopisk allergi. Det finnes også økt risiko for overfølsomhetsreaksjoner overfor parenterale jernkomplekser hos pasienter med immunitts- eller inflammatoriske tilstander (f.eks. systemisk lupus erythematosus, revmatoid artritt). Ferinject skal kun administreres når personell som har fått opplæring i å vurdere og behandle anafylaktiske reaksjoner, er i umiddelbar nærhet, i et miljø der det finnes komplett gjenopplivningsutstyr. Hver pasient bør observeres for bivirkninger i minst 30 minutter etter hver injeksjon med Ferinject. Hvis det oppstår overfølsomhetsreaksjoner eller tegn på intoleranse under administrasjon, må behandlingen stoppes umiddelbart. Utstyr for hjerte/åndedretts-gjenopplivning og utstyr for håndtering av akutte anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner skal være tilgjengelig, inkludert en injiserbar 1:1000-adrenalinoppløsning. Ytterligere behandling med antihistaminer og/eller kortikosteroider skal gis ved behov. Hos pasienter med funksjonsforstyrrelse i leveren skal parenteralt jern kun administreres etter en grundig vurdering av nytte og risiko. Parenteralt jernadministrering skal unngås hos pasienter med hepatisk funksjonsforstyrrelse der jernoverskudd er en utløsende faktor, spesielt ved Porphyria Cutanea Tarda (PCT). Grundig overvåking av jernstatus anbefales for å unngå jernoverskudd. Sikkerhetsdata er ikke tilgjengelig for hemodialyseavhengige kroniske nyrepasienter som får enkeltdoser på mer enn 200 mg jern. Parenteralt jern må brukes med forsiktighet ved akutt eller kronisk infeksjon, astma, eksem eller atopiske allergier. Det anbefales at administreringen av Ferinject avbrytes hos pasienter med pågående bakteriemi. Hos pasienter med kronisk infeksjon må det derfor foretas en nytte-risikovurdering, der undertrykking av erythropoiese tas i betraktning. Det skal utvises forsiktighet for å unngå paravenøs lekkasje ved administrering av Ferinject. Paravenøs lekkasje av Ferinject på injeksjonsstedet kan føre til hudirritasjon og potensielt langvarig brun misfarging av injeksjonsstedet. Ved paravenøs lekkasje må administreringen av Ferinject avbrytes øyeblikkelig. En ml med ufortynnet Ferinject inneholder opptil 5,5 mg (0,24 mmol) natrium. Dette må tas i betraktning for pasienter på saltfattig diett. Bruken av Ferinject har ikke blitt studert hos barn. Administrer ikke 20 ml (1000 mg jern) som injeksjon eller infusjon mer enn én gang i uken. **4.5. Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon** Som med alle former for parenterale jernpreparater, reduseres opptaket av oralt jern når disse gis samtidig. Derfor bør oral jernbehandling, om nødvendig, ikke startes før minst 5 dager etter siste injeksjon av Ferinject. **4.6. Fertilitet, graviditet og amming** *Graviditet* Det finnes ingen tilstrekkelige og godt kontrollerte studier av Ferinject blant gravide kvinner. En grundig nytte/risiko-vurdering er påkrevd før bruk under graviditet, og Ferinject skal ikke brukes under graviditet med mindre det er strengt nødvendig. Jernmangel som oppstår i løpet av det første trimesteret av graviditeten kan i mange tilfeller bli behandlet med oralt jern. Behandling med Ferinject bør begrenses til andre og tredje trimester hvis fordelene anses å oppveie den potensielle risikoen for både mor og foster. Data fra dyr antyder at jernet fra Ferinject kan trenge gjennom morkaken, og at bruken av preparatet under graviditet kan ha innvirkning på skjeltutviklingen av fosteret (se pkt. 5.3). *Amming* Kliniske studier viser at overføringen av jern fra Ferinject til morsmelk var uvesentlig (≤ 1%). Med grunnlag i

begrenset informasjon fra ammende kvinner er det usannsynlig at Ferinject utgjør en risiko for det diende barnet. *Fertilitet* Det er ingen data for virkningen til Ferinject på menneskelig fertilitet. Fertilitet var uberørt som følge av behandling med Ferinject i dyrestudier (se pkt. 5.3). **4.7. Påvirkning av evennt til å kjøre bil og bruke maskiner** Det er usannsynlig at Ferinject påvirker evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. **4.8. Bivirkninger** Tabell 3 presenterer uønskede legemiddelreaksjoner (ADR-er) som er rapportert under kliniske studier der 6 755 pasienter fikk Ferinject, samt ADR-er som er rapportert fra erfaring etter markedsføring (se tabellens fotnoter for detaljer). Den hyppigst rapporterte ADR-en er kvalme (forekommer hos 3,1 % av pasientene), etterfulgt av hodepine, svimmelhet og hypertensjon. Reaksjoner på injeksjonsstedet som er kategorisert som vanlige i tabell 3, omfattes av flere ADR-er som individuelt er rapportert med en hyppighet som enten mindre vanlige eller sjeldne. Hypofosfatemi (vanlig) kan oppstå. I kliniske utprøvinger ble minimumsverdiene oppnådd etter omtrent 2 uker, og 4 til 12 uker etter Ferinject-behandling hadde verdiene gått tilbake til innenfor baselineområdet. De mest alvorlige ADR-ene er anafylaktiske reaksjoner med en frekvens som sjeldne. **Tabell 3: Uønskede legemiddelreaksjoner som ble observert under kliniske utprøvinger og erfaring etter markedsføring**

Organklasse	Vanlige (≥ 1/100 til < 1/10)	Mindre vanlige (≥ 1/1000 til < 1/100)	Sjeldne (≥ 1/10000 til < 1/1000)
Forstyrrelser i immunsystemet		Overfølsomhet	Anafylaktoide reaksjoner ⁽³⁾
Neurologiske sykdommer	Hodepine, svimmelhet	Parestesier, dysgeusi	Bevisstløshet ⁽³⁾
Psykiatriske lidelser			Angst ⁽⁴⁾
Hjertesykdommer		Takyardi	
Karsykdommer	Hypertensjon	Hypotensjon, rødming	Flebitt, synkope ⁽⁴⁾ , presynkope ⁽⁴⁾
Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum		Dyspné	Bronkospasme ⁽⁴⁾
Gastrointestinale sykdommer	Kvalme	Oppkast, dyspepsi, magesmerter, forstoppelse, diaré	Flatulens
Hud- og underhudssykdommer		Pruritus, urtikaria, erytem, utslett ⁽¹⁾	Angioødem ⁽⁴⁾ , blekhet ⁽³⁾ og ansiktsødem ⁽³⁾
Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett		Myalgi, ryggsmerte, artralgi, muskelspasmer	
Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet	Reaksjoner på injeksjonsstedet ⁽²⁾	Pyreksi, fatigue, brystsmerte, perifert ødem, frysninger	Frostanfall, sykdomsfølelse
Undersøkelser	Forhøyet konsentrasjon av alanin aminotransferase	Økt aspartat-aminotransferase, økt gammaglutamyltransferase, økt laktatdehydrogenase i blodet, økt alkalisk fosfatase i blodet	
Stoffskifte- og ernæringsbetingede sykdommer	Hypofosfatemi		

1. Inkluderer følgende foretrukne termer: utslett (individuell ADR-hyppighet fastsatt som lite vanlig) og erytematøst, generelt, makulært, makulopalpøst og prurittisk utslett (alle individuelle ADR-er er hyppighetsbestemt som sjeldne). 2. Inkluderer følgende foretrukne termer: svie, smerter, blodtredelse, misfarging, ekstravasasjon, irritasjon og reaksjon på infusjonsstedet (alle individuelle ADR-er er hyppighetsbestemt som lite vanlig) og parestesi på injeksjonsstedet (alle individuelle ADR-er er hyppighetsbestemt som sjeldne). 3. ADR-er som kun er rapportert i sammenhenger etter markedsføring. 4. ADR-er som er rapportert i sammenhenger etter markedsføring, ble også observert i klinisk sammenheng. Merk: ADR = Adverse drug reaction (uønsket legemiddelreaksjon) *Melding av mistenkte bivirkninger* Melding av mistenkte bivirkninger etter godkjenning av legemidlet er viktig. Det gjør det mulig å overvåke forholdet mellom nytte og risiko for legemidlet kontinuerlig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via meldeskjema som finnes på nettsiden til Statens legemiddelverk, Nettside: www.legemiddelverket.no/meldeskjema. **4.9. Overdosering** Administrering av Ferinject i mengder som overskrider mengden som er nødvendig for å korrigere jernmangel på tidspunktet for administrering, kan føre til akkumulering av jern i lagrene, noe som etter hvert kan føre til hemosiderose. Overvåking av jernparameterne som serumferritin og transferrinmetning kan bidra til å gjenkjenne jernakkumulering. Hvis det har oppstått jernakkumulasjon, skal den behandles i samsvar med standard medisinsk praksis, f.eks. kan bruk av en jernkelator vurderes. **6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER 6.1. Fortegnelse over hjelpestoffer** Natriumhydroksid (for pH-regulering) Satsyre (for pH-regulering) Vann til injeksjonsvæsker **6.2. Uforlikeligheter** Dette legemidlet må ikke blandes med andre legemidler bortsett fra de som er angitt under pkt. 6.6. Kompatibiliteten med beholdere laget av annet enn polyetylen og glass er ikke kjent. **6.3. Holdbarhet** Holdbarhet for produktet i uåpnet salgspakning: 3 år. *Holdbarhet etter første åpning av beholderen:* Fra et mikrobiologisk synspunkt skal preparater for parenteral administrasjon brukes øyeblikkelig. *Holdbarhet etter fortynning med steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning:* Fra et mikrobiologisk synspunkt skal preparater for parenteral administrasjon brukes øyeblikkelig etter fortynning med steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning. **6.4. Oppbevaringsbetingelser** Oppbevares i originalpakningen. Oppbevares ved høyst 30 °C. Skal ikke fryses. **6.5. Emballasje (type og innhold)** Ferinject leveres i et hetteglass (type I-glass) med kork (brombutylgummi) og aluminiumshette som: 2 ml oppløsning som inneholder 100 mg jern. Tilgjengelig i pakningsstørrelser på 1, 2 og 5 hetteglass; 10 ml oppløsning som inneholder 500 mg jern. Tilgjengelig i pakningsstørrelser på 1, 2 og 5 hetteglass; 20 ml oppløsning som inneholder 1000 mg jern. Tilgjengelig i en pakningsstørrelse på 1 hetteglass. Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført. **6.6. Spesielle forholdsregler for destruksjon og annen håndtering** Inspiser hetteglassene visuelt for bunnfall og skade før bruk. Bruk bare hetteglass uten bunnfall, og med homogen oppløsning. Hvert hetteglass med Ferinject er kun ment for engangsbruk. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. Ferinject skal kun fortynnes med steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning. Det må ikke brukes andre typer intravenøse fortynningsløsninger eller terapeutiske stoffer da dette kan føre til utfelling og/eller interaksjon. For fortynningsinstruksjoner, se pkt. 4.2. **7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN** Vifor France SA 7-13, Boulevard Paul-Emile Victor 92200 Neuilly-sur-Seine Frankrike tlf. +33 (0)1 41 06 58 90 faks +33 (0)1 41 06 58 99 **8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSENUMMER (NUMRE)** 09-7172 9. **DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE / SISTE FORNYELSE** Dato for første markedsføringstillatelse: 26.10.2010 Dato for siste fornyelse: 18.06.2012 **10. OPPDATERINGS DATO** 14.11.2013

Mange kvinner lider av jernmangel til tross for normal Hb.¹

Ferinject (jernkarboksymaltose) er en intravenøs løsning som raskt fyller på jerndepotene. Med standardisert dosering kan du gi din pasient 1 000 mg jern på bare 15 minutter – ved én eneste behandling.



Fyller raskt på jerndepotene

Referanse: 1. Murray & Lopez. N Engl J Med 2013;369:448–57. ▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Pasienter skal nøye overvåkes for tegn og symptomer på overfølsomhetsreaksjoner under og 30 minutter etter hver administrasjon av Ferinject.

Medicus er et av skandinavias mest moderne senter for kvinnehelse og fertilitet.



Du er en dyktig og engasjert **GYNEKOLOG** - og vi søker etter deg

Medicus er et kvinnehelsesenter i Trondheim med 17 ansatte, og vi vokser stadig. Nå søker vi en gynekolog som ønsker å utvikle seg videre i et kompetent og dynamisk fagmiljø her hos oss. Du trives når du jobber i team og deler vårt engasjement for å skape den gode pasientopplevelsen.

Vi tilbyr muligheter innen områdene gynekologi, fertilitetsbehandling og kliniske studier. Erfaring med fertilitetsbehandling er en fordel, men ikke et krav. På Medicus får du opplæring.

Alle søknader behandles konfidensielt.

Send din søknad til:

Medicus

v/Magnus Finset SørDAL

Beddingen 8

7014 Trondheim

Merkes: "Søknad - konfidensiell"

“

Medicus startet i 2001 og skal bli Norges ledende senter innen våre fagområder. Nå har vi flyttet inn i topp moderne lokaler på Solsiden i Trondheim. Vi kan tilby gode lønnsbetingelser, et svært godt arbeidsmiljø, en variert arbeidsdag og muligheter for faglig utvikling.

”

MEDICUS



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

Martin Andresen
Smestadgynekologene
E-mail: man@smestadgynekologene.nhn.no

Medredaktør

Anne-Cecilie Hallquist
Smestadgynekologene
E-mail: anne.cecilie.hallquist@vikenfiber.no

Redaksjonsmedlemmer

Silje Eilertsen Denstad
St Olavs Hospital
E-mail: silje.eilertsen.denstad@stolav.no

Cathrine Ebbing
KK Haukeland
E-mail: cathrine.ebbing@molmed.uib.no

Mariann Eidet
KK Sørlandet Sykehus Kristiansand
E-mail: mariann.eidet@sshf.no

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

Nettredaktør

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

Design/layout

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

Annonseansvarlig

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

Forsidefoto

Knut Hordnes

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2014

nr 1; 1. februar
nr 2; 2. mai
nr 3; 1. juni
nr 4; 1. oktober

Innhold

■ Redaktøren	6
■ Leder	7
■ Artikkel	
Gynekologen er 25 år	8
Per E. Børdahl - obstetriker og filolog	12
Intervju med professor Ganesh Acharya	18
SF app	21
■ PhD	
Safe and sound	22
Ultral lyd og predikasjon av langsom fødsel	26
■ FUGO	
Leder	30
Referat forkurs, laparoskopi	31
Referat Generalforsamling	32
Referat utveksling ENTOG	34
■ Årsmøte	
Årsmøte NGF Drammen 2013	40
Get together / Gallamiddag	43
Referat generalforsamling	46
Referat formøte NFGO	49
Referat formøte NUGG	50
Referat formøte PSL	52
Referat formøte internasjonal kvinnehelse	53
Prisvinnere	55
■ Foreningsnytt	
Prolapskoder	60
■ Kurs/kongress	
22nd Annual Congress ESGE	62
FIGO Africa Regional Conference	63



26-2
2013



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2011-2013

Leder
Vitenskapelig sekretær
Kasserer
Styremedlem og redaktør Gynekologen (PSL)
Sekretær (FUGO)
Styremedlem
Styremedlem
Varamedlem (PSL)
Varamedlem (FUGO)

Knut Hordnes
Jone Trovik
Kevin Sunde Oppegaard

Martin Andresen
Helene Fjeldvik Peterson
Tone Shetelig Løvvik
Tone Skeie-Jensen
Odrun Kleggetveit
Marte Myhre Reigstad

Hospitalet Betanien
KK Haukeland
Gyn avd hammerfest

Smestadgynekologene
KK Ahus
St Olavs Hospital
OUS Radiumhospitalet
Spes praksis, Kristiansand
KK Ahus

knut.hordnes@uib.no
jone.trovik@helse-bergen.no
kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no

martin@drandresen.no
help@ahus.no
Tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no
SKZS@ous-hf.no
odrun.kleggetveit@gmail.com
martereigstad@gmail.com

- Martin Andresen
- Smedstadgynekologene
- man@smestadgynekologene.nhn.no

Gynekologen 25 år



Gynekologen rundet i oktober 2013, 25 år. Årets siste nummer er det 99. i rekken.

I dette nummeret kan du lese Mette Moens historisk tilbakeblikk fra unnfangelsen i 1988 og frem til i dag. Hun var initiativtager og gudmor til bladet, og oppfordret den gang Per E Børdahl til å påta seg redaktørarbeidet. Han satt som redaktør frem til 1996 og som honnør for arbeidet mottok han i 1994 NGF's hederspris.

Til sammen har 6 redaktører sittet ved roret. Bladet har fornyet seg i takt med tiden, og da Runa Aabø overtok i 2008, ble det nytt format og profesjonell design. Dette er videreført til i dag.

Opplaget er nå på ca 1000, og annonseinntekter gjør at økonomien er sunn. Samarbeidet med Akuttjournalen og spesielt artdirector Liv K Nordland har vært helt strålende, og hun skal ha mye av æren for at Gynekologen fremstår som det gjør i dag.

Det har til tider vært diskutert om Gynekologen fremdeles skal komme i papirutgave eller kun på nett. Dette er en diskusjon som medlemmene må ta. Mitt ønske er at Gynekologen består i sin nåværende form og

format. Det er verdifullt og ha et tidsskrift for våre medlemmer som man kan åpne i ro og fred, og ikke via lenker på nett med brukernavn og passord. Nærhet og kommunikasjon blir ikke det samme på nett.

Årsmøte i Drammen ble en stor suksess med veldig god deltagelse, og et godt variert faglig program. I tillegg var det sosiale programmet svært så bra. God stemning på Get-together og Røa Storband skapte liv på dansegulvet. LOC's innslag på banketten slo derimot alt, og vil bli husket lenge .

FUGO har igjen greid det. Svært vellykket for-kurs, med stor deltagelse på laparoskopikurset. Styret jobber meget bra, og det blir flere kurs neste år i FUGO's regi.

Det er fylldige referat fra hele årsmøte samt formøter i denne utgaven av Gynekologen .

I årets siste nummer har vi intervjuet 2 store personligheter innen norsk gynekologi, nemlig Per Børdahl og Ganesh Acharya. De har fått velfortjent mye spalteplass og deres historier er spennende lesning.

Jeg vil til slutt få takke alle i redaksjon for godt utfør arbeid i 2 år. Gjennom iherdig mail-aktivitet, spesielt rett før dead-line, har dere bidratt mye og gjort min jobb som redaktør mye enklere.

Nå skal ny redaksjon velges. Noen blir med videre, mens andre takker for seg.

Jeg ønsker min etterfølger lykke til, og gleder meg allerede til å gå i postkassen og åpne et rykende ferskt nummer av Gynekologen i februar 2014.

Til slutt ønskes alle medlemmer i NGF en god jul og et riktig godt nytt år.

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

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

LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Hilde Christin Lie, Christian Hoyer-Sørensen, Guri Majak, Merethe Ravlo, Bernt Andreassen

NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

GYNEKOLOGEN

Martin Andresen, Cathrine Ebbing, Mariann Eidet, Anne-Cecilie Hallquist, Ragnar Sande, Silje Eilertsen Denstad

KVALITETSUTVALGET

Rolf Kirschner (leder), Bjørn Hagen, Anny Spydslaug, 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 Melby Michelsen (leder), Jeanne Mette Goderstad (nestleder), Kari Anne Trosterud, Ingar Nilsen, Ingeborg Bøe Engelsen, Hilde Sundhagen (vara), Knut Hoff Kierulf (vara), Marte Myhre Reigstad (Ylf)

NFGO

Anne Dørum (leder), Harald Helland, Ingrid Baasland, Jostein Tjugum, Rita Steen, Anne Beate Vereide (kasserer), Jone Trovik (representant NGF)

EBCOG (For 2012-2014)

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

NFOG

Jone Trovik

Kjære kolleger



En siste leder, fra denne leder. Årsmøtet er vel gjennomført, med et sterkt faglig program vi var godt fornøyde med, og et sosialt program som lokalkomite kan være stolte av. Union Scene var en uvanlig men likevel svært velegnet arena for møtet vårt. Lokalkomite gav alt ikke minst på årsmøtemiddagen, og Bollywood innslaget vil gå inn i foreningens historie som et av de store høydepunkter! Mer om årsmøtet senere i bladet.

NGF styret og Legeforeningen trekker nå i gang et nytt gjennombruddsprosjekt for keisersnitt, rundt 15 år etter det forrige. Gjennombruddsprosjekt er i prinsippet forbedringsprosjekt: vi skal forsøke å lukke gapet mellom det vi vet er best praksis, og det vi gjør i dag. Closing the gap between what we know and what we do, som de sier i Amerika. Det er dermed forskjellig fra forskning, som tar sikte på å bringe ny kunnskap. Et viktig skille. Når det er sagt, er det likevel naturlig at det henges på forskningsprosjekter. Disse vil kreve egen organisering og finansiering. Vi arrangerte informasjons-/idedugnadmøte for gjennombruddsprosjektet på Soria Moria 21-22 november. Møtet var fullbooket med rundt

80 deltakere: obstetrikere og jordmødre, mange ledere for fødeavdelinger i Norge, representanter fra Medisinsk fødselsregister, Helsedirektoratet, Statens Helsetilsyn, NPE, Pasientforeningen med mer. Entusiasmen for et nytt prosjekt var stor blant deltakerne. NGF har allerede fått tildelt 450.000 kr fra Legeforeningens Kvalitetsfond til forprosjektet. Det videre arbeid vil kreve vesentlig større summer som i hovedsak vil bli søkt fra Kvalitetsfondet og HDir, og i tillegg må i noen grad deltakende avdelinger belastes. Vi håper å få finansieringen på plass i løpet av vinteren/våren, og er i gang med videre planlegging. Prosjektet vil bli en viktig sak for både for det nye styret de kommende år, og for de enkelte fødeavdelingene: det planlegges lokale forbedringsgrupper, det skal samles inn data, og vi trenger bidrag til det sentrale organisasjonsarbeidet. Dette er en unik mulighet til forbedring av praksis, og til å frembringe gode nyttige forskningsdata.

Jeg takker nå for meg etter 8 givende år i styret: fire år som vitenskapelig sekretær, to som nestleder og de siste to som leder. Det har gitt meg mye: God kontakt med faget og fagmiljøene, nærhet til viktige faglige og fagpolitiske spørsmål, bedre kjennskap til helsevesenet, organisasjonene, direktorat og media, og samrøre mellom dem. Ganske interessant iblant! Styrearbeidet dreier seg selvsagt mest om norske forhold, men ikke bare: jeg fått tatt del i et godt nordisk samarbeid, først som norsk representant i NFOGs Scientific Committee, og senere i NFOG styret som kongresspresident for Bergen 2012 og leder av NGF. I tillegg kommer det europeiske samarbeidet i EBCOG, og i verden forøvrig gjennom FIGO. Det har vært masse arbeid, men jeg velger å tro, verd innsatsen. Vanskelig

å vite egentlig, det jo mange andre ting en kunne brukt fritiden på. Livet forløper uten kontrollgruppe.

Hjertelig takk til dere medlemmer – ikke minst de av dere som stiller opp og bidrar i det store dugnadsarbeid som ligger i å ha en levende fagmedisinsk forening. Takk til industrien, for godt og ryddig samarbeid, og til vårt fortreffelige kongressbyrå CIC, som har vært med oss i samtlige 8 år for årsmøtene i NGF, og for Bergenskongressen.

Sist, men slett ikke minst: en varm takk til alle dere jeg har sittet i styret med disse årene. Det har vært godt samarbeid, god atmosfære, en million mailer, minst – det har vært en glede. Og det siste mener jeg bør være tilstede når en vier så mye fritid til foreningen.

Jeg ønsker det nye styret lykke til, spesielt min etterkommer Jone Trovik. Jeg vet at foreningen er i de beste hender. Foreningen vil fortsette å være faglig sterk og fagpolitisk aktiv, en forening som er på banen, som sier fra, som er tydelig, og som det står respekt av.

Lykke til, og takk for meg.



- Mette Haase Moen
- NTNU og St Olavs Hospital, Trondheim
- mette.h.moen@gmail.com



Første blad, oktober 1988

Gynekologen er 25 år

Medlemsbladet for Norsk gynekologisk forening (NGF), Gynekologen, runder i oktober 2013 de 25 år, og det gir anledning til et tilbakeblikk på bladets utvikling gjennom et kvart sekel.

Ubeskjedent vil jeg påpeke at jeg er gudmor til bladet. Jeg var med ved unnfangelsen i 1988, til stede ved fødselen og har sett bladet vokse seg frem til en flott 25-åring i full blomst. Jeg har med mine 98 utgaver arkivert en nesten komplett samling som det har vært min hensikt å kaste når jeg om et års tid blir pensjonert. Nå har jeg brukt noen kvelder til å se bladene igjennom og gir her et resyme av bladets historie.

1988-1996 Redaktør: Per E Børdahl
Som formann (det var tittelen den gang) for NGF ble jeg inspirert av de andre nordiske gynekologi-foreninger som hadde medlemsblad. Vi var blitt over 300 medlemmer, og det var nødvendig med et informasjons- og kontaktorgan for å ha oversikt over aktiviteter innen 'den gynekologiske storfamilie'. Per Børdahl ble oppfordret til å påta seg redaktørarbeidet. Han var kjent for sin skriveferdighet og var en av de første kolleger som behersket elektronisk skriveteknikk. Han la malen for bladet med de faste punkter: Fra redaksjonen, fra styret, referater, presentasjon av avdelinger, intervju med veteraner, minneord om avdøde kolleger og oversikt over kurser og kongresser. Bladet utkom fire ganger årlig. Det første blad var en 'lefse' på 20 sider i A-5 format, primitivt som et skoleblad i det ytre, men med nyttig innhold. Lommeformatet medførte at bladet kunne leses i ledige stunder (i ventetider og ved do-besøk).

Med bedre økonomi (takket være villige annonsører), plassbehov og forfengelighet ble bladet i 1994 utvidet i størrelse og antall sider og fikk en presentabel forside i farger som vekslet for hver årgang. Fargevalget var det eneste som kunne skape uenighet mellom redaktøren og undertegnede, Per nektet kategorisk rosa omslag. Pers innsats for bladets start og første utvikling var av uvurderlig betydning, og som honnør for sitt arbeid mottok han i 1994 NGF's hederspris.

1996-1999 Redaktør Peer Høvik
Etter åtte år i redaktørstolen overlot Per vervet til Peer (Høvik). Bladet fortsatte i samme tradisjon med faste innslag og nytt kom til. Som en milepæl ble det nå mulig å sende innlegg som vedlegg til e-mail, men fortsatt ble disketter brukt, og det var strenge formaninger om at de måtte være virusfri! Arbeidet med kvalitetssikring av faget i form av Veiledere ble en viktig del av foreningens aktiviteter, utkast ble presentert i bladet og referat ble gitt om workshops med diskusjoner. Det var en utrolig styrke at vi kunne komme til enighet om utforming av Veiledere. Gynekologen var med til å bevisstgjøre at det

var et felles løft for alle norske gynekologer. Bladet ble et forum for debatter som for eksempel håndtering av abortvev, refusjon for østrogenbehandling, sykmelding av gravide osv. Siden 1999 ble abstracts fra årsmøtet presentert i Gynekologen. I 1996 ble NGF's 50 års jubileum markert med redaktørens refleksjoner over den sterke reduksjon i mødre- og perinatal død (97%) og perinatal død (78%) i de forløpne femti år. I 1998 ga Per Børdahl et tilbakeblikk over bladets den gang 10 årige historie. Som også de øvrige redaktører satte Peer sitt personlige preg på Gynekologen, for eksempel 'poeshjørnet' og 'fra godstolen', om kollegers fritidsinteresser; begge spalter med nyttige påminnelser om at livet er mer enn det faglige.

2000-2003 Redaktør Annelill Valbø
Det var blitt tradisjon for at redaktørjobben var fireårig, og bunadskledde Annelill Valbø smilte nå til oss som den første kvinnelige redaktør og endelig ble i år 2000 omslagsfargen rosa. Kvinner var kommet i flertall i foreningen og i bladet ble reist bekymring for manglende rekruttering av menn til faget. Som en forandring var det intervju

Jeg var med ved unnfangelsen i 1988, til stede ved fødselen og har sett bladet vokse seg frem til en flott 25-åring i full blomst.

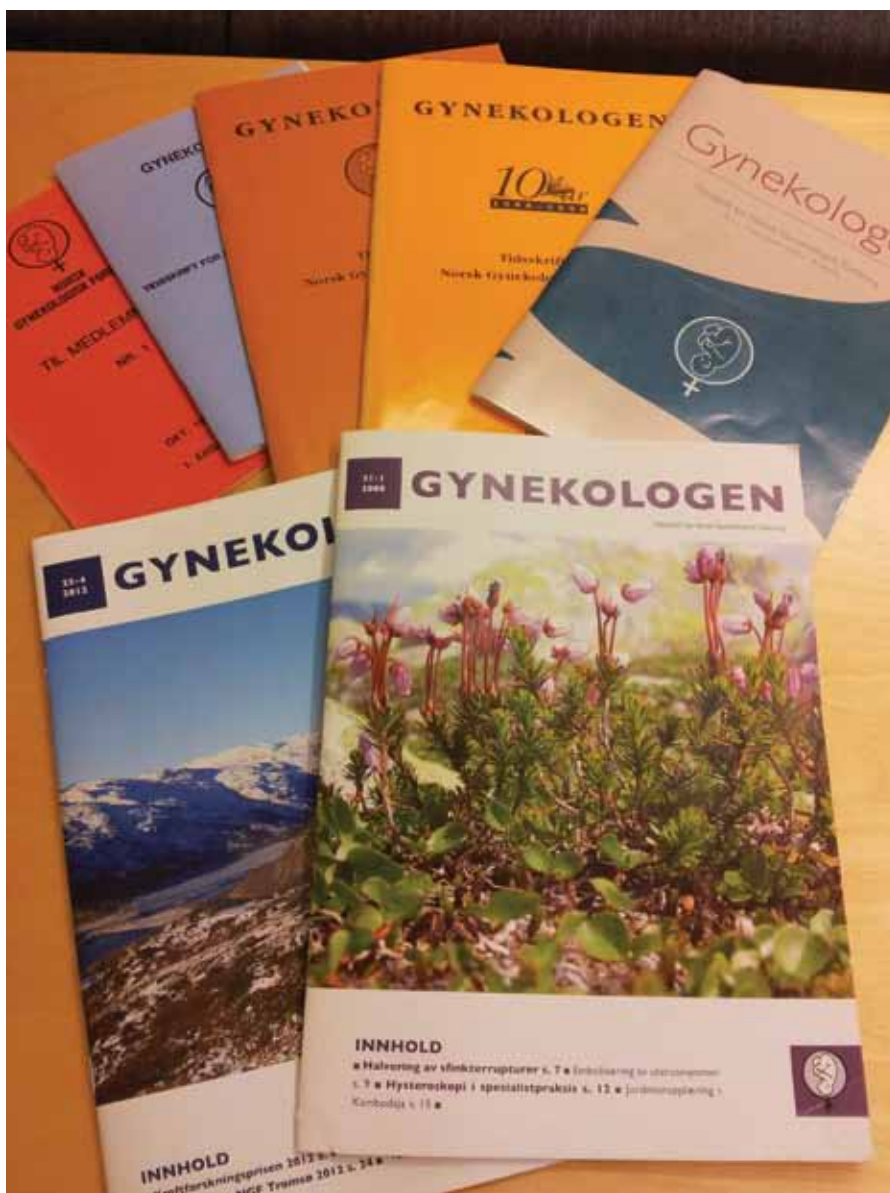
av yngre kolleger, en påminnelse om også å se fremover. Det ble referert fra aktiviteter i nye foreninger med ymse forkortelser (FUGO, NUGG, ENTOG, EBCOG, NYFOG, NFGO, NUGA, OGU og 'you name it'), og apropos laget redaktøren en sommerquiz for tyding av forkortelser. Globalisering viste seg ved kongress-referater fra hele verden og studieopphold på eksotiske steder som Maputo, Dubai, Ljubljana og India. Redaktøren og medredaktøren Marit Kristoffersen kom jevnlig med referat fra svensk-norsk sommermøte hvor fire erfarne dame-gynekologer holdt minisymposier i nordiske omgivelser. Etter fire år var pastellfargenes tid forbi for tidsskriftet og redaktør Annelill takket for seg med et poetisk dikt om redaktørens arbeid og ønsket sin etterfølger Einar Berle velkommen.

2004-2007 Redaktør Einar J Berle

Einar Berle er en kollega som er kjent for sine multitalenter, ikke minst hans kjennskap til antikken. Etter en noe treg start med bare to utgivelser i 2004 ble det full fart med Einar ved spaken. Det ble ny forside med frisk design og to nye farger for hver utgave. I denne periode var kollegene nødt til å friske opp latinkunnskaper når innholdsfortegnelsen ble presentert som pecunia, regionata, proclama, sanguis og persona. Smart måte for å vekke leserens nysgjerrighet! Utover de tradisjonelle informasjonen og referater fikk vi innføring i klassisk gynekologi, spesielt fødselshjelp. Det førtes heftige debatter om polypper, HPV, bioteknologi, GBS, fedre på fødestua og andre temaer. De yngre kolleger markerte seg med referat fra deres gruppe, FUGO, som intervjuobjekter og med reiseskildringer. Forholdet til industrien var fortsatt uproblematisk og det ble gitt store stipendier som Organons forskningspris på 100.000 kr og Scherings hederspris på 35.000 kr. I 2007 var vi 780 gynekologer, og man kan regne med at alle leste Gynekologen, i all fall noe av den. Det viktige redaktørverv overførtes så til Runa Aabø.

2008-2011 Redaktør Runa Aabø

Ny redaktør, nytt A-4 format og profesjonell design. Runa Aabø satte således fra første stund sitt personlige preg på Gynekologen, og Oskar Skår leverte stemningsfulle årstidsfotografier til



Gynekologen fra 1988 til 2013



Gynekologen fra 1988 til 2013

Kvinner var kommet i flertall i foreningen og i bladet ble det reist bekymring for manglende rekruttering av menn til faget.

forsidene. Nytt var også at de yngre gynekologer i FUGO fikk fast spalteplass. Nye behandlingsmetoder ble presentert som embolisering, hysteroskopisk sterilisering og hysteroskopi i spesialistpraksis. Det var beretninger om praksisopphold i eksotiske land som Kambodsja, Malawi og Tanzania. I disse årene dreide debattene seg om sfinkterrupturer, utdanning, erstatningssaker, flukt fra sykehus til spesialistpraksis, om jordmødre skal legge opp spiral og mye annet. Årsmøtene fikk stor plass, både det tradisjonelle høstmøte og fra 2008 også vårmøtet med invitasjoner, årsrapport, referater og abstracts. Etter møtene var bladene prydet med bilder av glade, vakre og festklede deltakere. Prismottakelser og ordenstildeling ble behørig omtalt. Mistet man pusten av de mange faglige aktiviteter, var det avslappende å lese om gynekologer med andre sysler som forfatter av kriminalromaner eller som sangglade 'Sølvgubber'. Gynekologen hadde utviklet seg til et innholdsrikt blad.

2012- Redaktør Martin Andresen

Martin Andresen tiltrådte med uttalelse om å fortsette i samme stil som sin forgjenger, men litt nytt kom til. En fin presentasjon av det nye NGF-styre med bilder så vi vet 'hvem som er hvem'. Intervju med Acta redaktør i anledning tidsskriftets 90 års jubileum. Debatt om tidlig ultralyd, dagkirurgi, gravide på jobb og om surrogati. Det har vært nyttig å få kjennskap til operasjonsmetoder som robottkirurgi, og fistelkirurgi, og få informasjon om nye laboratorieprøver som HE-4 og AMH og gjenoppfriskning om vaginale infeksjoner (nyttig med slik oppdatering). En spesiell glede har vært å få informasjon om nye doktorander og deres arbeid. Nye forkortelser har dukket opp som UEMS og OEWH. Det er ikke enkelt å holde rede på bokstavene og deres tolkning, og selv vår kjære forening ble i referat fra årsmøtet i Tromsø 2012 omtalt som NFG! Egentlig ville det ha vært mer korrekt om foreningens navn hadde vært Norsk Forening for Gynekologi, men det er en annen diskusjon.

Avsluttende tanker

Det har vært meg en stor glede å få anledning til å studere de nesten 100 utgaver av bladet. Bladet er et dokument for utviklingen av spesialiteten med hensyn til utøvelse og forskning. Det viser også hva som har skjedd innen informasjonsteknologi. Mailadresse er første gang tatt i bruk i 1997, og etter hvert forsvant faxadresser. Sist på 90-tallet forsvant diskettene. I 2002 kom foreningen på nettet. Fargebilder kom i 2008 i økende mengde, før var det bare reklamer som ble vist i farger. Med hensyn til reklamer, så var det vemodig å se annonser for utgatte produkter og for firmaer som støttet foreningen og bladet og som siden er fusjonert bort og glemt. Vemodig å se bilder av eldre kolleger som nå er pensjonert eller borte. Men gledelig at de unge markerer seg så sterkt og sikrer foreningens fremtid. 'Slekter skal følge slekter' gjelder også for 'den gynekologiske storfamilie', og Gynekologen har vært et viktig samlingssted. En stor takk til alle redaktører og redaksjonsmedlemmer og andre bidragsytere.

PS Jeg tror jammen at jeg likevel bevarer bladene. Jeg må kunne finne 37 cm hylleplass til denne skatt!

C TachoSil «Nycomed Pharma»

Lokalt hemostatikum.

ATC-nr.: B02B C30

T MEDISINERT SVAMP: Hver cm² 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 vevsforsegling og for suturstøtte ved karkirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige.

Dosering: Kun til lokalt bruk. Skal bare brukes av erfarne kirurger. Det er utilstrekkelig informasjon om bruk til barn. Antall kollagensvamper som anvendes bør alltid være i samsvar med det 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). Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Kun til lokalt bruk. Skal ikke brukes intravasculært. Data for anvendelse ved nevrokirurgi, karkirurgi eller ved 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 kappeklede virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappeklede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappeklede 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). Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnummer hver gang preparatet benyttes.

Interaksjoner: Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet.

Graviditet/Amming: 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 utilsiktet administreres intravasculært. 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 sårverflaten. 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 sårverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limegenskaper 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. 24 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten noen tegn til lokal irritasjon. Andre opplysninger: Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger. For instruksjoner vedrørende bruk og håndtering, se pakningsvedlegg.

Pakninger og priser per 13.05.2010: 3,5 x 2,5 cm: 1 stk: kr 551,50. 5 stk: kr 2617,30. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2787,30. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: 2537,00.



Unik kombinasjon – klar til bruk

Tachosil[®] – pålitelig hemostase og vevsforsegling.^{1,2}

Hemostase på 3-5 minutter.¹

- Den eneste kombinasjonen av kollagen, humant fibrinogen og trombin³
- Ideell ved behov for rask effektiv hemostase²
- Kan klippes til ønsket fasong²
- Enkelt å applisere rundt anatomiske strukturer²
- Er elastisk og har en sterk limende evne³

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 equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gressed JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002.

- Ragnar Sande
- Stavanger Universitetssykehus
- ragnar.sande@gmail.com

Per E. Børdahl - obstetriker og filolog

Babyboomgenerasjonen har gitt oss ei rekke framtreddende 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. Fyrst ute er Per Børdahl, kjend for dei fleste etter mange år som obstetriker ved Rikshospitalets Kvinneklinikk og klinikkoverlege ved Kvinneklinikken i Bergen.

Per Børdahl - fortel fyrst litt om oppveksten din?

Jeg ble født i Bodø og bodde de første fem år i Nord-Norge; min far arbeidet i militæret, ikke som offiser, han var ingeniør og arbeidet i den sivile delen. Fra -49 til -63 bodde jeg på Vang i Hedmark og gikk hele folkeskolen på en liten skole, hvor læreren kom ut og ringte med en kuklokke når vi skulle inn, og hvor vi gikk på skolen annenhver dag. Det har jeg



Ung manns land - Per Børdahl attende i Danmark i 1982

alltid betraktet som en stor lykke; at det var mye tid til å leke og veldig mye tid til å lese i min oppvekt.

Så kom jeg til Katedralskolen på Hamar hvor jeg gikk i fem år. Da trodde alle vi som kom fra landet at de fra Hamar var så mye flinkere, som hadde gått på skole hver dag. Kortversjonen er: Det var de ikke!

I hele min oppvekt, uten bevisst å tenke på hva man skulle bli, var min store interesse historie. Jeg var ikke i tvil, i den grad jeg tenkte på det, at jeg skulle bli historiker. Det var inntil jeg som gymnasiast arbeidet på Sanderud psykiatriske sykehus som pleier et par somre på rad, og bestemte meg så for å lese medisin. Jeg trodde det var nyttigere; det kan man diskutere, men det trodde jeg da.

Så studerte jeg i Oslo fra -63 til -69, og fordi jeg har lett for å bestemme meg, det kan også være galt, men jeg har lett for å bestemme meg, så bestemte jeg meg i gynekologisk termin for å bli gynekolog, på grunn av min fasinasjon for fødsler. Det var i

-68; det hjalp på fasinasjonen at jeg fikk mitt første barn i samme år, det vil si jeg fikk to barn mens jeg studerte og hadde da en kone som tok et hovedfag samtidig som jeg var ferdig. Det var altså ikke slik at jeg kunne kombinere studier og småbarn fordi hun var hjemme og holdt potetene varme.

Kvar hadde du din turnus?

Før turnus var jeg hos Bjøro på Rikshospitalet et halvt år, det vil si at jeg hadde gjort ganske mange indre vendinger og uttrekking på fot før jeg kom som turnuskandidat til Harstad. Bjøro prøvde å overtale både Babill Stray-Pedersen og meg til at vi skulle utsette turnus og lave forskning først. Det gjorde Babill, og det ble det jo en strålende forskningskarriere av, men jeg hadde ikke tenkt å forske, jeg hadde tenkt å være alminnelig lege, og jeg ville veldig gjerne tilbake til Nord-Norge. Vi var i turnus i Harstad, så fortsatte jeg i et halvt år i en gruppepraksis, Norges kanskje første gruppepraksis, samtidig med den i Fyllingsdalen. Jeg ville gjerne dratt til Tromsø, dette var før Universitetet i Tromsø, men

jeg har en dansk kone. Den gangen var det veldig kostbart og vanskelig å fly, det var ikke noen flyplass på Evenes, og hun syntes dette var for langt fra Danmark.

Og så tok du din spesialisering...

Ja, den startet jeg rett på etter turnus. Jeg fikk jobb på sentralsykehuset i Akershus, den gang skulle man innstilles av Helsedirektoratet, og jeg kom, som jeg har gjort noen ganger i mitt liv, på en delt tredje plass. Jeg kjente en av overlegene fra Rikshospitalet, og så fikk jeg den jobben. Jeg begynte på sentralsykehuset i Akershus et halvt år før Per Bergsjø kom som sjef fra Bergen. Jeg sluttet i utide, det vil si jeg hadde en fireårsstilling som jeg sa opp etter femten måneder, fordi min kone da arbeidet ved Universitetet i Århus. Det var en intens kamp om hvem som skulle gi seg, og som vanlig i vårt forhold så gav jeg meg, og så reiste jeg til Danmark med et tungt hjerte.

Det gikk veldig bra; jeg hadde kirurgi i to og et halvt år i Danmark. Jeg syntes det var så morsomt at jeg ringte til Per Bergsjø og sa at nå kunne jeg enten få jobb på universitetsklinikken i Århus, der visste jeg at jeg ikke ville få lov til noen ting, eller jeg kunne fortsette min kirurgi, som var et fag der jeg i løpet av den siste uken hadde gjort fem vaginale hysterektomier. Da sa Per, og det mener jeg stadig var et dårlig råd: "Kom deg vekk fra kirurgene forttest mulig!" Jeg mener faktisk at gynekologer har for lite kirurgi. Jeg ble spesialist mens jeg var i Danmark, jeg gikk altså det danske A-kursus, så jeg var spesialist før jeg var 34.

Vi flyttet i -78 tilbake til Norge, det hadde vi tenkt oss hele tiden. Jeg fikk en jobb på Radiumhospitalet hos Per Kolstad. I dag er jeg glad for årene i Danmark, jeg var på fire avdelinger som del av dansk spesialisttjeneste, jeg er glad for at jeg oppdaget at det er flere måter å drepe en katt på enn å kvele den i smør. Det vil si; ting

I hele min oppvekst, uten bevisst å tenke på hva man skulle bli, var min store interesse historie. Jeg var ikke i tvil, i den grad jeg tenkte på det, at jeg skulle bli historiker.



Medisinen er min ektevilde hustru, litteraturen er min elskerinne" A. Checkov 1860-1904. Per Børdahl i russisk forfatter-positur 1993.

kan gjøres på forskjellige måter. Noen sjefer blir veldig strikse på at den måten de sier er den eneste rette. Det er det av og til, men ikke alltid.

Jeg var på Radiumhospitalet i tre år, det er veldig lenge når man er obstetriker, men den tiden har jeg alltid syntes var nyttig, fordi jeg for det første aldri har vært noen gudbenådet operatør. Jeg har vært i stand til å bestemme meg, og operere, men jeg har ikke vært vidunderlig, så jeg trengte endel kirurgi. For det andre lærte jeg meg

å snakke med mennesker i en kritisk fase i livet, og det synes jeg selv jeg har hatt glede av som obstetriker. Siden har jeg vært ved Rikshospitalet i 17-18 år, i Bærum fra -86 i tre år, jeg har vært i Kirkenes et halvt år... Jeg har altså det som heter en bred utdannelse. En gammeldags bred utdannelse.

Og i løpet av den tida har du møtt eindel av dei store i generasjonen før deg. Fortel litt om dei?

Ja, he he... Jeg har hatt som sjef for det første Knut Bjøro. Hos ham har jeg vært kandidatvikar, assistentlege, reservelege, assisterende overlege og overlege. Bjøro var ikke nødvendigvis en veldig god sjef, men han var en umåtelig vidende kollega. Han var en veldig inspirasjon, han sa til meg kort etter at jeg begynte som helt ung: "I fødselshjelp og kvinnesykdommer må du lese, ellers er



Per Børdahl i sine velmaktsdagar som avdelingsoverlege på Kvinneklinikken i Bergen i 2005.

det ikke morsomt nok!". Jeg tilhører ikke de som først og fremst har negative ting å si om ham; han var, i mine unge år, en viktig inspirator. Han ble, som mange slike sjef, litt vanskeligere med tiden, men folk skal bedømmes etter sine beste egenskaper, det mener jeg helt bestemt. Han var en stor inspirasjon for meg i starten; da jeg var der som ung kandidat ringte han hjem til meg om kvelden, hvis han skulle gjøre noe spennende, og spurte om jeg hadde lyst til å være med. Det betyr utrolig mye når man er ung.

Så hadde vi Hermann Ramstad, som dere vel ikke kjenner, men som også var et stort navn da jeg var ung, men han så vi nesten aldri på avdelingen. Så hadde jeg Per Bergsjø, som kom i -73, ham har jeg bare arbeidet sammen med like lenge som et svangerskap varer, 9 måneder, men akkurat som svangerskapet fører til en unge som man har mye med å gjøre resten av livet, så har jeg hatt et nært forhold til Per Bergsjø inntil han døde. Vi er to kollegaer som har snakket mye sammen. Han var en teoretisk og ivrig forsker, men jeg hevder fortsatt at Bjørø er

den mest kunnskapsrike sjef jeg har hatt. Jeg er glad for å ha arbeidet med Per Bergsjø, han var ikke en bulldoser, det var Bjørø. Men det jeg vil si om Bergsjø, som jeg alltid har sagt, jeg er fantastisk imponert over måten han tok det som skjedde i Bergen og laget en ny karriere etterpå. Jeg ville lagt meg under gulvteppet og blitt liggende der. Så jeg har en stor respekt for Per Bergsjø.

Så har jeg hatt Per Kolstad som sjef, og de som ikke har jobbet sammen med Kolstad tror ikke hans operasjonsteknikk var sann: Jeg har aldri noen gang, og da var jeg tross alt spesialist da jeg kom til ham, sett en mann operere på den måten. Så ufattelig fort og sikkert. Jeg så ham både i hans storhet og i hans fall, men jeg vil si at han var helt

opplagt eneren i sin generasjon og innenfor sitt felt, og han var jo også internasjonalt en kanon. Sånne kanoner er jo ikke alltid like morsomme å være i nærheten av, det vil jeg gjerne legge til.

Jeg vil gjerne nevne en til, Narve Moe, som var sjef for føden på Rikshospitalet i veldig mange år. Han var seksjonsoverlege ved fødeavdelingen nesten hele min tid der. Han var en sikker fødselslege, og en mann man virkelig kunne lære mye av. Narve Moe er et navn som bør trekkes frem.

Fordelen ved å ha vært et sted som Rikshospitalet så lenge som jeg var, er at jeg har gått vakt sammen med en meget stor del av norske overleger. Jeg ble reservelege på et tidlig tidspunkt, og har gått bakvakt på utrolig mange dyktige kollegaer. Du får veldig stor respekt for kollegaer som arbeider på mange ulike typer sykehus.

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

Det er en så dramatisk endring at det nesten ikke er til å tro, på alle felt. Innen obstetikk er det jo faktisk sånn at vi for det første ikke hadde noen god oversikt over svangerskapskontrollene, ultralyd fantes selvfølgelig ikke. Elektronisk overvåking var så vidt kommet inn, med et vell av falske positive CTG-registreringer. Vi vet i dag fryktelig mye mer om den fødende kvinnen og barnet når hun kommer inn, og vi har mye bedre overvåkingssystemer. I forbindelse med fødselen er det viktigste at kvinnen nå kan ha med seg sin mann eller en annen voksen hun stoler på. Ultralyd er ikke det viktigste, men det var det morsomste. Selve det å kunne betrakte fosteret som et individ, som ultralyd ga muligheten for, både rent fysisk og billedmessig, men også erkjennelsesmessig, har vært helt utrolig. Helt utrolig. Så vil jeg si at keisersnitt har vært et av de virkelig viktige virkemidlene

Fordelen ved å ha vært et sted som Rikshospitalet så lenge som jeg var, er at jeg har gått vakt sammen med en meget stor del av norske overleger.

i løpet av min tid. Det kan virke litt overraskende, men jeg mener jo ikke at alt som er godt blir bedre fordi om det blir mere av det. Vi fikk en stigning fra cirka 1-2 prosent i min start og opp til 10-12 prosent i Bergen. Det var nærmest forbudt å gjøre sectio i starten, det har endret seg, det har vært en kjempefordel, men den økning vi har sett de siste årene er ikke nødvendigvis det. Vi snakker om et operativt inngrep med de komplikasjoner og konsekvenser det kan ha.

Innenfor kreft har den mye mer aggressive kirurgien spilt en stor rolle. Assistent befruktning har kommet til, det fantes jo ikke da jeg startet, ikke i det hele tatt. Da jeg begynte i Bergen, og var til stede på det første morgenmøtet, ble jeg litt forbauset. Jeg trodde ikke jeg hadde søkt meg jobb på et lite sykehus i Norge, operasjonsprogrammet var tilsvarende som om vi var på Hønefoss eller noe sånt noe. Jeg tenkte: "Det der kan jeg gå opp og gjøre før lunch!". Sånn var det ikke da jeg reiste. Da opererte de på en måte og med teknikker som jeg overhodet ikke behersket. Det har skjedd i løpet av en tiårsperiode; at gynekologi har blitt like spesialisert som de andre feltene våre.

Fostermedisin fantes ikke da jeg startet i faget, assistert befruktning fantes ikke; både gynekologi og obstetrik har forandret seg helt enormt i løpet av den perioden. Ikke bare fordi de andre avdelingene utviklet seg, vi fikk en bedre billeddiagnostikk fra radiologene, vi fikk en bedre neonatalservice fra barnelegene... Det var i en periode slik at Narve Moe sa om en del av fødslene på Rikshospitalet at vi var bare en transportetappe på vei til barneavdelingen. Det er feil. Det var vi muligens for trede år siden, sånn er det ikke lenger.

Fostermedisin er jo, som du vet, et av de feltene som jeg er vilt fasinert av. Men det er en ting som er nesten enda viktigere, og det er at det har skjedd et vitenskapelig gjennombrudd i vårt fagfelt. Det vil si at yngre kollegaer i dag har en helt annen holdning til å skaffe seg viten og til å publisere enn vi hadde da jeg begynte. Da jeg ble overlege på Bærum i -86 var jeg den første norske gynekolog med doktorgrad som ikke hadde jobb på en universitetsklinikk. Ellers var doktorgrad

synonymt med universitets-klinikk, og jeg gikk jo også raskt tilbake til Rikshospitalet.

Jeg synes yngre kollegaer er mere ambisiøse, i ordets beste forstand, enn de var da jeg startet. Da handlet det veldig mye om å få en jobb, få en stilling eller komme i praksis. Jeg synes det har vært en gledelig utvikling. Vi lærte noen ting raskere enn det kollegaer lærer nå; de lærer det kanskje aldri. Noe går alltid tapt, men grunnleggende mener jeg nivået på norske gynekologer er betydelig høyere nå enn det var da jeg begynte.

En annen viktig ting som har skjedd i løpet av min tid, er arbeidet med kvalitets-sikringsbøkene fra Norsk Gynekologisk Forening. Jeg har vært med fra starten av, vi har laget fryktelig mange av de bøkene opp gjennom årene. Jeg var imot det da det begynte, vi diskuterte det på begynnelsen

av 90-årene. Jeg tenkte at dette ble bøker som primært ble lesestoff for advokater, og at man kunne komme til å tro at dette var en hellig tekst på nivå med Toraen, Koranen og Det nye testamentet. Hvilket det jo ikke er. Jeg vil si at arbeidet med veilederne har gjort at gynekologene er kommet nærmere hverandre, og at vi har et mye åpnere forhold til hverandre enn generasjonen foran meg hadde. De snakket jo ikke med hverandre. Mange av de gamle sjefene hilste knapt på hverandre, når det var møter.

Jeg vil si at den siste utgaven som kommer nå, som jeg igjen har vært med på, nok er den jeg har sett hittil som jeg synes har vært best, idet vi faktisk nå etterhånden også begynner å dokumentere hvor vi har opplysningene fra. Tidligere regnet jeg med at når jeg sa at det skulle gjøres sånn ved en tvillingfødsel, så var det ultimate bevis at det



Vidunderlige nye verden - Per Børdahl og hans framtidsretta medarbeidarar i STAN erfaringsgruppa.

var jeg som sa det. Sånn er det jo ikke. Stadig er det endel i vårt fag som aldri kommer til å bli såkalt evidensbasert, det blir basert på seniorenes erfaring. Det kommer vi ikke til å unngå. Likevel mener jeg arbeidet med kvalitetssikringsbøkene har vært umåtelig viktig. Det var Knut Dalaker som ledet arbeidet med bøkene første gang, det gjorde han på en sånn måte at han avgjort bør minnes i denne forbindelse.

Vil du seie at noko har gått tapt på vege?

Jeg vil si en del manuelle ferdigheter har gått tapt. Og jeg er ikke av de som mener det var bedre å være for eksempel fødselslege i gamle dager. Det var nemlig like dramatisk hvis en kvinne fikk et skadet eller dødt barn den gang som det er nå. Det var like forferdelig. Forskjellen er at nå vet vi mye som gjør at vi har muligheten til å unngå det, den gang visste vi mye mindre. Det var like skrekkelig; det var helt forferdelig å være ung assistentlege. Vi fikk jo heller ikke overlegene inn, vi fikk ikke bakvaktene våre inn, og jeg vil ikke legge skjul på at jeg i de første mange år i mitt eget fag ofte var redd. Jeg synes det hjalp da jeg hadde holdt på endel år, og fikk en form for sikkerhet, særlig i forbindelse med obstetikk, men der i starten synes jeg at vaktene var veldig skumle. Det som har gått tapt, av og til, er at vi lærte oss på en eller annen måte en del manuelle håndgrep, og selv om jeg er full av interesse for undersøkelsene som gjøres i Stavanger med ultralyd og fødsel, så mener jeg stadig at man bør kunne ta i mot barn uten elektrisk strøm. Det var vi bedre til. Vi fikk en større selvstendighet på et tidligere tidspunkt. Samtidig var arbeidsforholdene slik at vi nærmest bodde på avdelingen, ikke noe fri før eller etter vakt, avspasering hadde vi ikke hørt om. Vaktene var hyppige. Jeg har vel aldri trodd, egentlig, at det var farlig for pasientene, jeg vet det finnes masse undersøkelser som sier at det var det, men det tror jeg blir for

I forbindelse med fødselen er det viktigste at kvinnen nå kan ha med seg sin mann eller en annen voksen hun stoler på. Ultralyd er ikke det viktigste, men det var det morsomste.

Fostermedisin fantes ikke da jeg startet i faget, assistert befruktning fantes ikke; både gynekologi og obstetikk har forandret seg helt enormt i løpet av den perioden.

generelt. Litt reaksjonær må det være lov å være som pensjonist. Men at det var farlig for ekteskapene kan det ikke være noen tvil om. Jeg kan huske vakter hvor jeg hadde vakt på julaften og kom hjem, der satt kone og to små barn og ventet fortrøstningsfulle første juledag med presangene, og jeg var så trøtt at jeg bare gikk rett i seng, og hadde ikke lyst til å snakke med dem i det hele tatt. Da jeg var i Århus gikk vi helgevakt hver femte helg, det var 48 timer i ett strekk uten å ligge ned på en eneste gang. Det var fysisk enormt utfordrende, og derfor var det jo veldig mange som valgte faget bort, som sikkert ville vært utmerkede gynekologer. Jeg tilhører altså ikke den generasjonen som mener at jeg kan se Roms undergang når jeg selv slutter. Jeg er optimistisk.

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

De skal lese mere. Jeg har truffet flere som jeg har ansatt i Bergen opp gjennom årene, og som ble forbløffet når jeg spurte hvilken obstetrikkbok de leste for tiden. Den hadde de ikke hørt før. Jeg forstår godt at man er nødt til å ha en stor teoretisk viten når man driver med ultralyd, og vite noe om sånne verdier i arteria cerebri media, jeg forstår fullt ut det, men jeg forstår ikke riktig at kollegaer i sin utdanning ikke leser anatomiske atlas, kirurgiske håndbøker eller obstetriske håndbøker. Jeg forstår ikke riktig at man ikke tar inn over seg det jeg ofte pleier å si; at praktisk fødselshjelp først og fremst er et teoretisk fag. Derfor synes jeg det har vært en fordel med de kursene som har vært i senere år i obstetikk; at man har

lagt vekt på både det praktiske, som det "hands on" treningsprogrammet som vi har hatt i Bergen, og som sikkert mange andre har også, og det at man skal lese obstetikk. Obstetikk er ikke primært et prøve-og-feile fag, det er det for viktig til.

Det som gjør at vi alle sammen, og det gjelder oss alle sammen, har hatt sommerfugler i maven når vi gikk på vakt på en fødeavdeling, særlig de som da ikke jobbet der til daglig; det er fødselen man er redd for når man går på vakt. Det var en eller annen som sa at det var laparoskopi hun syntes var skummelt, det er jo bare tull! Det er fødselen, det er der det skjer på vakt. Derfor må man lese obstetikk. Der vil jeg holde meg til Bjørø, men ikke av den grunn som Bjørø gav, at det "ikke var så morsomt uten", men av den grunn at det øker kvaliteten veldig. Det er ikke sånn at det bare er et mester-lærling fag. Det samme har Harald Helland og jeg diskutert ofte i forbindelse med cancerkirurgi; vi er begge to enige om at det er forbausende at folk ikke starter med å lese på hvordan inngrepene skal gjøres. Man sier: "Nå er det så lenge siden jeg har gjort det, så nå må du vise meg det". Det finnes altså veldig gode håndbøker i operativ gynekologi.

Jeg synes leger generelt også skulle lese mer skjønnlitteratur. Det finnes for det første forbausende mange forfattere som har vært leger; Tsjekhov er her den nærmeste, Bulgakov er en annen. Jeg mener at leger får en form for informasjon ved å lese skjønnlitteratur, og en oppfatning av verden rundt seg, og av mennesker og menneskers forhold, som jeg mener er viktig. Medisin er biologi, medisin er håndverk, men medisin er også i veldig høy grad psykologi og en forståelse for det samfunnet vi lever i. Jeg blir så glad hver gang jeg treffer en lege som er en leser. Nå sa lyrikeren Georg Johannesen – også en bergenser - en gang at manlige



Offisielt bilde - Per Børdahl er i genuint godt humør på dette offisielle portrettet.
Foto: Zacharias Balslev-Clausen.

lesere i fruktbar alder var mer sjelden enn ulv i Trysil; det er stort sett kvinner som leser. Narve Moe var en leser. Jeg synes leger ikke bare skulle lese fag, de skulle faktisk også lese skjønnlitteratur, og min erfaring er ofte at mange av de som leser mest fag leser faktisk også mest skjønnlitteratur. Det er ikke for ingenting at man lager kurs på de amerikanske toppuniversiteter i litteratur. Og så er det gleden ved å lese, forfatteren og legen Tsjekhov sa det presist. «Medisinen er min ektevidde hustru, litteraturen er min elskerinne». Sånn har jeg også hatt det.

Til slutt har jeg lyst til å si en ting: Selv om jeg faktisk tenkte på historie før jeg begynte å jobbe med det andre, og på mange måter føler meg som en filolog, så har jeg vært umåtelig glad for det privilegium det har vært å jobbe som lege. Jeg er enormt glad for å ha valgt fødselshjelp og kvinnesykdommer. Jeg har jo faktisk jobbet, det regnet jeg ut nå forrige dagen, fra 2. januar -70, da begynte jeg å jobbe på Kvinneklinikken på Rikshospitalet, og så holdt jeg altså opp nå i sommer, det vil si det er 43½ år siden jeg begynte på en kvinneklinikk. Det er ganske lenge; jeg var ung da jeg begynte. Jeg er veldig glad for å ha fått arbeide innenfor vårt felt, og jeg forstår godt at mange kollegaer fortsetter til de er 70. Det er et privilegium å jobbe som lege. Av og til snakker man om den måten avisene hakker på oss og alt mulig sånt. Det synes jeg det er i orden at de gjør. Det er helt i orden at vi er i sentrum for oppmerksomheten, for det er ingen som driver med noe som er så viktig.

Og med den avslutninga takkar vi Per Børdahl for at han stilte opp og delte erfaringane sine med oss. I neste nummer - ein annan bauta deler av sin visdom.



AmniSure®

Hurtig, pålitelig, ikke-invasiv test for ruptur i fosterhinne (ROM)

- ✓ 99% SENSITIVITET, 100% SPESIFISITET
- ✓ ENKEL DIP-STICK TEST
- ✓ PÅLITELIG RESULTAT I LØPET AV MINUTTER
- ✓ ANBEFALT AV EAPM (European Association of Perinatal Medicine)
- ✓ BRUKES AV LEGE, JORDMOR, SYKEPLEIER
- ✓ BRUKER PAMG-1 SOM MARKØR FOR RUPTUR

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com

 Navamedic



- Jan Martin Maltau
- Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø

Intervju med Professor Ganesh Acharya

Hva er det viktigste dine fagkolleger bør vite om deg Ganesh? At jeg er en snill og grei kar! Ja, det er sant, men ditt livsløp og din karriere har jo virkelig vært noe helt utenom det vanlige. Kanskje jeg derfor like godt, som en liten ingress, skal være så fri å sakse noen momenter fra talen til deg under disputasmiddagen i 2005 der gjester fra 12 nasjoner deltok; -Born in Nepal on the 11th of August 1960. -Started in school under cumbersome, difficult and strenuous conditions in rural Nepal. - In spite of the hard start – he did so well – that he was awarded His Majesty`s Government of Nepal Scholarship to study medicine in the USSR in 1980. -Six years later he won the first price for the best student research work by the Rector of L`vov State Medical Institute in Ukraine, where he graduated in 1987. -Received the Diploma of Obstetrics and Gynaecology at the Tribuvan University, Kathmandu in 1993. -Awarded the Dr. Kanti Giri Gold Medal for obtaining highest marks in the final Diploma examination. -Member of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists in UK from 1996. - Completed his specialist training in UK, 1999.

Vår første kontakt var i London i 1999 og i 2001 flyttet du med kone og tre barn fra travle London til en overlegestilling ved Kvinneklinikken i Tromsø; hvordan var det?

En stor omstilling. God støtte var avgjørende, spesielt fra deg, uten ditt engasjement hadde det nok ikke gått. Men krevende, først og fremst for familien, Larissa med to jenter og en gutt.

En av jentene be alvorlig syk, men det ordnet seg heldigvis etter hvert. I dag har vi det bra, Larissa arbeider som overarkitekt ved UiT. Amrita 26, har med bl. a. utdannelse i Musikk dans og drama fra Kongsbakken

videregående skole, etablert seg som skuespiller.

Ja, når du sier det må jeg få legge til at hun nå er nominert norsk Oscar-kandidat. Maja 23, er utdannet journalist fra University of Cardiff mens yngstemann Arjun, 15 går i 10 klasse i Tromsø.

Jeg kom til å trives ved avdelingen, spesielt med utfordringen å utvikle fostermedisinen både klinisk og akademisk i Tromsø og Nord-Norge forøvrig. Følte at dette var - og er - en viktig og meningsfull oppgave. Din visjon, samarbeidet med Pål Øian og veiledningen fra Torvid i Bergen var også helt vesentlig for at det ble som det ble.

I 2002 fikk vi etablert et givende fostermedisinsk dyreeksperimentelt samarbeid med Universitetsklinikken i Oulu; en forskning det knapt er muligheter for i Norge. Senere fulgte flere forskningsopphold bl.a. hos Jim Hutha ved University of South Florida i USA.

Og fritid?

Jeg er glad i fjellet og mulighetene for fjellopplevelser her oppe er mange; har også hatt flotte fjellturer i Nepal med kolleger fra Norden og Italia

Du har vokst opp i et hinduistisk land og i en hinduistisk tradisjon. Hva betyr din hinduistiske bakgrunn for deg ?



Ganesh på vei til Blåmann.

Jeg er ikke veldig religiøs, men hinduismen, den eldste av de store religioner, betyr mye. For meg er den mer en eksistensiell filosofi enn en religion; den lærer oss "The Art of Living".

Viktige elementer er at hele universet er en levende enhet, et system. Man kan nærme seg Gud på flere måter. Alt er gud, det kan være en sten et tre et menneske et insekt. Ikkevold, toleranse, respekt for andres rettigheter er sentralt, også toleranse for andre religioner. Karma; måten du lever på bestemmer din fremtid. Nirvana; som du lever høster du. Hovedbudskapet som jeg ser det er; ikke skade, men medfølelse og respekt for alt levende.

Jeg er ikke veldig religiøs, men hinduismen, den eldste av de store religioner, betyr mye. For meg er den mer en eksistensiell filosofi enn en religion; den lærer oss "The Art of Living".

Hva er det viktigste vi bør vite om Nepal?

Et av verdens fattigste land der mye positivt har skjedd de siste 20-30 årene; fra absolutt monarki til parlamentarisme. Men den økonomiske utvikling går sakte. Det er nå en diskrepans mellom politisk og økonomisk utvikling.

Og hva ser du som det viktigste?

Sett i vårt perspektiv er høy maternell- og perinatal mortalitet, ca ti ganger over norsk nivå, en stor utfordring. Å sikre bedre utdanningsmuligheter og en infrastruktur som gjør helsetjenester tilgjengelig for de mest sårbare må ha høy prioritet. Det må etableres et bedre og desentralisert

helsetilbud med beredskap for viktige tilstander, for eksempel fødsel.

Du gjør mye for, på ulikt vis, å støtte ditt land og dine landsmenn i her i norden. Bl.a. er du formann i Nordic Nepal Medical Society som arbeidet målrettet for både å støtte landsmenn i norden, men også ved å bidra til hjelp i Nepal.

Er det noe vi, dine kolleger i Norge, kan bistå med?

Ta folk til Norge; gi utdanning – gi kunnskap! Mens alt annet vi gir egentlig betyr at vi gir noe fra oss - unntaket er kunnskap som deles - den gaven er gratis og bare vokser i verdi. Det er som et lys som tenner et annet lys, det bruker ikke av seg selv, men gir lys videre.

Hvilke kategorier helsepersonell bør det da satses på?

Flere og bedre utdannede leger er bra, men mellomnivået av helsepersonell, sykepleiere,

– Når arbeidet blir din hobby klarer du mye. Det gir også en stor glede og styrke det å vite at det du gjør hjelper andre til et bedre liv. Det utfordrende er å finne den god balanse overfor familien.

jordmødre og andre medarbeidere minst like viktig. De kan gi basishjelp.

En annen muligheter der Norge har og spesielt gode forutsetninger er organisering av pasienttransport i uveisomme områder. Ikke minst gjelder det ved svangerskap og fødsel.

Men jeg tror også at vi i Nepal kan ha mye å gi tilbake; bruk en overlegepermisjon der! Er det noe konkret vår forening kan gjøre? Ja, jeg vet for eksempel at Norsk psykiatrisk forening har lagt en liten sum til medlemskontingenten og bruker midlene til et stipend øremerket videreutdanning av en spesialistkandidat i Nepal.

Du har allerede gjort mye for å etablere et godt fostermedisinsk tilbud i Nord-Norge. Hvilke tanker har du for den videre utvikling av fagområdet?

Vi er i den heldige situasjon at vi i Norge i løpet av de siste årene har fått mange med fostermedisinsk kompetanse, også på doktorgradsnivå. Det betyr at tilbudet allerede er blitt ganske desentralisert. Jeg tror derfor at våre nåværende sentra ved universitetsklinikene er tilstrekkelig. Behovet er nå mer å samles om nordiske sentra for de helt sjeldne, krevende tilstander, eksempelvis laserbehandling ved tvilling til tvillingtransfusjon. Dette vil tvinge seg frem delvis også som resultat av den raske utvikling innen medisinsk genetikk, både diagnostisk og terapeutisk. Fostermedisin er derfor en god virksomhet å satse på for unge kolleger. Økt innsats for bedre fosterhelse er kanskje en de mest regningssvarende investeringer som kan gjøres innen helsevesenet. Jeg mener også at

vi, som flere andre land, for eksempel Finland, bør gjøre fostermedisin til en sub-spesialitet.

Du er kjent for å ha en ualminnelig stor arbeidskapasitet. Hva er din oppskrift for å klare alt det du gjør, hva kan vi lære av deg?

Når arbeidet også blir din hobby klarer du mye. Det gir en stor glede og styrke det å vite at det du gjør hjelper andre til et bedre liv. Det utfordrende er å finne den god balanse overfor familien.

I tillegg til dine mange oppgaver: klinisk arbeide, veilederfunksjoner, undervisning og forskning er du også Scientific Editor i BJOG og Associate Editor i Acta.

Fortell litt om hva dette innebærer.

Det er sentralt å ha respekt for den innsatsen som ligger bak ethvert manuskript slik at bedømmelsen blir god, konstruktiv og rettfærdig. Jeg har et sterkt ønske om at Acta kan øke sin opplutning og bli et av de beste innen vårt fagfelt, men det betyr at vi i norden støtter Acta.

Du ble headhuntet av Professor Magnus Westgren ved Karolinska i Stockholm der du siden 2012 vært tilsatt i lønnet stilling som professor ved Institutet for klinisk intervensjon og teknologi (CLINTEC).

Ja dette er ærefult og har ført til et nært og inspirerende forskningssamarbeide mellom våre avdelinger. Nå har jeg også vært så heldig å motta et betydelig forskningsbidrag fra Stockholm Lans Landsting.

Anbefalingene jeg fikk i London i 1999, først

fra Torvid Kiserud, og så fra din veileder ved University College Hospital i London, professor Charles Rodeck gjorde inntrykk. Det Rodeck skrev kan jeg nå, etter de år vi har hatt sammen, til fulle si meg enig i; "Ganesh is a very interesting man – who has had an unusual career, but who was one of the best Specialist Registrars that we have had. I have never heard a word of complaint about him from either patients or any of his consultants. On the contrary, people speak nothing but good of him. He is dedicated, hard working, reliable and a delightful colleague. I am sure you would find him an excellent college and I can recommend him to you without reservation."

Noen ord til avslutning?

Jeg har nå vært i Tromsø i snart 13 år, siden 2011 din etterfølger i professor l-stillingen og føler å ha kommet i en givende og privilegert posisjon. Min frimodige og motiverende målsetting er at det vi står for her oppe skal være i verdensklasse. Det handler ikke om det eksotiske ved å ha sitt virke langt mot nord, politikk eller nordområdesatsning for den saks skyld, men om god og kreativ vitenskap som bringer verden fremover.

Supplerende:

MSc in Medical Imaging 2000.

Doktorgrad 2005. The umbilical circulation. A Doppler Ultrasonographic Study Fellow of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (FRCOG) 2008.



Økt innsats for bedre fosterhelse er kanskje en de mest regningssvarende investeringer som kan gjøres innen helsevesenet.

SF app

Intrauterin veksthemning er assosiert med økt risiko for mortalitet og morbiditet. Et av hjelpemidlene for å påvise intrauterin veksthemning er gjentatte symfyse-fundus (SF) målinger. SF måling er et av de sentrale elementene innen svangerskapsomsorgen, men metoden har vært kritisert fordi den ikke er dokumentert å være effektiv (1). Verdien av SF målet svekkes blant annet fordi det er lang avstand mellom målingene (færre svangerskapskontroller), det er ofte forskjellige personer som utfører målingene og at normalkurven man bruker på helsekort for gravide ikke er tilfredsstillende.

Studier har vist at den gravide kvinnen også fint kan måle symfyse-fundus mål selv (2). Dette gjør det mulig med hyppigere målinger, samt at man unngår at det er flere personer som måler.

Det er nylig lansert en ny SF-mål kurve basert på 42018 gravide kvinner ved Sahlgrenska Universitetssykehus i Göteborg (3). Den nye kurven har et annet kurveforløp sammenlignet med den gamle normalkurven på helsekortet for gravide. Den gjør det også mulig å justere for blant annet kvinnens høyde og vekt, for å få en individuelt tilpasset kurve.

På bakgrunn av svakhetene med den tradisjonelle SF målemetoden, har St. Olavs Hospital med Bjørn Backe i spissen, i samarbeid med NTNU (gjennom NTNU Technology Transfer AS), utviklet en mobilapplikasjon som kvinnen selv kan bruke til å registrere SF mål.

SF appen gir kvinner som er gravide med ett foster, muligheten til å registrere sine SF mål fra svangerskapsuke 24. Det er laget en instruksjonsvideo som viser

hvordan kvinnen på standardisert måte kan måle SF målet selv med målebånd. Hun legger så inn målet i appen, og den registrerte verdien vises i forhold til normalkurven. Man anbefaler at kvinnen måler minst en gang i uka. Den gravide kan legge inn opplysninger om høyde og vekt ved start av svangerskapet, dette brukes til å lage en individuell SF normalkurve, som er tilpasset kvinnens biometri. Hvis hun registrerer at hun er Rhesus negativ vil hun få påminnelse om å ta kontrollprøver av Rhesus antistoffer i uke 28 og 32, og hun vil også få påminnelse om at det bør tas glukosebelastning i uke 26 dersom BMI er over 27 eller alder over 38.

Den gravide oppfordres til å vise fram sin selvmålte SF kurve på de vanlige svangerskapskontrollene, enten direkte fra SF appen, eller hun kan sende kurven sin til seg selv, jordmor/lege eller andre via mail. SF appen er ment som et supplement til vanlig SF måling hos jordmor og lege og skal ikke erstatte denne.

Applikasjonen planlegges lansert om kort tid og den vil bli tilgjengelig for både IOS og

android. I tillegg til å være et hjelpeverktøy i svangerskapsomsorgen, vil app'en også gi et potensiale for forskning.

- Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;(7)CD008136
- Bergman E, Kieler H, Petzold M, Sonesson c, Axelsson O. Self-administered measurement of symphysis-fundus heights. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(6):671-7.
- Pay AS, Frøen JF, Staff AC, Jacobsson B, Gjessing HK. A new population-based reference curve for symphysis-fundus height. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013 Aug;92(8):925-33. vises



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

Safe and Sound

Ragnar Kvie Sande (figur 1) disputerte nyleg for graden PhD ved Universitetet i Bergen med avhandlinga “Safe and Sound - the effect of ultrasound on foetal measurement”. Her gjer han kort greie for hovudtrekka i arbeidet og relevansen for den moderne ultralydbrukar.

Vi er vande til å tenke på diagnostisk ultralyd som trygt, så trygt at vi ikkje har atterhald når vi brukar det klinisk på vid indikasjon og anbefaler det som screeningundersøking(1). Det er likevel nokre moment vi må ta hensyn til når vi undersøker foster i sårbare utviklingsfaser med ultralyd. Moderne ultralydmaskiner kan skape betydeleg høgare ultralyd intensitet i vev enn tidlegare generasjonar, og den forskinga vi baserer oss på når vi hevdar at ultralyd er trygt, er for det meste gjort på 80-talet, og dermed på lågintensitetsutstyr. Dyrestudier har vist skadelege effektar av ultralyd frå ultralydmaskiner som vert brukt i klinisk obstetikk. Med bakgrunn i dette meiner vi at ultralyd trygghet er i stor

grad eit spørsmål om ultralyd intensitet. Vi publiserte nyleg tre artiklar der vi såg på om det let seg gjere å undersøke foster med ultralyd med betydeleg lågare intensitet enn det som er vanleg å bruke i dag, og fann at med intensiteten redusert til ein tidel av det som er anbefalt som øvre grense i dag, kunne vi framleis gjere målingar som var klinisk fullegode.

Bakgrunn

Ultralyd med høg intensitet, fleire hundre tusen milliwatt per kvadratcentimeter (mW/cm^2) kan brukast til å termokoagulere svulstar som ikkje er tilgjengelege for kirurgi og til å sveise metall. Vanleg diagnostisk ultralyd ligg noko lågare, øvre grense for tilleten intensitet ved obstetrisk scanning vart heva frå 94 til 720 mW/cm^2 i 1991, hovudsakleg på grunn av ynskje om betre bilde kvalitet(2). For å ivareta omsynet til ultralyd trygghet innførte ein samstundes Termisk Index (TI) og Mekanisk Index (MI) som skulle visast på skjermen under undersøkingane. TI skal gje eit bilde av risikoen for termisk skade, og på grunn av at ulike vev absorberer ultralyd ulikt, har ein innført tre ulike versjonar av TI: Termisk Index for mjukvev (TIS) for bruk når det berre er mjukvev i bildet, Termisk Index for bein (TIB) for bruk når det er bein i bildet og Termisk Index for kranialt bein (TIC) for direkte kranial ultralyd (sjå tekstboks). The British Medical Ultrasound

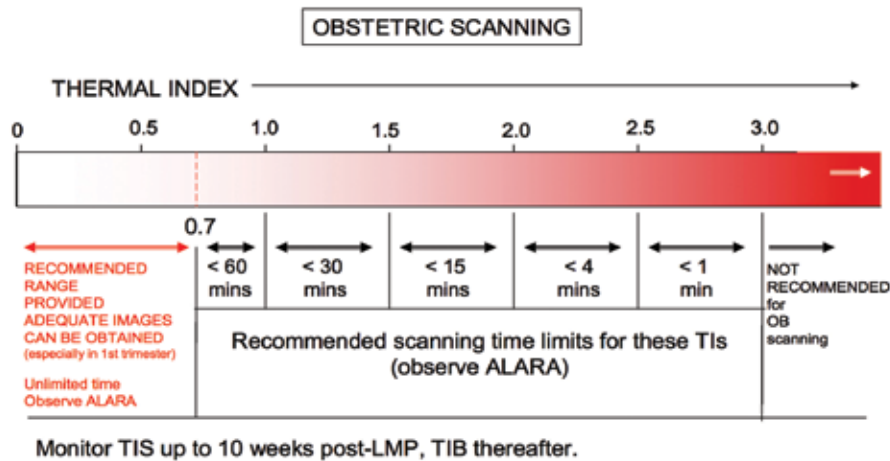
Society anbefaler i sine retningslinjer at ein brukar TIB når ein undersøker foster etter 10. svangerkapsveke (figur 2). Mekanisk Index er meint for å vurdere risikoen for vevsskade på grunn av kavitering, ein prosess der små gassbobler kollapsar i vevet og fører til store trykk og temperaturstigingar over kort tid og i svært små område.

Omfattande undersøkingar, hovudsakleg på 80-talet, har sett grundig på effekten av ultralyd på menneskefoster. Ein har ikkje funne effektar av ultralyd på fødselsvekt, skuleprestasjonar, syn, hørsel, motorisk utvikling, taleutvikling, dysleksi, adferd, intelligens, psykisk sjukdom eller kreft(3). Desse studiene var gjort medan ultralyd framleis var så lite i bruk innan rutinemessig svangerskapsomsorg at det var muleg å finne ikkje-eksponerte kontrollpersonar, og følgjeleg gjort før auken i maksimal tillaten intensitet i 1991.

To studier har vist biologiske effektar av ultralyd på foster, begge publisert i 1993. Newnham og medarbeidarar randomiserte 2800 kvinner til standard svangerskapsomsorg eller fem undersøkingar med kontinuerleg Doppler, med siktemål å kartlegge om ei slik tett oppfølging kunne betre utkommet i lågrisikosvangerskap. Dei fann ikkje den forventta betringa i utkome, derimot ein signifikant auka andel foster med fødselsvekt under 10 og 3



Forfattaren i offensiv positur med Voluson V-scan.



Figur frå retningslinjene til the British Medical Ultrasound Society, der maksimal foreslått eksponeringstid ved ulike verdjar for TI går fram. Reproduisert med løyve frå the British Medical Ultrasound Society.

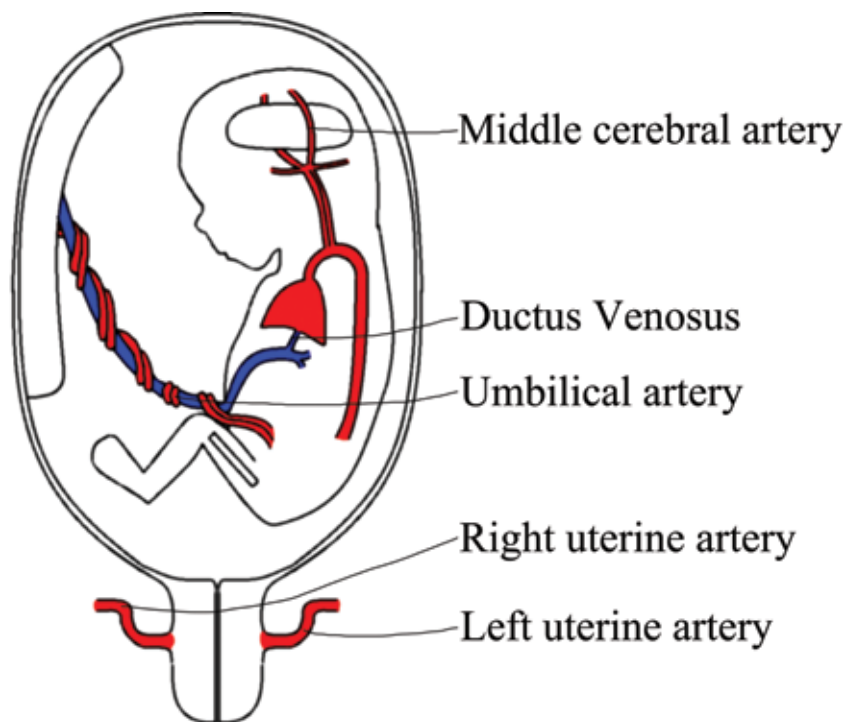
percentilane i eksponert gruppe. Salvesen og medarbeidarar fann auka andel ikkje-høgrehendte i eksponert gruppe når dei samanlikna barn randomiserte til rutine 18-vekers ultralyd eller standard svangerskapsomsorg utan ultralyd. Funnet var grensesignifikant og gruppa såg på fleire ulike utkome, men funnet er bekrefta i fleire seinare liknande studier, no sist i ein metaanalyse med 4500 i kvar gruppe(4).

Dyremodellar er nyttige når ein studerer potensielle biologiske effektar av ultralyd, av openberre etiske årsaker. Dyrestudier frå 80-talet har vist at intensitet betydeleg over det som vert brukt klinisk kan gje temperaturauke og vevsskade, noko som igjen illustrerer at ultralyd trygghet er eit spørsmål om ultralyd intensitet. I dei seinare åra har vi sett ei rekke dyrestudier der ein brukar ordinære moderne obstetriske ultralydmaskiner og viser biologiske effektar frå desse på forsøksdyr. Slik har ein demonstrert neuronmigrasjonsendringar og endra læring hos mus, leverapoptose og endra genespresjon hos rotter, samt endra læring hos kyllingar. Dette er små dyr, og ein kan innvende at ordinære moderne obstetriske ultralydmaskiner meint for bruk på menneske vil representere ei relativ overdosering for desse små dyra. Resultata er likevel vel verd å merke seg, særleg når ein ser effekten på neuronmigrasjon i samband med funna til Salvesen, og effekten på apoptose i leveren i samband med Newnham sin studie.

I nokre tilfelle er biologiske effektar av

ultralyd ynskjeleg, til dømes ved fysioterapi, der ein brukar ultralyd til å varme opp vev som supplement til annan terapi. Ein brukar då intensiteter i området 500 - 3000 mW/cm², eit område som i alle fall delvis overlappar det vi brukar til obstetriske diagnostikk. Slik oppvarming er imidlertid svært uforutsigbar både når det gjeld lokalisering og grad av temperaturauke, og fysioterapeutar brukar i dag i større grad laser til oppvarming av vev. Ortopediske studier har vist effektar på beintilheiling av pulsa ultralyd med låg intensitet. I ein studie fann ein signifikant betra tilheiling av bein etter behandling med pulsa ultralyd med intensitet på berre 25 mW/cm²,

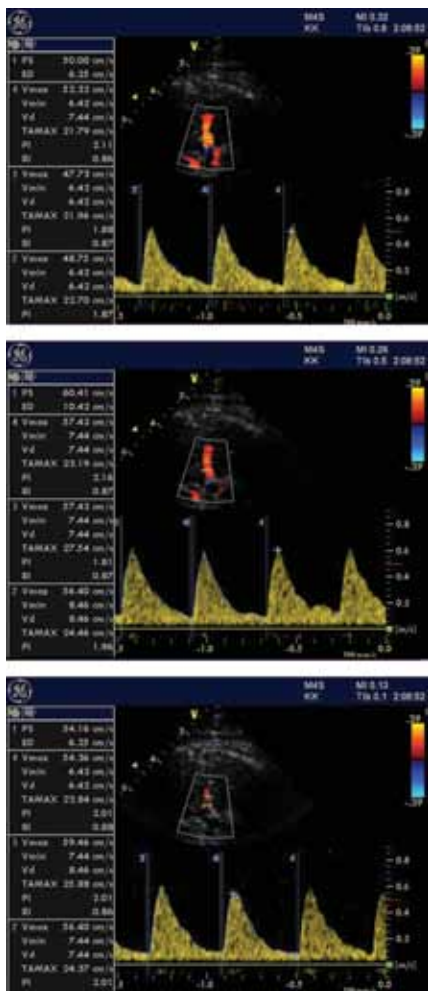
Dei fem blodårene som vart undersøkt med Doppler i del 1 og 2 av studien.



godt innanfor den intensiteten vi brukar i obstetrikken.

The International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG), the World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology (WFUMB), the European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB) samt fleire andre beslektede organisasjonar har alle publisert retningslinjer for trygg bruk av ultralyd(5). Der tidlegare retningslinjer har anbefalt at ein held seg under TI 1,0 for mesteparten av ei obstetriske ultralydundersøking, tilrår ein no å bruke den lågaste intensiteten som gjev fullgode undersøkingar. Alle retningslinjene tar avstand frå ultralyd på ikkje-medisinske indikasjon, og tilrår særleg varsemd ved Dopplerundersøkingar i fyrste trimester, då ein meiner fosteret er særleg sårbart. Dopplerundersøkingar i fyrste trimester vert ikkje tilrådd som rutineundersøking. British Medical Ultrasound Society (BMUS) har publisert retningslinjer for maksimal undersøkingstid ved ulike verdjar for TI (figur 2), vi ser at så lenge TI er under 0,7 kan ein undersøke så lenge det er nødvendig, men med aukande TI fell maksimal tid brått, ned til 60 sekund for verdjar over 2,5.

Kva er så vanleg praksis ved obstetriske



Doppleropptak av arteria cerebri media hos eit foster ved 36 vekers gestasjonslengde, øverst med TIB 0,8, i midten TI 0,5 og nederst TI 0,1.

ultral lydundersøkingar? Ein serie studier publisert dei seinaste åra har sett på dette, ved ganske enkelt gå inn på rom der slike undersøkingar vart utførte og registrere verdiane for TI som vart brukte. Ein fann at median TI ved 2D gråskala bildedannende ultralyd var 0,3, og for Dopplerundersøkinga 1,5. Dette siste er klart for høgt som medianverdi, sjølv om det kan forsvart under kortare tidsrom ved særleg vanskelege undersøkingshøve. Karel Marsal publiserte i 2005 resultatet av spørjeundersøkingar retta mot spesialistar på ultralyd. Resultatet var nedslåande; 32% visste kva TI var, 35% visste kva MI var og 22% visste korleis ein skulle justere effekten på ultralydmaskinen. Basert på dette kan ein ha eit visst belegg for å hevde at ultralydmaskiner stort sett vert brukt med fabrikkinnstillingane, som vanlegvis er 95 eller 100% av maksimal muleg effekt.

Safe and Sound studien

Ut frå dette kan vi hevde at ultralyd trygghet

er eit spørsmål om ultralyd intensitet, at ultralyd effekt sjeldan vert justert i klinisk praksis, og at gjeldande retningslinjer tilsvar oss å bruke den lågaste intensiteten som gjev gode nok undersøkingar, utan å seie noko meir om kva dette nivået bør ligge på. Kva er så det beste nivået for ultralyd intensitet og TI som gjev oss gode undersøkingar utan å eksponere fosteret for unødig mykje ultralyd? Dette har vi forsøkt å svare på i Safe and Sound studien. I ein serie på tre artiklar såg vi på om redusert ultralyd intensitet førte til endringar i klinisk relevante ultralydmålingar.

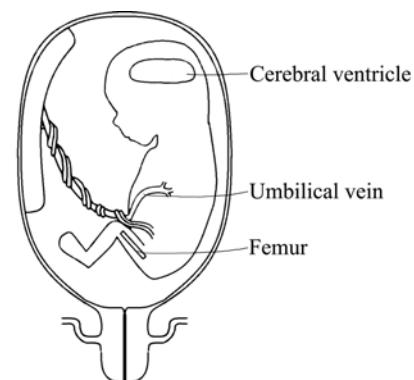
I den fyrste artikkelen såg vi på effekten av ultralyd intensitet på Dopplermålingar gjort på foster kring 12. svangerskapsveke, sidan desse undersøkingane har vore fokus for debatten om ultralyd trygghet i seinare tid(6). Etter ei styrkeberekning undersøkte vi 42 gravide kvinner ved omtrent 12 vekers gestasjonslengde, og undersøkte fem klinisk relevante blodårer; fosteret sin arteria cerebri media, ductus venosus, ein umbilikalarterie og begge mor sine arteria uterinae (figur 3). Vi framstilte årene med fargedoppler og målte maksimal blodfart og pulsatil index ved hjelp av spektraldoppler. Desse undersøkingane gjorde vi fyrst tre gonger ved TIB 1,0, som tidlegare var anbefalt øvre grense for TI under størstedelen av ei ultralydundersøking, og som vi har grunn til å tru er eit moderat estimat for dagens praksis. Deretter reduserte vi effekten tilsvarande TIB 0,5 og gjentok undersøkingane tre gonger, for til slutt å redusere effekten tilsvarande TIB 0,1 og gjenta undersøkingane tre gonger. Havparten av kvinnene vart undersøkte med abdominal ultralydprobe og halvparten med vaginal ultralydprobe. For kvar undersøking registrerte vi innstillingane på ultralydmaskinen slik at desse kunne gjenskapast nøyaktig på eit seinare tidspunkt og intensiteten ved undersøkinga kunne målast ved hjelp av ein hydrofon, ein mikrofon som kan måle ultralyd frekvens og styrke i vatn.

Vi fann ikkje nokon effekt av ultralyd intensitet på målingane av maksimal blodfart og pulsatil index. Det var heller ingen effekt av ultralyd intensitet på variansen til målingane,

noko som tyder på at målingar gjort med låg intensitet var like nøyaktige som målingar gjort med høg intensitet. Vi fann ein effekt mellom ultralydprobene, undersøkingar gjort med den abdominale ultralydproben hadde større varians og må derfor reknast som mindre nøyaktige enn målingar gjort med den vaginale ultralydproben. Når vi målte intensiteten i med hydrofon i ettertid fann vi overraskande stort spenn i intensitet for ein gitt verdi av TIB, særleg for den vaginale ultralydproben. Målingane viste ein verdi for TIB på 0,5 svarte til intensitet som kunne variere mellom 14,3 og 182 mW/cm². Den abdominale ultralydproben var betydeleg meir konsistent, her svarte ein verdi for TIB på 0,5 til intensitet som kunne variere mellom 72,7 og 88,7 mW/cm².

I den andre artikkelen såg vi på tilsvarande vis på effekten av ultralyd intensitet på Doppler målingar i andre og tredje trimester, når fosteret er betydeleg større og har større grad av forbeining i knoklane og undersøkingsdjupna er større enn i fyrste(7). Heller ikkje her fann vi nokon effekt av ultralyd intensitet på målingane av maksimal blodfart og pulsatil index (figur 4). Det var heller ingen effekt av ultralyd intensitet på variansen til målingane. Vi fann derimot ein effekt av undersøkingsdjupn, slik at ein auke i undersøkingsdjupn på ein centimeter førte til ein reduksjon av målt blodfart på 1,92 cm/s.

I den tredje artikkelen såg vi på effekten av ultralyd intensitet på lengdemål gjort i eit 2D gråskala ultralydbilde ved gestasjonsalder 12-36 veker(8). Vi undersøkte diameteren på bakhornet til ein sideventrikel i hjernen, diameteren på navleleiven



Dei tre strukturane som vart målt i eit 2D gråskala bilde i del 3 av studien.



Lårbeinet til eit foster ved gestasjonslengde 35 veker 5 dagar, framstilt øverst med TIB 1,0, i midten med TIB 0,5 og nederst med TIB 0,1.

intraabdominalt og lengda på lårbeinet (figur 5). Desse undersøkingane gjorde vi fyrst tre gonger ved TIB 1,0, deretter reduserte vi effekten tilsvarende TIB 0,5 og gjentok undersøkingane tre gonger, for til slutt å redusere effekten tilsvarende TIB 0,1 og gjenta undersøkingane tre gonger. Her fann vi faktisk ein effekt av ultralyd intensitet på målingane, men denne var svært liten (figur 6). Effekten var størst for målingane av lårbeinet, når ultralyd intensiteten vart redusert frå 1,0 til 0,1 vart målingane av lengda på lårbeinet redusert med 0,027 millimeter. Dette er under intraobservervariasjonen for målingane, og klart utan klinisk relevans.

Relevans for klinisk arbeid

Ultralyd er ein viktig del av moderne spesialisert svangerskapsomsorg, det er godt dokumentert at ultralydovervaking av risikosvangerskap betrar fødselsutkomet(1). Ingen alvorlege skadelege effektar av ultralyd er påvist i studie på menneske(3), og det er

ingen grunn til å råde frå ultralyd i dei tilfella der dette er klinisk indisert. Det er heller ingen grunn til at vi ikkje skal gjere det vi kan for å få best muleg framstilling av det vi ynskjer å undersøke. Av hensyn til trygghet bør vi likevel ha eit bevisst forhold til ultralyd intensitet, og bruke den minste intensiteten som gjev oss den informasjonen vi treng til å ta våre kliniske avgjerder. Moderne ultralydmaskiner har kraftige datamaskiner innebygd, og har mange funksjonar som kan hjelpe oss til å betre kvaliteten av opptaket, til dømes justering av frekvens, pulsrepetisjonsfrekvens, fokus og fleire andre. Ved å ha eit aktivt forhold til desse i tillegg til å justere intensiteten vil ein i dei fleste tilfelle få eit betre opptak enn viss ein køyrer med maskinen på full gass utan å justere relevante parameter.

For å illustrere poenget kan det vere nyttig å samanlikne med røntgenundersøkingar, der dei potensielt skadelege effektane er vel dokumenterte. Dette hindrar ikkje ein indremedisinar i å rekvirere ei røntgenundersøking, til dømes ein CT abdomen, når han meiner det er klinisk indisert. Radiologen som skal utføre undersøkinga vil sjølvsagt passe på at strålingsdosen er den lågaste som gjev eit godt bilde, 8 mGy for ein CT abdomen, heller enn å skru røntgenrøret på "gjennomsteikt" og fyre laus. Det er heller ikkje vanleg å ta røntgenbilde av hovudet sitt og henge på kjøleskapet for moro skuld, sjølv om eg har sett det gjort.

Høgare intensitet vil gje eit sterkare reflektert ultralydsignal, eit meir hensiktsmessig høve mellom signal og støy og potensielt eit betre ultralydopptak. Denne gevinsten er imidlertid mindre enn ein kunne tenke seg; utrekningar gjort i forkant av auken i tillaten intensitet i 1991 tydde på at ein auke i intensitet på 100% ville kunne gje ei maksimal betring på 5% i bildekvalitet. Det er ingen motsetnad mellom å ha eit aktivt forhold til ultralyd intensitet og å gjere gode ultralydopptak. Tvert i mot kan eit aktivt forhold til innstillingane på ultralydmaskina resultere i at ein får utnytta potensialet i denne betre. Ut frå resultatane i vår studie ser det ut til at ein i dei fleste tilfella kan gjere fullgode målingar med intensiteten

redusert tilsvarende TIB 0,1. Vi anbefaler at ein brukar dette som utgangspunkt, og skru opp når det er nødvendig på grunn av særleg vanskelege undersøkingforhold.

1. Whitworth M, Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2010(4):CD007058.
2. Nyborg WL, Carson PL, Carstensen EL, Dunn F, Miller D, Miller MW, et al. Exposure Criteria for Medical Diagnostic Ultrasound: II. Criteria Based on all Known Mechanisms: National Council on Radiation Protection and Measurements, Maryland; 2002.
3. Torloni MR, Vedmedovska N, Merialdi M, Betran AP, Allen T, Gonzalez R, et al. Safety of ultrasonography in pregnancy: WHO systematic review of the literature and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 May;33(5):599-608.
4. Salvesen KA. Ultrasound in pregnancy and non-right handedness: meta-analysis of randomized trials. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Sep;38(3):267-71.
5. Safety ECoMU. Clinical Safety Statement for Diagnostic Ultrasound. ECMUS Website. [Safety statement]. 2011.
6. Sande RK, Matre K, Eide GE, Kiserud T. Ultrasound safety in early pregnancy: reduced energy setting does not compromise obstetric Doppler measurements. Ultrasound Obstet Gynecol. 2012 Apr;39(4):438-43.
7. Sande RK, Matre K, Eide GE, Kiserud T. The effects of reducing the thermal index for bone from 1.0 to 0.5 and 0.1 on common obstetric pulsed wave Doppler measurements in the second half of pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013 Jul;92(7):790-6.
8. Sande RK, Matre K, Eide GE, Kiserud T. The effect of ultrasound output level on obstetric biometric measurements. Ultrasound Med Biol. 2013 Jan;39(1):37-43.

Ulike einingar for å vurdere ultralyd energi:

Effekt er arbeid per tidseining, har eininga Watt og vert brukt til å beskrive energiproduksjonen i ultralydproben.

Ultralyd intensitet har eininga mW/cm² og kan målast med ein hydrofon, ein mikrofon som kan måle ultralyd i vannbad. Dermed får ein eit bilde av energien som vert avsett i vevet.

Termisk Index (TI) er forholdet mellom den energien ein brukar og den energien som trengs for å heve temperaturen i vevet med 1°C. Slik vil ein TI på 1,0 representere ein maksimal teoretisk temperaturauke på 1°C, TI 2,0 vil representere ein maksimal teoretisk temperaturauke på 2°C osv.

- Erik Andreas Torkildsen
- Kvinneklinikken, Stavanger universitetssjukehus
- eatorkildsen@hotmail.com

Ultralyd og prediksjon av langsom fødsel

Ultralyd er veletablert som hjelpemiddel i svangerskapsomsorgen, og de fleste gravide gjennomgår en eller flere ultralydundersøkelser i løpet av svangerskapet. På fødestuen er ultralyd lite brukt. Studier har vist at hender og fingre, i dag vårt fremste hjelpemiddel under fødselen, er subjektive og gir ofte uriktige svar. Det har derfor blitt foreslått at ultralyd kan være et mer objektivt verktøy i diagnostikk av den fødende. Ved kvinneklinikken i Stavanger har vi på fødestuen begynt å bruke ultralyd oftere. Fredag 20. september disputerte jeg for doktorgraden i klinisk medisin med avhandlingen "Ultrasound & prediction of prolonged labor" (Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet).

Tradisjonell undersøkelse

De fleste fødsler forløper stort sett uten alvorlige problemer, og tradisjonelt evalueres fødselen med klinisk undersøkelse og palpasjon. Langsom fremgang er en vanlig problemstilling hos



Erik Andreas Torkildsen

førstegangsfødende kvinner. Årsaker kan være dårlige rier, feilinnstilling, stort foster eller trangt bekken. I en studie av Dupuis et al. ble 57 leger undersøkt om de kunne diagnostisere fosterhodet riktig i en fødselssimulator. I 36-88% ble nivå diagnostisert feil, mens 20% mistolket høytliggende fosterhodet i bekkenet. Hos kvinner som har et langsomt fødselsforløp vil hver enkelt kliniker kunne palperer forskjellig og diagnostikken dermed bli usikker. Mange av kvinnene ender også opp med et keisersnitt. Det er derfor ønskelig med en mer objektiv undersøkelsesmetode som kan gi bedre diagnostikk og en sikrere behandling av den fødende. Transperineal ultralyd for å undersøke fosterhodet i fødselskanalen har vist seg å være en presis og reproducerbar metode til å predikere operativ forløsning².

Bør ultralydapparatet flyttes inn på fødestuene? Hensikten med min avhandling var å vurdere transperineale ultralydmetoder i 2D og 3D hos førstegangsfødende kvinner med et langsomt forløp.

Studie 13

I den første studien undersøkte jeg 110 kvinner. Prospektivt ble fødselen vurdert med to ultralydmetoder: fosterhodet-perineum avstand (HPD) og progresjonsvinkelen (AoP). Resultatet viste i en ROC-analyse at ultralyd kunne predikere vaginal fødsel hhv. 81% og 76% for HPD og AoP i 2D. 93% fødte vaginalt med en HPD ≤ 40 mm, mens 18% fødte vaginalt når HPD var > 50 mm. 87% fødte vaginalt når AoP var $\geq 110^\circ$, mens 38% fødte vaginalt når AoP var $< 100^\circ$. Både 2D og 3D teknikk viste det samme resultatet. Konklusjonen var at HPD og AoP kan predikere



HPD måles som den korteste avstanden mellom ytre del av fosters skalleben og perineum. Med direkte ultralydbølger vil skallebenet være godt synlig. Fetal head-perineum distance = Fosterhodet-perineum avstand



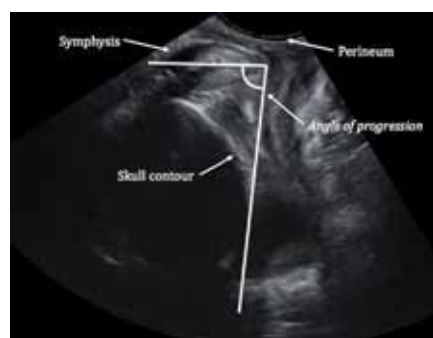
Progresjonsvinkelen(AoP) måles ved å legge ultralydhodet sagittalt, slik at man får symphysis pubica sentral i bildet og konturen av fosterets skalleben. Ultralydhodet vil da ligge sentral mellom labia majora.

Fosterhodet-perineum avstand(HPD) måles ved å legge ultralydhodet transversalt i området mot commissura laborium posterior. Ved å bevege ultralydhodet opp og ned, vinkle, samtidig som man presser hodet bestemt mot rami inferior ossis pubis, uten at det gjør vondt for kvinnen, måler man den korteste avstanden.

fødselsutfallet hos førstegangsfødende kvinner med et langsomt forløp.

Studie 24

I den andre studien vurderte jeg intraobserver repeterbarhet og intermetode enighet mellom 2D og 3D transperineal ultralyd. 106 førstegangsfødende kvinner med et langsomt forløp ble undersøkt med HPD og AoP. En obstetriker utførte undersøkelsene, mens en annen obstetriker undersøkte 2D bildene og 3D volumene. Sistnevnte var blindet for kliniske funn og fødselsutfall. Intraclass korrelasjons koeffisienten (ICC) for HPD var 0,94 for 2D og 0,99 for 3D. ICC for AoP var 0,91 for 2D og 0,94 for 3D. Intermetode ICC for HPD i 2D vs. 3D



AoP måles mellom en linje som går sentralt gjennom symphysis pubica og en linje som legges fra symphysis pubica og tangentielt med fosteret skalleben. Angle of progression = Progresjonsvinkelen

var 0,95 og for AoP 0,93. Konklusjonen var at én ultralyd undersøker hadde en god intraobserver repeterbarhet, og både 2D og 3D gir det samme resultatet. Hvis man går utfra at 2D er enklere å lære og utstyret er rimeligere bør 2D ultralyd benyttes.

Studie 35

I den tredje studien var hensikten å undersøke om occiput posterior(OP) eller høy likestand(HS), vurdert med ultralyd, kunne predikere fødselsutfallet. 105 førstegangsfødende kvinner med et langsomt forløp ble undersøkt med ultralyd for å vurdere hodets posisjon. 24% av 41 fostre med OP ble forløst med keisersnitt sammenlignet med 23% av fostrene i andre posisjoner ($p=0,91$). 12 fostre var i HS, der 58% fødte spontant og 42% ble forløst med keisersnitt ($p=0,89$). Tidsforskjellen i fødselsforløpet var ikke signifikant forskjellig mellom gruppene. Konklusjonen var at posisjon og høy likestand, vurdert med ultralyd i første stadium, ikke kan predikere fødselsutfallet.

Studie 46

I densistestudien ønsket vi å sammenligne fosterhodet-perineum avstand(HPD),

progresjonsvinkelen(AoP), hodesymfyse avstand (HSD) og intrapartum transperineal ultralyd (ITU) hode nivå. Tredimensjonale volumer fra 106 førstegangsfødende kvinner ble analysert. Det var god korrelasjon mellom ITU hode nivå og HPD ($r=0,71$), ITU hode nivå og HSD ($r=0,74$) og HSD og HPD ($r=0,75$). Vi vurderte også ultralydmetodene mot vanlig klinisk undersøkelse og sammenlignet de med ITU hode nivå. Resultatet viste kun moderat korrelasjon ($r=0,52$). Konklusjonen var at ultralydmetodene viste god korrelasjon seg i mellom, men kun moderat med klinisk undersøkelse.

The most important single issue of care in labour is diagnosis⁷

Malvasi et al. har skrevet: The manual exam is virtually unchanged since its inception in the sixteenth century, except for addition of gloves used by examiner⁸. Grunnlaget for sikker og suksessfull obstetrikk ligger på å forhindre komplikasjoner istedenfor operative fingerferdigheter som vil



Moderne ultralydapparatet kan skaffes som laptop utgaver, som er enkle å bevege rundt og bruke på en fødestue. Maskinene leveres både med 2D og 3D maskinvare. Det finnes også programmer som er utviklet for å brukes under fødselen. Ultralydmaskinen som er vist på bildet ble brukt i forskningsprosjektet.

være nødvendig for å behandle de 7. Med de resultatene jeg har funnet i min doktorgrad mener jeg, og mine samarbeidspartnere, at ultralyd kan brukes som en objektiv metode for å undersøke fosterhodets nivå i bekkenet. Ultralyd bidrar med å gi en mer objektivt diagnostikk under fødselen. Ultralyd basert på avstand og vinkel kan predikere fødselsutfallet hos førstegangsfødende med langsomme forløp. Både 2D og 3D teknikk kan brukes, men 2D er sannsynligvis enklere og rimeligere.

Takk til Norsk gynekologisk forening

Forskningen har gitt meg en bredere forståelse for obstetrikk og jeg håper at doktorgraden vil bidra med å gi

fødende kvinner en tryggere fødsel. Alt arbeidet har vært utført ved kvinneklinikken i Stavanger, i samarbeid med Nasjonalt senter for fostermedisin/ St. Olav Hospital. I 2011 fikk jeg NGFs Forskningspris i forbindelse med doktorgraden og det har vært et viktig bidrag til at jeg fikk fullført forskningen. Jeg ønsker derfor å benytte anledningen til å takke Norsk gynekologisk forening for bidraget! Ultralyd fortsetter som en viktig del av svangerskapsomsorgen og nytten er økende. Interessen for ultralyd under fødsel brer om seg og flere studier vil bli publisert i fremtiden.

Litteratur:

1. Dupuis O, et al. Birth simulator: reliability of transvaginal assessment of fetal head station as defined by the American College of Obstetricians and Gynecologists classification. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 868-874.
2. Molina FS and Nicolaides KH. Ultrasound in labor and delivery. *Fetal Diagn Ther* 2010; 27: 61-67.
3. Torkildsen EA, et al. Prediction of delivery mode with transperineal ultrasound in women with prolonged first stage of labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37: 702-708.
4. Torkildsen EA, et al. Agreement between two- and three-dimensional transperineal ultrasound methods in assessing fetal head descent in the first stage of labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012; 39: 310-315.
5. Torkildsen EA, et al. Predictive value of ultrasound assessed fetal head position in primiparous women with prolonged first stage of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 1300-1305.
6. Tutschek B, et al. Comparison between ultrasound parameters and clinical examination to assess fetal head station in labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 425-429.
7. Baskett TF, et al. Munro Kerr's operative obstetrics. Centenary ed. (11th ed.) Edinburgh, 2007.
8. Malvasi A. Intrapartum Ultrasonography for Labor Management. 1st edn. Springer: Heidelberg - New York, 2012.

Aesculap® Caiman®

Advanced Bipolar Seal and Cut Technology

Caiman Seal and Cut, advanced bipolar instruments combine mechanics and sophisticated Lektrafuse energy delivery, with patented features making the instrument characteristics unique.



- **Tip first closure**

Avoids tissue slippage within the jaw

- **Long jaw tip**

Enlarged vessel sealing length and improved surgical efficiency

- **One seal confidence**

State of the art vessel sealing with only one energy activation

- **Uniform tissue compression**

Leads to consistent sealing quality from distal to proximal tip

- **80 degree articulation jaw**

Allows simplified navigation in challenging anatomy

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical AS | Kjernåsveien 13B | 3142 Vestskogen | Norway
Tel. +47 33 35 18 00 | Faks +47 85 23 30 75 | www.bbraun.no

Aesculap – a B. Braun company

Kjære FUGO-medlemmer!



FUGO

NGFs årsmøte i Drammen var brått slutt, etter en tids forberedelser fra både NGFs og FUGOs side. Det var stort oppmøte, og for de av dere som ikke var der, foreligger referater fra ulike sesjoner av årsmøtet i denne utgaven av Gynekologen (til og med fra årsmøtemiddagen!). Det var mange LiS som møtte til FUGOs Generalforsamling torsdag 24. oktober, noe vi i styret setter stor pris på! Referat fra generalforsamlingen kan leses i denne utgaven av Gynekologen. Vi inviterte Johan Torgersen fra Ylf til å snakke om ny spesialiststruktur, og Camilla Kleveland (LiS i Harstad) fra spesialistkomiteen snakket om hvordan man rapporterer inn best mulig til spesialistkomiteen om ting som fungerer/ikke fungerer i avdelingen man jobber på.

Tradisjonen tro arrangerte FUGO sitt årlige forkurs også i år. Tema var Basalkurs i Gynekologisk Laparoskopi. Dette har vært et ønske både for medlemmer i FUGO og styret i noen år. Vi hadde kyndig hjelp fra laparoskopiutvalget, som stilte mannsterke med nærmest alle sine medlemmer. Vi hadde også god hjelp fra industrien som stilte med utstyr til disposisjon. Jeg benytter anledningen til å, på vegne av FUGO styret, takke alle i lararoskopitvalget for hjelp og samarbeid, og spesielt Guri Majak som var med i planleggingen og de praktiske øvelsene, samt alle fra industrien som stilte med utstyr. Vi hadde også uvurderlig hjelp av Kristin Floberghagen i lokal komite i Drammen-tusen tusen takk for din tid og innsats! Referat fra kurset finnes også i denne utgaven av Gynekologen, så jeg bare nevner at evalueringen var god, også i år. En del deltagere ønsket seg mer tid til praktiske øvelser, så det tolker vi som positivt!

I mai 2014 holdes ENTOG utvekslingen i Scotland, og i etterkant i Glasgow arrangeres EBCOG kongressen, som går av stabelen hvert annet år. EBCOG er Board and College of the Obstetrics and Gynaecology delen av Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). ENTOG utvekslingen omfatter LiS fra hele Europa (30-60 stk) som får hospitere i en uke ved en lokal sykehusavdeling. Man får bo gratis hos en LiS i vertslandet, noe som også har vært en viktig del av opplevelsen ved utvekslingen. Dere kan lese om Thea Falkenberg Mikkelsens utvekslingserfaring i Bratislava i 2013 i denne utgaven av Gynekologen. Jeg oppfordrer alle LiS som er interesserte i dette til å søke, send en mail til vår sekretær Åsmund Iversen på dra.a.iversen@gmail.com innen 31. januar 2014 med litt informasjon om deg selv. Vi sender to LiS fra Norge, og velger utfra antall år i faget, tidligere tillitsverv og språkferdigheter. NGF dekker reiseutgifter og en natt på hotell.



Tema for FUGO-kurset 2014 er ennå ikke bestemt, så vi tar gjerne imot ideer om tema på ovenfornevnte epost adresse. Dersom dere har noen ønsker om hva vi i FUGO skal holde på med, eller saker som bør tas opp hører vi også gjerne på innspill. Vi er her for dere.

Til slutt vil jeg takke for et år med flott samarbeid med en aktiv, arbeidsom og hyggelig gjeng i FUGO styret, ta av meg hatten for Olav for vel gjennomført kurs som ny kursleder, og gratulere Helene med en flott gutt! Vi ønsker også Elise Thoresen Sletten fra Tromsø velkommen som nytt styremedlem, ettersom Silje går ut i permisjon i 2014 (selv om vi ikke er helt sikre på om hun klarer å holde seg unna, når vi gjester hennes hjemby på årsmøtet i Trondheim neste høst!).

Med ønske om en god vinter..

FUGO-styret 2013

Marte Myhre Reigstad	Leder	FUGOs representant i spes kom, vara NGF	martereigstad@gmail.com
Olav Nordbø	Nestleder	Kursansvarlig	olav.nordbo@gmail.com
Tiril Tingleff	Kasserer	NFYOG representant	tirilt@hotmail.com
Åsmund Mjøen Iversen	Sekretær	Webredaktør	dra.iversen@gmail.com
Helene Peterson	Styremedlem	NGF styrerepresentant	helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com
Silje Eilertsen Denstad	Styremedlem (Vara)	NFYOG representant	silje.eilertsen.denstad@stolav.no
Johanne Holm Toft	Styremedlem		johanne.holm.toft@gmail.com

FUGO forkurs: Basalkurs i gyneokologisk laparoskopi - En praktisk suksess

I forbindelse med NGF årsmøte har FUGO (Forening for utdanningskandidater i gynekologi og obstetrikk) i en årrekke arrangert et forkurs. Tidligere tema for kurset har blant annet vært menopause, fosterovervåkning og kolposkopi. Målet med kurset har vært å dekke tema som ikke er tilstrekkelig dekket ved andre kurs. LISer har komme med ønsker om tema ved FUGOs generalforsamling. Et annen mål med forkurset har vært å trekke LIS til NGF årsmøtet. Ved å være med på forkurset kan LIS søke støtte fra legeforeningens Fond III til reise og en overnatting.

I år var temaet gyneokologisk laparoskopi. Olav Nordbø fra FUGO har vært kursleder og i nært samarbeid med laparoskopiutvalget ble kursprogrammet utformet. Det har vært et tydelig ønske fra arrangørens side å arrangere et praktisk rettet basalkurs i gynekologisk laparoskopi med fokus på praktisk ferdighetstrening. Guri Majak fra laparaskopiutvalget jobbet sammen med FUGO i planleggingen av kurset. Også Kristin Floberghagen fra den lokale arrangementskomiteen i Drammen, var viktig i for å få logistikken på plass.

Påmeldingen til kurset var stor og de 40 opprinnelige plassene ble raskt fulltegnet. Man opprettet noen ekstra plasser på tampen for å få med flest mulig. Det ble noen forfall de siste dagene og man ble tilslutt 45 deltagere. Deltagerne ble fordelt i to grupper hvor den ene

startet med teori og den andre gruppen begynte med ferdighetstrening.

Temaet for forelesningene var "Basal teori" ved Marit Lieng, "Energikilder" ved Kirsten Hald og "Komplikasjoner ved gynekologisk laparoskopi" ved Anton Langebrekke. Videre ble det vist videoer fra vanlige laparoskopiske inngrep ved Anne Veddeng og Kristian Høyer-Sørensen. De praktiske øvelsene var varierte og inkluderte suturtrening på kyllingfilet, "disseksjon" av avokado og druer, tre-pinne hinderløype i klassisk D-boks på tid, laparoskopisimulatoren Sim Surgery og "flytting av paprikafrø". Demonstrering av en laparaskopi-rack var en annen praktisk stasjon hvor LISene fikk prøve seg som operasjonssykepleiere og styre innstillingene med flow osv. Noe som viste seg å være en utfordring.

Tilbakemeldingene fra deltagerene via evalueringsskjemaet var overveldende positive. Foreleserne fikk i gjennomsnitt høy score for forelesningene sine og tilbakemeldingene var gode på de praktiske stasjonene. Flere ønsket mer tid til praktisk trening og det kom flere ønsker om å holde kurset over to dager. Videre uttrykket mange at kurset virket inspirerende for å trene mer hjemme. Forhåpentligvis blir D-boksene rundt omkring brukt hyppigere etter dette. Arrangørmessig kunne organiseringen av skifting mellom de praktiske stasjonene vært bedre, noe FUGO vil ta med seg videre i planlegging av neste kurs. Alt i alt må kurset sies å være en suksess. Det er bare å ta med en paprika, noen druer og en avokado og gå i gang!

- Silje Eilertsen Denstad
- St Olavs Hospital
- e-mail: silje.eilertsen.denstad@stolav.no

Referat fra Årsmøte og Generalforsamling FUGO

Styrets sammensetning for 2013:

Leder: Marte M Reigstad (OUS/
Kreftregisteret)

Nestleder/Kursansvarlig: Olav Nordbø
(Haugesund/Stavanger)

Sekretær/nettansvarlig: Åsmund Mjøen
Iversen (Tønsberg)

Kasserer/NFYOG representant: Tiril
Tingleff (Ringerike)

NGF representant: Helene Fjeldvik
Perterson (Ahus)

*I svangerskapspermisjon (NFYOG
representant):* Johanne Holm Toft
(Stavanger)

*Vara (redaksjonsmedlem i gynekologen
og vara NFYOG representant):* Silje E.
Denstad (St.Olav)

Årsrapporten for FUGO 2012, som ble presentert i forrige nummer av Gynekologen, ble godkjent av forsamlingen.

Kasserer Tiril gjennomgikk regnskapet for 2012 i balanse, og budsjettet for 2013. Budsjettet er vesentlig uendret

fra 2012, og mesteparten av det går med til møtevirkosomhet.

Marte rapporterte fra NGFs arbeid fra 2012/13. Mer informasjon om dette finner man i NGFs årsmelding fra 2012. Den europeiske organisasjonen for utdanningskandidater i obstetrikk og gynekologi, ENTOG (European Network og Trainees of Obstetrics and Gynaecology) arrangerer hvert år en utveksling for leger under spesialisering i Europa.

Under utvekslingen, som varer en uke, hospiterer utvekslingskandidatene først på en gynekologisk/obstetrisk avdeling i vertslandet og etterpå møtes alle kandidatene for et felles seminar der forskjellige tema innen utdannelsen diskuteres. I tillegg avholdes da generalforsamlingen i ENTOG. Reise og 1 natts overnatting i forbindelse med seminaret dekkes av NGF. Overnattingen i forbindelse med hospiteringen dekkes av vertslandet,

oftest i form av at man overnatter hos en LIS tilknyttet den avdelingen man hospiterer på.

Norge har brukt å delta med opp til 2 kandidater. Kandidatene velges ut fra bestemte kriterier (se FUGOs nettsider) og de/den som reiser forplikter seg til å skrive et reisebrev som publiseres i gynekologen og på FUGOs nettsider.

FUGO Utvekslingen for 2014 vil være i Glasgow i Skottland i forbindelse med EBCOG kongressen. Søknadsfrist er 31. januar 2014 og søknaden sendes til FUGOs sekretær, Åsmund! (For mer info, se FUGOs hjemmesider). Norge forsøkte å søke om å få holde ENTOG utvekslingen i Norge i 2015, men tapte med en stemme til Nederland.

Tiril rapporterte fra NFYOG (Nordic federation of young obstetricians and gynecologists), som er den nordiske foreningen for utdanningskandidater

i vårt fag. NFYOG består av 2 LiS fra hvert av de nordiske landene. Viser til Tirils årsmelding fra 2012 fra NFYOG fra forrige nummer av gynekologen. NFYOG planlegger å fortsette med tilrettelegging for utveksling og hospitering for LiS i Norden.

Dersom noen er interessert i dette kan de ta kontakt med en av NFYOG representantene i styret, som vil hjelpe til å ordne kontakt med aktuelle land/avdeling. Danmark og Sverige har de siste årene gjennomført en kampanje kalt «Gi kniven videre». Dette er en kampanje for å bevisstgjøre operativ opplæring og å slippe LiS til på operasjonsstua. Kampanjene har blitt godt mottatt i begge land. FUGO ønsker å gjennomføre en slik kampanje i Norge, og fikk støtte av generalforsamlingen.

Tiril har også jobbet med å få enkelte nordiske kurs og kongresser tellende som frie kurspoeng for spesialiseringen vår. Man har blant annet fått en slik godkjennelse for forkurset og NFOG kongressen i Stockholm den 9.-12. juni 2014. Vi oppfordrer nordiske LiS til å delta. NFYOG vil også arrangere et foredrag og en middag for LiS i forbindelse med NFOG kongressen.

FUGO minner om at NFOG har et eget fond det går an å søke blant annet for finansiering av hospitering/utveksling og utenlandske kurs og kongresser. Søknadsfristene for dette fondet er 2 ganger årlig, 1. mars og 1. oktober.

Det ble foretatt valg av styremedlemmer i FUGO. Marte, Åsmund og Olav var ikke på valg. Tiril og Helene (som nå begge har sittet i FUGO i 2 år) stilte til gjenvalg som fullverdige medlemmer og Johanne (som også har sittet i 2 år) stilte til gjenvalg som vara. Elise Thoresen Sletten fra UNN stilte til nyvalg. Alle de 4 siste ble valgt ved akklamasjon. Silje(vara) skal i 2014 ha svangerskapspermisjon fra FUGO.

Evaluerings av årets kurs «Basalkurs i gynekologisk laparoskopi». En egen

rapport fra kurset kan også leses i denne utgaven av Gynekologen. Tilbakemeldingene var gjennomgående svært gode. Det var stor pågang, og ikke alle som ønsket det fikk plass på årets kurs. Salen hadde derfor ønske om at FUGO skulle gjenta laparoskopikurset som forkurs også ved årsmøtet i Trondheim i 2014. Andre aktuelle tema var hormoner og kunnskapshåndtering. Tema for kurs 2014 annonseres på nettsidene til FUGO så snart det er bestemt.

FUGOs årsmøte fortsatte med Johan Torgersen, leder i YLF, og deretter Camilla R. Kleveland, LiS i spesialitetskomiteen.

Johan Torgersen snakket om «Endret struktur i spesialistutdanning – hva betyr det for LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer?» Han fortalte om Helsedirektoratets arbeid med å legge om spesialistutdanningen for alle spesialiteter. Det er et omfattende arbeid, og legeföreningen forsøker å være med så mye man kan på viktige avgjørelser i denne prosessen. Hovedsakelig dreier det seg om å korte ned tiden fra LiS til ferdig spesialist. Det vil bli en 3-delt tjeneste, hvor modul 1 tilsvarer turnustjenesten, modul 2 inneholder en felles utdanning for visse spesialiteter, og modul 3 er spesifikk for gjeldende spesialitet.

Camilla R. Kleveland orienterte så om spesialistkomiteens arbeid, som jobber for å sikre LISs utdanningsforhold. For å kunne utføre dette arbeidet på best mulig måte er det viktig at SERUS rapportene fylles ut så godt som mulig. De viktigste elementene er de to

skjema fra LIS: «Individuell utdanningsplan» og «Tilleggsskjema for LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer». Her har LIS mulighet til å rapportere direkte til spesialitetskomiteen, og på sistnevnte skjema uten at andre får innsyn i hva som blir skrevet. I mange SERUS rapporter mangler et eller begge disse, og spesialistkomiteen oppfordrer alle LIS til å ta seg tid til dette.

Styret satt veldig pris på at Camilla og Johan tok seg tid til å snakke på vårt årsmøte, og takker også alle medlemmer som møtte opp. FUGO tar gjerne imot innspill til ønskede «talere» ved årsmøtet vårt i 2014 i Trondheim!

Til slutt oppfordrer vi alle LIS til å søke om deltagelse på utveksling i Glasgow i 2014 **mandag 5. Mai til fredag 9. mai 2014** ved å sende en mail til dr.a.iversen@gmail.com.

- Thea Falkenberg Mikkelsen
- Nordlandssykehuset Bodø
- e-mail:theafm@yahoo.no

Referat ENTOG

(European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology)

Årets ENTOG-møte fant sted 9.-11. mai i Bratislava – Slovakias hovedstad. Fra Norge møtte Guillermo Rebolledo (Tromsø) og Thea Falkenberg Mikkelsen (Bodø) som deltakere i etterkant av utvekslingsopphold i hhv Praha og Banska Bystrica, og Marte Reigstad som representant fra FUGO. I tillegg møtte Tirill Tingleff fra FUGO til ENTOG council (ENTOGs generalforsamling) 11.5.

På Council møter en eller to representanter fra hvert av de 29 europeiske medlems-landene, og minst halvparten av landene må være representert dersom det skal gjøres vedtak. Marte og Tiril var dessuten utsendt for å reklamere for å få ENTOGs utvekslingsprogram og årsmøte lagt til Norge i 2015. Følgende land var representert på møtet: Norge, Sverige, Danmark, Finland, Estland, Latvia, Slovakia, Tsjekkia, Nederland, Storbritannia, Belgia, Portugal, Slovenia, Hellas, Tyskland, Tyrkia, Romania, Ukraina, og Malta.

Årsmøtet åpnet med en gjennomgang av utvekslingsoppholdene ved ulike sykehus i Tsjekkia og Slovakia. Representanter fra tre ulike land var spurt om å oppsummere sine opplevelser og dele disse med de andre deltakerne. Erfaringer fra disse utvekslingsoppholdene kan man lese mer om i en egen artikkel i en annen utgave av Gynekologen.

Videre tok årsmøtet for seg to hovedtemaer som var blitt stemt frem av fjorårets årsmøte: "Lederskap" og "grad av ansvar for leger i spesialisering i ulike europeiske land".

Temaet lederskap ble dekket relativt kortfattet. Nye teorier om hva som gjør gode ledere, ble presentert. Dette var nok

i hovedsak kjent stoff for oss skandinavere. I diskusjonen i etterkant kom det fram at en svært autoritær lederstil fortsatt hersker i Øst-Europa, mens at strukturene er mindre hierarkiske i Vest-Europa. En for autoritær lederstil er åpenbart uheldig. Fra skandinavisk hold ble det samtidig påpekt at man med den "skandinaviske modellen" noen ganger kan savne tydelig ledelse.

I blokk nummer to, diskuterte man grad av personlig ansvar for leger i spesialisering.

Dette varierer fra til dels svært selvstendig arbeid for LISer i flere vest-europeiske land, til nærmest kontinuerlig supervisjon og lite selvstendig arbeid for leger fra øst- og sør-europeiske land. To innledere argumenterte hhv for (Nuno Martins, Portugal) og mot (Prof. Wladimiroff (UK) kontinuerlig supervisjon i alle situasjoner gjennom hele spesialiseringen. Når diskusjonen var over, var det en enstemt forsamling som i en uformell avstemning stemte mot en slik kontinuerlig supervisjon, men god tilgang på



supervisjon og bistand ved behov ble påpekt som essensielt.

Jordmødres kompetanse og arbeidsoppgaver/ansvar ble også livlig diskutert. I noen europeiske land, f.eks. Romania og Slovakia, må det være lege til stede i utdrivningsfasen, selv ved normale fødsler, og jordmødre har en svært begrenset plass i fødselsomsorgen generelt. Det er også svært forskjellig hva som kreves av utdanning for å kunne kalle seg jordmor i ulike europeiske land. I noen land er ikke jordmødre juridisk ansvarlige, og leger vil kunne holdes ansvarlig for et forløp selv om de aldri har vært inne på den aktuelle fødestuen.

Til slutt kom en spennende diskusjon om man skulle basere seg på nummerbasert kompetansevurdering (dvs. "logbok" hvor man registrerer antall utførte inngrep av forskjellig art, slik man i hovedsak gjør i Norge), eller om man i fremtiden burde basere seg ytterligere på oppnådd kompetansenivå, hvor det vurderes skjønnsmessig om man er rede til å tre inn i spesialistenes rekke eller ei. Det ble argumentert fra de øst-europeiske LISene at et loggboksystem ville kunne brukes som argument for å få slippe til mer på operasjoner, og ved andre praktiske gjøremål, enn de gjør i dag. Dette ble støttet av en representant fra Sverige, hvor man i stor grad har gått

over til vurdering av kompetansenivå som målsetting, og noen der opplever å få operere mindre. På tross av dette gikk den uformelle avstemningen i favør av å gå for kompetansebaserte målsettinger i spesialistutdanningen, eventuelt med loggbok som et virkemiddel for å oppnå kompetanse.

Dag to ble det foretatt diverse avstemninger. Ukraina ble tatt opp som ENTOGS 30. medlemsland. Norge tapte på målstreken for Nederland (11 mot 12 stemmer) om å få arrangere ENTOG-utveksling og årsmøte i 2015. Nytt styre i ENTOG ble valgt og består nå av president Maud van de Venne (UK), generalsekretær Anna Aabakke (DK), kasserer Laurids Bune (DK) Charlotte Boyon (F) og Alexandra Kristufkova (SK) styremedlemmer.

Neste utveksling og årsmøte finner sted i Glasgow i mai 2014.



- Guillermo Rebolledo
- Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø

Fra det fantastiske Nord-Norge til den vakreste delen av Sentral-Europa med ENTOG

Det europeiske nettverk for assistentleger i obstetikk og gynekologi (ENTOG) ble etablert i 1996. Målet for ENTOG er å skape et forum for kommunikasjon mellom europeiske assistentleger for å få bedre kunnskap til hverandres utdanningsprogram og oppnå sammenlignbare høye standarder for opplæring av gynekologer og obstetrikere.

På denne måten håper man å forbedre kvaliteten på medisinsk behandling innen gynekologi og obstetikk i alle europeiske land. Som et av sine tiltak organiserer ENTOG hvert år et utvekslingsprogram der assistentleger fra hele Europa besøker sykehus i vertslandet og deretter deltar på en konferanse. I år ble denne utvekslingen arrangert i Slovakia og Tsjekia. To assistentleger fra Nord-Norge ble valgt som representanter fra Norge: Thea Falkenberg Mikkelsen (Nordlandssykehuset i Bodø) og meg selv, Guillermo Rebolledo (Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø).

Siden 2009 har jeg jobbet som assistentlege ved Kvinneklinikken ved UNN. Jeg er opprinnelig fra Venezuela, men reiste allerede som 16-åring til Russland for å studere medisin. I 2006 tok jeg en Ph.D.-grad ved Karls universitet i Praha. Det gledet meg å bli valgt som representant til årets

utvekslingsprogram, fordi jeg vet hvor viktig, nyttig og lærerikt det er å utveksle kunnskap med andre, og jeg ble spesielt glad over å bli tildelt besøk på Gynekologisk-obstetriske klinikk ved Sykehuset Na Bulovce i Praha.

Sykehuset Na Bulovce ble åpnet i 1931 og er et av fem universitetssykehus som finnes i Praha. Gynekologisk-obstetriske klinikk har sin egen bygning som består av en generell gynekologisk avdeling og fødeavdeling. Klinikken har sine egne operasjonsrom for innsluset behandling, for dagkirurgi og for utsluset behandling. Poliklinikken er svært stor fordi de får henvist pasienter fra hele Tsjekia, bl.a. pasienter med urininkontinens og kreftpasienter. Alle operasjonsrom, fødestuer, rom for neonatologer og en stor del av resten av avdelingen var totalrenovert og klinikken hadde nettopp fått en ny avansert ultralydmaskin til screening. De er imidlertid ikke så oppdatert som oss i Tromsø når det gjelder laparoskopiske instrumenter og



Guillermo Rebolledo

operasjonsutstyr. De utførte for eksempel ingen robotkirurgi. Jeg ble overrasket da jeg fikk vite at de fleste pasienter må betale for blodprøver, ultralydscreening i første trimester, ultralydbilder eller inngrep som kirurgisk abort. Noen måtte også betale for vaginal plastikk. Man kunne også betale ekstra for å få enerom. I den tiden jeg bodde i Praha var alt gratis.

Når det gjelder jobben ved klinikken, er den godt strukturert og assistentleger har samme ansvar som assistentleger her i Norge. Arbeidsdagen begynner med morgenmøte hvor man diskuterer alt som har foregått på vakt og hvordan man skal viderebehandle pasienter som ligger i avdeling eller kommer til behandling. På klinikken kan man observere et tydelig hierarki der avdelingsoverlegen bestemmer alt og alle må følge hans instruksjoner. Assistentleger har ikke frihet til å ta avgjørelser.

Dag 1

Første dag traff jeg dr. Katerina Maxová, en veldig hyggelig dame, som hadde ansvar for oss assistentleger som hadde fått tildelt dette sykehuset, dvs. meg og en kollega fra Portugal. Hun presenterte oss for alle som var på jobb den dagen, og var veldig opptatt av at vi skulle føle oss velkomne på deres arbeidssted, noe jeg satte stor pris på. Hele første dagen assisterte jeg avdelingsoverlege dr. Borek Sehnal på operasjonsstua og diskuterte pasientenes viderebehandling med ham. Det var en svært lærerik dag for meg.



Dag 2

Neste dag tilbrakte jeg på fødeavdelingen sammen med en assistentlege dr. Marcela Kotoulová. Jeg var med på fødekontroller og overtidskontroller. Det kom flere gravide kvinner med risikosvangenskap pga ulike tilstander. Det var en induksjon pga av overtid og to planlagte keisersnitt hos to nullipara, den ene pga HIV-smitte og den andre pga residiverende anal abscess. Det var interessant å få vite at de kun bruker Prostin tablett per vagina for induksjon og at siste dag for overtid er 42+0. LIS har ansvar for alle forløsninger, selv på normale fødsler. Jordmor er kun assistent. Assistentlegene går likevel 24 timers vakter, akkurat som oss i Tromsø. Det finnes for øvrig ingen ultralydjordmødre. Jeg fikk også vite at alle

aborter gjennomføres kirurgisk, og at til tross for at de tar celleprøvekontroll hvert år, mens vi i Norge tar den hver tredje år, har de høyre innsidens av kreft i livmorhalsen enn vi har her i Norge.



ENTOG-møte

Dag 3

Tredje dag var 8. mai, Frigjøringsdagen, som i Tsjekia er helligdag. Dette betydde at det var redusert drift på sykehuset og jeg fikk mulighet til å ta en tur i den utrolig vakre byen Praha.

Dag 4

Fra Praha reiste jeg til Bratislava hvor alle assistentleger som deltok i årets ENTOG-utveksling samlet seg til "fellesmøte med velkomstdrinker" på hotellet Crowne Plaza for å bli litt kjent med hverandre.

Dag 5

Femte dag deltok vi på ENTOG-konferansen hvor vi delte våre erfaringer fra utvekslingen, snakket om hvordan spesialiseringen er lagt opp i våre respektive land, og mye



om ansvarsfordelig mellom overlege, LIS og jordmødre. Tre leger som hadde vært på ulike sykehus hadde innlegg, bl.a. vår representant fra Bodø, Thea Falkeberg Mikkelsen, som hadde vært på et sykehus i den mellomstore byen Banská Bystrica, med ca 80.000 innbyggere.

Hun hadde mange av de samme erfaringer som meg. Det som gjorde størst inntrykk var nok hierarkiet. Avdelingsoverlegen styrte morgenmøtene med jernhånd, gikk innom alle pasientrom på "storvisitt" (rundt 60 sengeplasser) hver dag, og stod for det meste av kirurgien. De andre overlegene hadde mest poliklinikk og opererte noe, legene i spesialisering assisterte for det meste. Pasientene lå i gjennomsnitt mye lenger enn ved norske sykehus (eksempelvis obligatoriske 5 dager etter sectio, 3 dager etter normal fødsel) og det var mye mindre dagkirurgi. De kvinnelige assistentlegene ble nedprioritert når det gjaldt f.eks. operasjoner, bl.a. fordi det var vanlig med 3 års mammapermisjon, og de derfor utgjorde en litt flyktig arbeidskraft.

Thea opplevde en enorm gjestfrihet, og sammen med sin rumenske kollega som også var i Banská Bystrica, ble hun vist rundt i byen, introdusert for slovakisk mat og drikke, og tatt med på telttur og rafting utenom arbeidstid.

Oppsummering

Vi har begge hatt fantastiske opplevelser, og lært mye. En slik uke inspirerer til videre organisasjonsarbeid, man ser sitt eget system utenfra, og det gir idéer til hvordan vårt eget utdanningssystem kan organiseres bedre. En veldig nyttig og inspirerende erfaring! Vi anbefaler på det varmeste våre kollegaer å søke om å få være med på tilsvarende utveksling i Skottland neste år.



Guillermo Rebolledo og Thea Falkenberg Mikkelsen





Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på www.navamedic.com

kun 1 kapsel/døgn



Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Navamedic's nettbutikk, www.navamedic.com

 Navamedic

- Mariann Eidet
- KK Sørlandet Sykehus Kristiansand
- e-mail:mariann.eidet@sshf.no

Årsmøtet NGF 2013 Drammen

Årsmøte komiteen hadde satt sammen et faglig spennende og variert program. De inviterte foredragsholderne snakket om fertilitetsturisme, non invasive prenatal testing, the case against oxytocin og om overtid. Dessuten om desentralisering av faglig videreutvikling, robotkirurgi og forebygging av kronisk postoperativ smerte.

Allan Templeton, Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Aberdeen.

Fokus endres over tid:

I yngre år er man opptatt av å kontrollere fertiliteten, mens en senere ønsker graviditet.

Det at mange utsetter tidspunkt for å få barn, gjør at infertiliteten oppdages senere. Mange hevder at fertiliteten i befolkningen er redusert sammenlignet med tidligere tider. Det blir pekt på miljøfaktorer, kost og levemiljø. Ingen har bevist at det moderne liv med sitt stress, kaffe, alkohol og miljøgifter påvirker fertiliteten. Unntak er tobakk, som har påvist negativ effekt. Adipøse kvinner kan være anovulatoriske, men også ovulatoriske. Forekomsten av bekkeninfeksjon og påfølgende ex.u. etter klamydia synes å avta i klinikken. Flere søker behandling for infertilitet.

Det er vist at gjennomsnittlig siste spontane graviditet oppnåes ved 41 år, menstruasjons



Allan Templeton og Kevin Oppegaard

irregulariteter starter ved 46 år og menopause inntreffer ved 51 år.

Suksess ved IVF avtar med økende alder. Å sette inn flere embryoer øker ikke sjansen ved IVF hos eldre kvinner. Det er en økende trend med uforklarlig infertilitet. Kirurgi ved endometriose har usikker effekt. Clomifen ved uforklarlig infertilitet har ikke vist effekt. ICSI kun ved mannlig faktor, ellers ikke. Hvor mange egg som høstes og egg som befruktes er avgjørende for resultatet, ikke hvor mange embryoer som blir satt inn. Man oppnår like mange barn ved å sette inn 1 egg 2 ganger som når man setter inn 2 egg 1 gang, men unngår tvillinger.

Non invasive prenatal testing

Trine Prescott, overlege ved avdeling for medisinsk genetikk, Oslo Universitetssykehus. Fra 1997 har man kunnet isolere cellefritt føtal DNA i mors plasma (cfDNA). Man har utviklet tester for å undersøke:

1) DNA fra far

x-bundne tilstander eks: Duchennes y-bundet sykdommer Rhesus Genfeil far har selv

2) trisomier (13, 18, 21)

Kombinert Ultralydundersøkelse i uke 11-13, kombinert med blodprøve (KUB), detekterer >90% av alle trisomier. Fostervannsprøve gir 0.5% økt risiko for abort.

Ny sekvenseringsteknologi og trisomi 21 testing gir kvantitativ analyse av DNA fragmenter. Ved å identifisere gravide med høy sannsynlighet for trisomi 21 og tilby dem NIPT, kan man unngå mange invasive tester.

3) spesielle enkelt enkeltgen-tilstander og kromosomavvik

eks Talassemi

4) "alt"

Dennis Lo har sekvensert et fosters DNA totalt. Det er mulig, men dyrt og omdiskutert.

Robotkirurgi,

Trondheimsmodellen

Overlege Solveig Tingulstad presenterte 3 års erfaring fra Kvinneklinikken ved St. Olavs hospital, etter innføring av robotkirurgi. Robotkirurgi ble innført november 2010, i



Jorg Kessler



Ole Erik Iversen



Trine Prescott og Jone Trovik



NGF's leder Knut Hordnes ønsker velkommen



Professor Allan Templeton



Iqbal Al-Zirqi

oktober 2012 fikk de ytterligere en robot som er plassert på sykehuset i Orkdal. Anslag: 100-150 inngrep pr år for å ha et stort nok grunnlag. God erfaring med å bygge et fast team med gynekologer, operasjonssykepleiere og anestesipersonale. God opplæring: de var på kongress (SERGS), var observatører i Lund, på grisekurs i Strasbourg og trente mye på druer og kyllinger. Data blir registrert prospektivt. Data basert på 390 operasjoner første 3 år: 124 kvinner med malign diagnose, 70 premaligne og 196 benigne. Erfaringene til nå viser at robotkirurgi fungerer bra for kvinner med høy BMI. I materialet var det lite blodtap (20-200 ml), ingen med behov for blodtransfusjon. 4 peroperative skader: 1 karskade, 2 blæreskader og 1 nerveskade. 6 inngrep ble konvertert til åpen teknikk: 2 grunnet ventilasjonsproblemer og 4 grunnet adheranser. 12 postoperative kirurgiske komplikasjoner: 7 vaginaltopprupturer, 1 brokk i port, 4 reoperert grunnet blødning. 6 postoperative infeksjoner. Det er lav liggetid: 80% reiser første postoperative dag. Operasjonstiden går ned med økende antall inngrep, det samme gjør tiden til forberedelsen av inngrepe.

Fordeler for operatør: god visualisering, presisjon og kontroll samt ergonomisk gunstig arbeidsstilling. Fordeler for pasienten: redusert blodtap og behov for transfusjon, mindre traume og rask mobilisering. Kostnadene er høye, men bør sees i et stort perspektiv. Konklusjonen ble at det er en velegnet metode ved benign og malign sykdom.

Robotkirurgiens evidens

Kathrine Woie, overlege dr.med, Kvinne klinikken Haukeland Universitetssykehus. Gjennomgang av de ulike dokumentasjonsnivåene som er vanlig å bruke. Deretter stilte hun en rekke viktige spørsmål: Hva ønsker vi å vite? Hva ønsker vi bevis på? Hva sammenligner vi med? Hva er kvaliteten på evidensen? Hva er evidens basert? Hvorfor etterspørres evidens? Hun la fram to Cochrane review fra 2012, en var for robotkirurgi ved malign sykdom og en ved benign sykdom. Det er svært få RCT om temaet, hhv ingen RCT publisert og en pågående for malign sykdom, mens det er to publiserte og to pågående for benign sykdom. Det foreligger ingen bevis for robotkirurgiens fordeler. Data tyder på lavere blodtap, mindre risiko for å konvertere til åpen kirurgi. Dokumentasjonen er level 2 + grad C. Hun refererte også en studie fra Jama 2013 hvor komplikasjonsraten var lik for robot og annet kirurgi, men med betydelig høyere kostnader.

Oppsummering: Tiltross for rask og utbredt bruk av robotkirurgi, finnes kun en publisert RCT. Data kan tyde på at robotkirurgi har en fordel ved kompliserte operasjonskasus, men det er ikke bevist. Det er behov for flere studier for å dokumentere fordeler ved robotkirurgi, spesielt grunnet høye kostnader ved robotkirurgien.

Postoperative smerter, kan kronisitet forebygges?

Overlege dr.med Luis Romunstad, Anestesiavdelingen, Rikshospitalet. Fore-draget startet med å avlive en myte: Kvinner har ikke høyere smerteterskel enn menn. Tvert om er det vist at kvinner har lavere smerteterskel enn menn. Flere kvinner opplever sterke postoperative smerter enn menn. Østrogen øker smerteterskelen og smerteopplevelsen varierer i menstruasjonssyklus. Kvinner er rammet av kroniske smerter i langt høyere grad enn menn og de rapporterer sterkere smerter enn menn ved tilsvarende lidelser. Kjønnforskjellene oppstår etter puberteten, noe som forsterker mistanken om at kjønnshormonene spiller en rolle. Samtidig sees det større interpersonell variasjon enn forskjell mellom kjønnene.

Han fortsatte med å bekrefte en annen myte: det er noe spesielt med redheads. De har en annen smerterespons enn andre: økt smerterespons for strøm, mindre for varme. Opioidreseptorene er endret. De trenger større doser for å sove godt.

Kroniske postoperative smerter er et stort helseproblem, spesielt etter thorakotomi. Etter gyn.obst kirurgi er det ca 10% som har kroniske smerter 1 år etter operasjon. Uttalte smerter hos noen få. Iatrogene nevrologiske smerter er mest vanlig (nedsatt eller økt følesans). Pasienter med kroniske smertetilstander har økt smertefølsomhet.



Det er rapportert sprikende tall med hensyn til persisterende smerter etter keisersnitt. Dansk hysterektomidatabase viser persisterende postoperative smerter hos 17-32%. Risikofaktorer: preoperative smerter, tidligere sectio, smerter andre steder, smerter som indikasjon, vaginale smerter.

Spinalanestesi reduserer risiko for postoperative smerter.

Smerteundersøkelsen i Tromsø har vist at 40% har smerter 3 måneder etter kirurgi. 18,3% rapporterer moderat til alvorlig smerte. Bare 50% erkjente selv at det var en kronisk smerte. Viktig med god akutt smertelindring for å forebygge kronifisering av smertene. Kan være behov for tverrfaglig tilnærming. Aktivitet er vidundermedisin mot kroniske smerter. Bruk medikamenter. Tiden leger ikke alle sår, men lindrer. Hans råd til oss: Ha respekt for kirurgi- ha alltid god indikasjon for kirurgi.

Fertilitetsturisme

Klinikk Hausken er den største fertilitetsklinikken i Norge. 20% av all assistert befruktning skjer i Haugesund. De har også pasienter fra utlandet, blant annet 400 par fra UK - det er billigere med IVF i Haugesund enn i UK! Mange norske reiser også ut av landet: de som ønsker surrogati, par som ønsker anonym donor, single kvinner for sæddonasjon, eldre kvinner for eggdonasjon, par som søker behandling som ikke er lov i Norge. Hausken spør: er det et problem? Kanskje ikke?

I Norge var det tidligere ca 500 anonyme sæddonasjoner. Etter lovendring i 2005 er det ikke lenger lov med anonym donor, og antall befruktninger med sæddonasjon har falt til ca 200 pr.år. Assistert befruktning



Professor Steer

tilbyes i Norge kun til gifte eller samboende par. Hausken tok opp mange spørsmål om etikk, moral, politikk, religion og medisin.

Overtid- nye retningslinjer

Torbjørn Eggebø, seksjonsoverlege, dr.phil, Stavanger universitetssjukehus. SUS sine retningslinjer ved overtidige svangerskap. Som kjent er det uenighet om hvor langt et svangerskap er. WHO's definisjon er 280 dager, dvs 40+0 uker. Overtid definert som >294 dager. 13-15% er uforløste ved dag 290. Den store bekymringen ved overtid er intrauterin fosterdød (IUFD). Det er vist at man må indukere 400 svangerskap for å forhindre ett tilfelle med IUFD. Årsaker til IUFD: placenta-svikt, placentalløsning, navlesnorskompikasjoner og chorionamnionitt pga ikke erkjent vannavgang. Vi kan overvåke vekst, fostervannsmengde, CTG og gjøre doppler undersøkelser. Men overvåkingen har svakheter: vi har en tendens til å overestimere de små og underestimere de store. Redusert fostervannsmengde øker risiko for intervensjon uten at det er vist endret obstetrisk outcome. Halvparten av placenta må være påvirket før blodflow i umbilicalarterien endres. Ikke alle foster redistribuerer. Dette gjør det vanskelig å overvåke trygt. Samtidig er det kjent at induksjon av fødsel gir økt risiko for komplikasjoner. Noen viser at risikoen for akutt keisersnitt øker både hos nullipara (OR>3) og multipara (OR 2), andre viser at det er reduksjon av akutt keisersnitt og andre igjen at forekomsten av keisersnitt er uendret ved induksjon.

Cochrane review fra 2012 viser at fødselsinduksjon sammenlignet med ekspektans er assosiert med færre perinatale dødsfall og færre keisersnitt. Det ble ikke vist forskjell i perinatal død om induksjonen skjer i uke 41 eller 42.

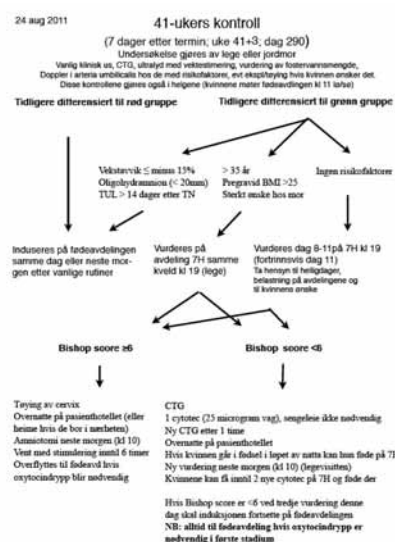


Helsedirektoratet kom med anbefalinger i 2011, veilederen fra NGF fra 2008, uenighet i fagmiljøet med ulik praksis i forhold til håndtering av overtidige svangerskap. SUS utarbeidet nye retningslinjer og startet samtidig kvalitetssikringsstudie hvor tiden før og etter innføring av de nye retningslinjene ble sammenlignet. Alle fikk tilbud om kontroll på dag 290. 85% møtte. 61% hadde kjent risiko. Det var få med nyoppdagete risikofaktorer.

Resultater:

Det var økt forekomst av induksjoner etter innføring av de nye retningslinjene og gjennomsnittlig svangerskapslengde ble redusert med to dager. Bishopscore ved induksjonsstart sank fra 4 til 3, og det var økt bruk av misoprostol. Det ble ikke sett endring i keisersnittfrekvens eller i store blødninger. Det var færre barn med apgarscore <7 etter 5 minutter. Konklusjonen ble at det var mer fordeler enn ulemper ved induksjon i uke 41.

Helsedirektoratet kom med nye anbefalinger i 2012, som førte til forenklet praktisk håndtering. Alle med risikofaktorer går direkte til induksjon dag 290. Resten undersøkes ved dag 290. Ved normale funn ekspektans til dag 294, ellers induksjon.



Get Together og Årsmøtemiddag

Årets get together ble holdt på Z Cafe på Bragernes torg i Drammen. Vi ble servert tapas før det var duket for dans til live jazz musikk og senere DJ. Det var til tider stor aktivitet på dansegulvet, og det var gledelig å se at både de yngre og voksne deltagerne var godt representert. Den gode stemningen fortsatte langt ut på natten.

Årsmøtemiddagen:

Årsmøtemiddagen ble i år avholdt i storsalen i møtelokalet, Union Scene. Der var det dekket opp og pyntet til fest og stemningen var god blant feststemte deltagere.

Lederen av årets lokalkomite, Marieke Claessen, ønsket alle velkommen til bords, før vi fikk servert en 3 retters meny med skaldyrcocktail til forrett, marinerte grillspyd til hovedrett og creme brulèe til dessert. Det ble underveis i middagen delt ut flere priser og stipender.

Årets ærespris gikk til Kåre Augunsen og Ellen Borstad for deres betydning og engasjement for henholdsvis obstetrikk

og urogyn gjennom mange år. Hilde Engjom fikk tildelt forskningsstipend. Av alle de som hadde sendt inn abstrakt etter riktig mal, ble det trukket ut en vinner, som ble Astrid Rygg.

Fra i år begynte spesialistkomiteen å dele ut en pris til beste utdanningsinstitusjon. Dette er en pris som fra i år skal deles ut årlig på årsmøtet og i år gikk utdanningsprisen 2013 til Drammen sykehus. Knut Horgnes takket for seg som leder av NGF og takket samtidig Tone Scheie Jensen, Martin Andresen og Kevin Sunde Oppegaard for god tjeneste når de nå går ut fra styret i NGF. Det var god stemning i salen og den ble enda bedre da underholdningen

inntok scenen. Inspirert av Drammens multikulturelle miljø, fikk vi se flere av Drammens kvinnelige leger underholde med eksotisk og fargerik dans til bhangra rytmer.

Solveig Bjellmo, som er leder for neste årsmøtes lokalkomite, takket for maten og introduserte samtidig neste års årsmøte i Trondheim med musikkvideoen «Kom te Trondheim» etter toner fra DDEs E6, som falt godt i smak hos festdeltagerne.

Festen fortsatte ut i de sene nattetimer med dans til storbandmusikk.





Intentionally designed. Thoughtfully refined. **RetroArc.™**

AMS og UpViser AS har den glede av å introdusere det nye
RetroArc retropubic slyngesystem i Norge.



For nærmere
informasjon, og bestilling ;

tlf: 67 11 58 70

mail: info@upviser.com

We are here to stay!

www.upviser.com



Marte Reigstad •

• OUS/ Krefregisteret

• e-mail: martereigstad@gmail.com

Generalforsamling Norsk Gynekologisk Forening

Fredag 25. Oktober 2013

Valg av følgende ved akklamasjon: Dirigent/ordstyrer: Knut Hordnes. Referent: Marte M Reigstad. Tilstede fra NGF styret forøvrig: Kevin Oppegård, Martin Andresen, Jone Trovik, Tone Skeie-Jensen

Minnestund

Følgende medlemmer hadde gått bort siden siste generalforsamling:

Peter Wilhelm Kreydal Bøckman, f. 1919

Nils Tønnes Fareth, f. 1940

Fredrik Rolf Hancke, f. 1947

Sverre Iversen, f. 1925

Tor Johan Kalheim, f. 1957

Arne Skare, f. 1933

De ble minnet med ett minutt stillhet.

Årsmelding 2012

Årsmeldingen fra NGF for 2012 ble trykket i Gynekologen 3/2013. Knut tillot seg å vise til denne, og ingen hadde innvendinger eller spørsmål.

Regnskap 2012

Det ble gjennomgått av kasserer. Noe mer ble brukt til prosjekter enn forespeilet, og litt mindre utgifter kom til Gynekologen. Resultat på -48912, mot budsjettert resultat på ca. -300 000.

Inntekter: 2 117 320 kroner

Utgifter: 2 166 233 kroner

Resultat: -48 912 kroner

Revidert budsjett 2013

Det ble et noe dyrere årsmøte i 2013, da det

er dyrere å ikke ha kongressen på hotellet.

Reiseutgifter til EBCOG (en del av EMS - Union Européenne des Médecins Spécialistes/ Den Europeiske Forening for legespesialister) kan det søkes refusjon for fra Legeforeningen, noe NGF ikke har brukt de forutgående år, for opptil to møter for to NGF styremedlemmer, dette vil man kunne spare inn noe på.

Revidert budsjett 2013:

Inntekt: 2 271 484 kroner

Utgifter: 2 270 000 kroner

Resultat: +1 484 kroner

Budsjett for 2014

Budsjettforslag 2014:

Inntekt: 2 246 484 kroner

Utgifter: 2 285 000 kroner

Resultat: -38 516 kroner

Generalforsamlingen godkjente regnskapet og budsjettene ved akklamasjon, og meddelte styret ansvarsfrihet.

Årsrapporter

(Kvalitetsutvalget, Laparoskopivalget, STAN gruppen, Spesialitetskomiteen, NFGO, FUGO, NPE-utvalget, NFOG vitenskapelig komite og utdanningskomite mm)

Leder i spesialitetskomiteen henviser til sin årsrapport 2012 punkt 12. Det er bekymringsverdig at LiS ikke får operere nok, pga at avdelinger og klinikker lider under produksjonspress. Spesialitetskomiteen mener vi ikke har råd til å la være å utdanne spesialister og ber NGF sette dette på dagsorden.

Bjørn Backe spør om NFOGs Educational board driver med aktivitet for tiden. Tone Skeie-Jensen orienterer, spesielt om seminaret i København 7.-8. November: "Harmonizing and improving the Nordic ObGyn training - how to get there?". Det var også en skrivefeil i tittelen til årsrapporten fra NFOG: det skulle stått Scientific Committee ikke Educational Board.

Orienteringssaker

• Samarbeid mellom NGF og NPE (norsk pasientskadeerstatning) om læring av Gynekologi saker. Det er søkt midler fra Dnlfs kvalitetsmidler (vel 300.000 kr), og det er kommet en god søknad på stipendiatet som ble utlyst, og denne er innvilget av styret med forbehold om finansiering.

Veileder i obstetrikkk blir ferdig før jul, ledet av Pål Øian. Leder i KU Rolf Kirschner orienterer.

Anny Spydslaug leder gruppen (som også består av Pernille Schjønby fra Ahus og Astrid Rygh fra SUS) som skal utarbeide ny veileder i gynekologi, arbeid starter til våren 2014. Reviderte kapitler planlegges ferdige våren 2015. Det ønskes representanter fra sykehusavdelinger, PSL og LiS.

Jørg Kessler mener det er umulig å fortsette arbeid med veiledere "i fritiden" og at det burde vært lønnet. Knut H svarer at foreningen ikke har midler til det, og dersom helsemyndighetene overtar ansvaret kan vi muligens få godtgjørelse men mister styringen med retningslinjer i vårt eget fag. Pål Øian mener det har vært lettere i denne siste runden av revisjon av veilederen. Mette Løkeland ønsker hyperlinker i dokumentene, som letter linking videre til kilder/andre kapitler, og arbeid med nettsidene. Vår møte Tromsø 2014 blir 24-25. april.

Hedersprisen: Bayers finansiering falt bort i fjor. I år fikk vi penger, men under nye premisser nemlig at prispengene skal nyttes til fremtidige prosjekter. Vi ønsker at Hedersprisen til NGF skal hedre en som har gjort innsats i faget gjennom lang tid, uten krav om videre innsats. Derfor gir NGF i år sin egen Hederspris som tidligere år, samt Bayers gynekologiske hederspris. Neste år førstnevnte Bayers forskningsstipend, og hedersprisen vil hete NGFs Hederspris.

MSD trekker sin Forskningspris fra og med 2014, og denne prisen faller følgelig bort. NGF vil ikke finansiere denne selv.

Visma regnskapsbyrå har tatt hånd om en del oppgaver fra kasserer etter vedtak på GF i 2012. Fungerer meget godt.

Medikamentell abort hos PSL. Den nødvendige forskriftsendringen er i orden, og loven om medikament utlevering er endret. Finansiering er enda ikke på plass, og det arbeides med dette. Prosessen har vært uhyre treg fra myndighetenes side.

Et trygt fødetilbud. Møte med Helseminister forsøkt uten å lykkes.

Laine og Pirhonen tildelt Dnlf's kvalitetspris i juni 2013 i Alta på Legeforeningens

landstyremøte, etter innstilling fra NGF, for sitt arbeid med sfincterrupturer.

Nytt gjennombruddsprosjekt for keisersnitt planlegges, og seminaret for oppstart holdes av NGF på Soria Moria den 21. – 22. November. Alle fødeavdelinger i landet er inviterte, og det er mange påmeldte.

I 2014 holdes neste NFOG kongress i Stockholm. Der skal også ny president for NFOG skal velges. Det er Norges «tur» nå, Island har ikke hatt vervet tidligere men ønsker ikke stille med kandidat denne gang heller. Styret har foreslått at Knut Hordnes stiller til valg for dette, og generalforsamlingen støtter dette ved akklamasjon.

Leder orienterer raskt om diverse andre saker styret har arbeidet med, inkludert ca 50 høringsvar (av 100 høringer sendt ut til NGF fra Dnlf).

Sak fremlagt av styret:

Styret ønsker adgang til å ta inn et ekstra styremedlem dersom det blir behov for dette hvis et styremedlem/varamedlem skulle påta seg arbeid som redaktør i Gynekologen. Dette vedtas av GF ved akklamasjon.

Saker fremlagt av medlemmer:

1) Margit Steinholt har fremmet ønske om å flytte årsmøtet fra torsdag - lørdag til onsdag-fredag, pga vanskeligheter med å komme hjem til små steder på lørdager. En håndsopprekning 21-29 for å beholde årsmøtet slik det pt er, i alle fall for det neste møtet i Trondheim.

2) Margit Steinholt har videre fremmet forslag om å øke medlemskontingenten med 50 kroner per medlem, for at NGF skal kunne finansiere veldedige prosjekter. Det gjøres en håndsopprekning, og GF stiller seg positiv til dette dersom det er mulig ift Dnlf's reglementer.

Begge ovenstående forslag var meldt til styret i tråd med vedtektene altså mer enn 4 uker før GF, men medlemmene ble dessverre ikke informert før på GF. En valgte derfor ikke å ta en generell beslutning på det viktige punkt som gjaldt årsmøtetidspunkt. Det får tas opp på årsmøtet i Trondheim i 2014. Styret vil da

orientere medlemmene om dette i forkant av neste års generalforsamling.

Valg 2014-2015

Valgkomiteens leder Hilde Sundhagen, gikk igjennom forslaget. Det ble ikke lagt fram andre forslag. Valgkomiteens innstilling ble vedtatt ved akklamasjon. Styrets sammensetning i perioden 2012-2013 er/var slik:

Leder:

- Knut Hordnes, Dagkirurgisk enhet, Hospitalet Betanien, Bergen.

Medlemmer:

- Tone Skeie Jensen, Radiumhospitalet, OUS.
- Toril Kolås, Gyn avdeling, Sykehuset Innlandet Lillehammer.
- Kevin Sunde Oppegaard, Gyn avdeling, Klinikk Hammerfest.
- Jone Trovik, Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus.
- Martin Andresen, spes praksis, Oslo, PSL representant.,
- Helene Fjeldvik Peterson, Kvinneklubben Ahus, FUGO representant.

Varamedlemmer:

- Tone Shetelig Løvvik, Kvinneklubben St Olavs Hospital.
- Odrun Kleggetveit, spes praksis, Kristiansand, PSL representant.
- Marte Myhre Reigstad, Kvinneklubben Ahus, FUGO representant.

Følgende ble valgt som desisorer

- Astrid Rygh, Kvinneklubben, Stavanger Universitetssjukehus
- Hilde Sundhagen, privat praksis, Lillestrøm

For perioden 2014-2015 ble det valgt, Leder:

- Jone Trovik, Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus

Medlemmer:

- Arild Kloster-Jensen, spes praksis, Arendal, PSL representant.
- Marit Lieng, Kvinneklubben, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.
- Tone Shetelig Løvik, Kvinneklubben St Olavs Hospital.
- Stine Andreassen, Nordland Sykehus, Bodø
- Elise Thoresen Sletten Kvinneklubben,

Tromsø. FUGO representant.
Styret har konstituert Arild Kloster-Jensen som ny kasserer fra 01.01.2014.

Varamedlemmer:

- Heidi Høgdahl, spes praksis Oslo, PSL representant.
- Nils Halvdan Morken, Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus.
- Helene Peterson Kvinneklinikken Ahus, FUGO representant.

Følgende ble valgt inn som desisorer:

- Astrid Betten Rygh
- Oskar Johan Skår

Det fremkom ingen benkeforslag og alle ble valgt inn ved akklamasjon.

Valg av årsmøtearrangør 2015

Miljøet i Bergen har sagt seg villig til å arrangere Årsmøtet i 2015, og dette ble godkjent av Generalforsamlingen ved akklamasjon.

Eventuelt:

Reservasjonsretten var på forhånd meldt som sak av Bjørn Backe. Leder gikk derfor raskt gjennom historikken her, og NGF sin høringsuttalelse av 10.04.2013. NGF styret uttalte "Etter gjennomgang av rapporten støtter et samstemt styre standpunkt A: ingen reservasjonsadgang. Vi mener at alle som påtar seg legerollen og behandler pasienter må praktisere i henhold til gjeldende lover og forskrifter. Vi oppfatter det som en klar krenkelse av en kvinne, dersom en lege (eller annet helsepersonell) nekter å bistå henne dersom hun søker hjelp i forbindelse med

f. eks. prevensjon, svangerskapsavbrudd eller infertilitet. Bortfall av henvisningsplikt eller adgang til reservasjon uthuler pasientens lovfestede rettigheter og er med på å signalisere overfor pasienten at legen hever seg moralsk over dem. Vi mener at leger som ikke kan hjelpe pasienter til lovhjemlet behandling pga. personlig overbevisning må velge en legefunksjon/rolle som ikke er i konflikt med egne etiske reservasjoner."

Vedtak på Dnlfs Landstyremøte støttet imidlertid reservasjonsadgang. Bjørn Backe uttrykte uenighet med styrets høringsvar, nemlig at fastleger burde ha reservasjonsadgang. Styret sto fast på syn uttrykt i høringsuttalelsen, og fikk støtte av flere, bl.a. Ole Erik Iversen har vært aktiv i media med sammenfallende syn som styret. Sistnevnte, med støtte av Bente Kristin Johansen og Bjørn Busund og flere fremmet alle forslag om å få til en uttalelse fra NGF. Det ble vedtatt at NGF styret skriver en uttalelse på vegne av NGF hvor man informerer om kvinners rett, ved abortønske, til å ta direkte kontakt med sykehusene, og presisere NGFs syn på dette. Uttalelsen ble formulert slik:

NGF er bekymret for at debatten om reservasjonsadgang har skapt usikkerhet om kvinnens rett til å fremsette krav om å få utført abort. NGF vil derfor understreke at mange gynekologiske avdelinger har etablert et tilbud for kvinner som vurderer abort. Dette innebærer at kvinnene kan henvende seg direkte til disse avdelingene uten henvisning fra fastlege. Vi oppfordrer disse avdelingene til å gjøre dette tilbudet allment

kjent for befolkningen. NGF oppfordrer alle gynekologiske avdelinger som ikke har en tilsvarende ordning til å etablere et slikt tilbud så snart som mulig.

NGF mener at det ikke er grunnlag for reservasjonsrett hos fastleger, da

1) Det dreier seg ikke om en henvisning, kun en signering om at informasjon er gitt på kvinnens egenbegjæring

2) Fastlegene hverken har eller har hatt noen hjemmel i lov eller forskrift for reservasjon.

Avslutningsvis: Forfattere av kapitlene i Veileder i Obstetrikk mottok applaus for sitt arbeid. Det ble påpekt av LIS-lege en del terminologi brukt under GF var ukjent for nye i faget, og at en med fordel kunne brukt mer lettfattelig språk og færre forkortelser. Generalforsamlingen ble avsluttet kl. 18.30.

Reiseregninger og krav om honorar rettet mot NGF

Sendes til (senest innen 3 måneder):
Norsk Gynekologisk Forening - 760249
c/o Visma Services Norge AS
Postboks 8990
7439 Trondheim

Skjema og veiledning lastes ned fra NGFs nettsider ved
<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/RefusjonNGF/>

Kvitteringer/vedlegg nummereres og festes til reiseregningsskjema med binders.

Kevin Sunde Oppegaard, Kasserer, NGF

REFERAT FORMØTE NFGO

Møteleder Anne Dørum. Det var ca. 30 deltagere. Referatet er kortfattet fordi presentasjonene er lagt ut på NFGOs hjemmeside (www.nfgo.no).

Innledningsvis presenterte Janne Beheim fra Roche de godkjente indikasjonene for bruk av Avastin innen gynekologisk cancer og den legemiddeløkonomiske vurderingen som er gjort for å få innpass i Norge.

”Døden er min”. Terminal pleie og behandling. (LCP –Liverpool care pathway) ved Harald Helland.

Det var et meget gjennomtenkt og viktig innlegg. Helland poengterte målsetningen om å få dø godt symptomlindret, fredfullt og i harmoni med seg selv og sine pårørende. Han understreket viktigheten av et overordnet ansvar i avdelingen ved å kvalitetssikre diagnosen, journalføre og begrunne R-. Likeledes at de pårørende informeres fortløpende og ivaretas.

Han gjennomgikk konkrete tiltak for å oppnå optimal lindring, seponering av uhensiktsmessig behandling og

undersøkelser av pasienten.

Konseptet LCP – Liverpool care pathway ble gjennomgått. Dette er en systematisk tilnærming med egen journal – rapportskjema for pasient og pårørende som er delt i 3:

- Status ved inkludering
- Fortløpende vurdering
- Oppgaver etter dødsfallet.

For øvrig ble det nevnt at på ESGO – European Society of Gynaecological Oncology, s - møte i Liverpool 19. – 22.10.2013, var palliasjon og følgetilstander etter cancerbehandling i fokus på mange sesjoner. Se esgo.org

Medisinsk gynekologisk kreftbehandling 2013 ved Janne Kærn.

En grundig og ”matnyttig” gjennomgang ved behandling av epitelial ovarialcancer.

Det var mange slides og mye informasjon, men godt framstilt. Anbefaler å se innlegget på NFGOs nettside.

Kærn omtalte av de viktigste cytostatika-studiene som har gitt grunnlag for primærbehandling, maintenanceterapi, neoadjuvant behandling versus primær-operasjon, samt intraperitoneal behandling.

Diskuterte de ulike alternativene ved residivbehandling og betydningen av CA125 måling for oppstart utredning/behandling.

Hun oppsummerte targetbehandlingen til nå og forskning med vaksine, in vitro resistent assay og micro-assay.

Avslutningsvis en lærerik håndtering av toksisitet ved cytostatikabehandling.

Referat fra formøte NUGG

Hovedtemaet for møtet var diagnostikk av bekkenbunnsskader. Ingard Nilsen fra UNN måtte dessverre melde avbud dagen før møtet. Han skulle gitt en oppdatering om resultater for en behandlingsmetode for stressinkontinens som ble lanserte på NUGG møtet for 2 år siden.

Patji Alnæs-Katjavivi fra OUS- Ullevål: Symptomer og MR funn i akuttfasen. 2 Kasuistikker

snakket om avulsjon (avrivning) av puborectalmuskulaturen i forbindelse med fødsel. For å illustrere problemer med billeddiagnostikk spesielt i akuttfasen, la han fram sykehistorie og MR-funn (gullstandard for diagnostikk av skader i bekkenbunn) hos 2 kvinner, med forløp under og etter fødsel og MRfunn i akuttfasen og mer enn et halvt år etter.

Den ene kvinnen hadde økt risiko for levatorskade, i og med at hun ble vakumforløst på grunn av protrahert forløp. Den andre kvinnen hadde normalt forløp og spontan fødsel. Begge hadde anal/rectal prolaps i barselstiden og hadde behov for incisjon av tromboserte hemorroider etter fødselen.

Begge ble undersøkt med MR av bekkenbunnen ca. en uke etter fødselen pga. uttalte plager. Det ble stilt diagnose sannsynlig avulsjon av puborectallisyngen i begge tilfellene. Hos den ene kvinnen (hun med spontan fødsel) ble det i tillegg beskrevet hematoma i bekkenet lateralt for vagina og urethra. Etter 7 mnd hadde kvinnen som ble vakumforløst ingen plager, og kontroll-MR viste heller ingen avulsjon.

Hos den andre kvinnen forelå det imidlertid vedvarende luftinkontinens og smerteproblemer, og MR viste fortsatt en sikker avulsjon av puborectalis på ene siden. Det ble konkludert med at man skal være forsiktig med fortolkning av MR umiddelbart postpartum og at funn av hematoma i akuttfasen er det som kanskje sikres peker mot en avusjonsskade.

Memona Majida fra AHUS: "Ultralyd og MR-diagnostikk ved bekkenbunnsskader er ultralyd brukbart i akuttfasen?". Vaginal fødsel er største risiko for skader av

Pubovisceralismuskelen (PVM≈ puborectalis og pubococcygus- ulike fibre av samme muskel), og når hodet kroner strekker fibre seg 3.5 ganger sin normale lengde. Ingen andre muskler i kroppen kan strekke seg så mye. MR er gullstandarden for diagnostikk av skader av PVM. De første objektive undersøkelsene av levatormuskulaturen ble initiert av DeLancey og kolleger på slutten av 1990-tallet/ begynnelsen av 2000-tallet.

Dietz var først ut med transperineal ultralyd, og publiserte i 2005 en artikkel hvor han beskrev 36% avulsjoner blant førstegangs fødende. Dietz innførte også begrepet ballooning, som beskriver tilfeller hvor PVM etter enn viss stekning ikke kommer tilbake til sin opprinnelige størrelse. Kasuistikker som eksempler på bruk av transperineal ultralyd i akuttfasen, viste at man kan påvise avulsjoner av PVM, rectocele og skade av analsfinkteren. Man kan også bruke denne metoden til å vurdere rhabdosfinkteren rundt uretra og til resturinmåling.

Ellen Borstad : Nye Prolapskoder

Arbeidet ble initiert etter oppdrag fra NUGG for 2 år siden og har vært meget langtekkelig pga av sendrektighet hos KITH og senere Helsedirektoratet. Mange har lenge irritert seg over at kodeutvalget har vært uriktige og ikke dekkende. Endringene har hatt som hovedfokus å bidra til å forstå hva man faktisk gjør ved rekonstruktiv kirurgi. Til en viss grad kan også nye koder gjøre statistikk på forskjellige prosedyrer enklere:

LEF 10: KOLPOPERINEOPLASTIKK, uten at portioamputasjon er del av koden som tidligere.

LEF 16: FULLSTENDIG PROLAPSPLASTIKK (hvor man tar hånd om alle 3 kompartment). Det anbefales imidlertid ikke at denne koden brukes når spinafiksasjon er midtkompartiment- metoden, men at man

da bruker separate koder.

LEF 34: CERVIXAMPUTASJON VED PROLAPS. Poenget med koden er ligamentplastikken til fiksering av midtkompartiment, og er innført for å eliminere bruken av LDC 10 (Cervixamputasjon) ved prolapsoperasjoner. Ved bruk av mesh skal det brukes tilleggs-koder:

ZZA 20 XENOTRANSPLANTAT

ZZA 40 SYNTETISK TRANSPLANTAT. Det vil si at man for eksempel ved total prolif vil bruke kodene LEF 16 + ZZA 40, Sigurd Kulseng-Hanssen: NKIR registeret på nett.

NKIR –registeret skal bli offentlig tilgjengelig på nett. Det som kommer til å bli lagt ut er: Antall operasjoner pr.sykehus (NPR), dekningsgrad, antall pasienter operert pr.år, gjennomsnittlig gram lekkasje og stressindex før og etter operasjon pr. avdeling, prosent veldig fornøyd pr.avdeling

Komplikasjonskvarteret: Pernille Skjønby fra Ahus presenterte en kasuistikk til læring for oss alle. Adjustslynge (minislynge med obturator-teknikk) var uvanlig vanskelig å få på plass venstre side. Høyre side ble lagt opp ukomplisert. Applikatoren delte seg i håndtaket, og operatøren klippet vekk det som lot seg gjøre på venstre side, før nytt bånd ble lagt opp ukomplisert. Det ble altså værende en liten plastbit i vevet (obturatormembranen?) Pasienten hadde postoperativt invalidiserende smerter på venstre side proksimalt med utstråling til setet, mulig nedsatt kraft, normal sensorikk. Initialt urinretensjon som løste seg. MR viste ødem i obruratormuskelen, og nerven lå nær det ødematøse området. Pasienten er nå i gradvis bedring, men har fortsatt smerter 6 uker etter.

Møtet ble avsluttet med presentasjon av Ellen Borstads etterfølger som NUGG-sekretær: Mariann Eidet fra Kristiansand.

Helsedirektoratet anbefaler mer bruk av langtidsvirkende prevensjon!¹

Faktisk størrelse:
4cmx2mm

En prevensjonsstav i armen kan være løsningen!

Tilby henne langtidsvirkende, østrogenfri og brukeruavhengig prevensjon i opp til 3 år!

Nexplanon må bli fjernet etter 3 år og kan da samtidig bli erstattet av et nytt Nexplanon implantat, hvis ønskelig.

Helsesøstre og jordmødre kan sette inn p-stav som en delegert oppgave fra legen, basert på helsepersonelloven §5. Kun lege har forskrivningsrett.²

For mer informasjon og video se nettside: www.nexplanon.no

Før forskrivning av Nexplanon® vennligst se preparatomtalen

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Det er viktig med opplæring i innsetnings- og uttaksprosedyrer før metoden tas i bruk. Slik opplæring kan gis i regi av MSD. Kontakt ingunn.teigen@merck.com.
- Det er viktig å informere om at blødningsmønsteret vil kunne endre seg etter at metoden er tatt i bruk.

Se preparatomtalen for ytterligere informasjon.

Nexplanon «Organon»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A C08

IMPLANTAT 68 mg: Hvert implantat inneholder: Etonogestrel 68 mg, bariumsulfat 15 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Graviditet skal utelukkes før implantatet settes inn. Ett implantat settes inn subdermalt mellom 1. og 5. dag i menstruasjonssyklus. Ved bytte fra annen prevensjon eller etter abort/fødsel, se SPC/pakningsvedlegg. Implantatet skal fjernes/byttes etter 3 år. Innsetting og uttak bør kun gjøres av lege som er kjent med prosedyrene. **Kontraindikasjoner:** Aktiv venøs tromboembolisk sykdom. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive ondartede tilstander. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting eller gjeninnsetting foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Ny legekonsultasjon inkl. blodtrykkmåling og kartlegging av ev. bivirkninger anbefales 3 måneder etter innsetting. Risikoen for brystkreft er ikke fastlagt, men kan være sammenlignbar med den som assosieres med kombinasjonspiller. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekonsultasjon. Implantatet bør tas ut dersom trombose oppstår. Uttak bør også vurderes ved kirurgiske inngrep eller langvarig immobilisering. Dersom vedvarende hypertensjon utvikles eller signifikant økning av blodtrykket ikke svarer tilstrekkelig på anti-hypertensiv behandling, bør bruk av implantatet avbrytes. Ved akutte eller kroniske leverfunksjonsforstyrrelser bør kvinnen henvises til spesialist. Endret blødningsmønster (uregelmessige blødninger/endringer i blødningsintensitet eller varighet) er sannsynlig under bruk. Amenoré er rapportert hos ca. 1 av 5 kvinner, mens 1 av 5 andre kvinner rapporterte om hyppig og/eller forlenget blødning. Evaluering av blødning bør foretas ved behov og kan inkludere undersøkelse for å ekskludere gynekologisk sykdom eller graviditet. Ektopisk svangerskap bør tas i betraktning som differensialdiagnose ved amenoré eller buksmerter. Chloasma kan forekomme. Implantatet kan støtes ut dersom det ikke settes inn riktig eller ved en lokal betennelsesreaksjon. Kvinner som behandles med leverenzyminduserende legemidler bør bruke tilleggsprevensjon. Kvinner som står på langtidshandling med legemidler som inducerer leverenzym bør rådes til å bruke en ikke-hormonell prevensjonsmetode. **Interaksjoner:** Leverenzyminduserende legemidler kan gi økt clearance av kjønnsormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin, ritonavir, neflavin, nevirapin, etavirenz og muligens også okskarbazepin, topiramid, felbamet, griseofulvin og naturlegemidlet johannesurt. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Er ikke indisert ved graviditet. Dersom graviditet oppstår skal implantatet fjernes. **Overgang i morsmelk:** Skilles ut i små mengder, men basert på tilgjengelige data kan implantatet brukes under amning. Produksjon og kvalitet av brystmelk påvirkes ikke. **Bivirkninger:** Endringer i blødningsmønster (blødningsfrekvens, intensitet eller varighet)

må forventes. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginal infeksjon. Kjønnorganer/bryst: Ømme bryst, brystsmerte, uregelmessig menstruasjon. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, flatulens. Hjerne/kar: Høretokter. Hud: Alopeci. Kjønnorganer/bryst: Dysmenoré, ovariecyster. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Nedstemthet, affektabilitet, nervøsitet, nedsatt libido. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Smerter på implantasjonsstedet, reaksjon på implantasjonsstedet, tretthet, influensalignende sykdom, smerte. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, diaré. Hud: Hypertrikose, utslett, kløe. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt, urinveisinfeksjon. Kjønnorganer/bryst: Genital utflod, vulvovaginalt ubehag, galaktoré, forstørrede bryster, genital kløe. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, artralgi, myalgi, muskelskjelettsmerter. Nevrologiske: Migræne, sømnløshet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Angst, sømnløshet. Øvrige: Pyreksi, ødem. Etter markedsføring: **Ukjent frekvens:** Økt blodtrykk, seboré, anafylaktiske reaksjoner, urticaria, (forverring av) angioødem og/eller forverring av arvelig angioødem. Innsetting eller fjerning av implantatet kan gi blåmerker, mild lokal irritasjon, smerte eller kløe, fibrose på innstikkstedet, arddannelse eller utvikling av en abscess. Parestesier eller parestesilignende hendelser, utstøtning eller forflytning av implantatet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A. **Egenskaper: Klassifisering:** Røntgenett, ikke nedbrytbar, bøyeleg implantat (4 cm langt og 2 mm i diameter) som er forhåndslandet i en steril engangsapplikator. **Virkningsmekanisme:** Frigjør ca. 60-70 mikrogram etonogestrel pr. døgn de første ukene, avtagende til 25-30 mikrogram pr. døgn ved slutten av det 3. året. Gir ovulasjonshemming og påvirker cervixsekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier. Preventiv effekt minst like god som for kombinasjonspiller. **Absorpsjon:** Ovulasjonshemmende konsentrasjoner nås etter 1 døgn. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-13 dager. Utløsnings-hastigheten fra implantatet avtar med tiden, derfor synker serumkonsentrasjonen fra ca. 200 pikogram/ml ved slutten av det 1. året til ca. 156 pikogram/ml ved slutten av det 3. året. **Proteinbinding:** Ca. 96-99%. **Fordeling:** Det sentrale og totale distribusjonsvolumet er hhv. 27 liter og 220 liter. **Halveringstid:** Ca. 25 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og reduisering. Metabolittene konjugeres til sulfater og glukuronider. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og feces (forhold 1,5/1). **Andre opplysninger:** Implantatet bør kun settes inn og tas ut av lege som er kjent med innsetnings/uttaksprosedyrene, se pakningsvedlegg. Leger som har liten erfaring med teknikken rådes til å blegne seg denne under tilsyn av en mer erfaren kollega, ev. ta kontakt med den lokale forhandleren. **Pakninger og priser:** 1 stk. (implantat i engangsapplikator) kr 1145,60. **Sist endret:** 28.02.2013

1) Statusrapport juni 2012. Handlingsplan Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010 - 2015 strategier for bedre seksuell helse. Utgitt av Helsedirektoratet juni 2012.

2) LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

WOMN-1081649-0000(apr-2013)



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no
Copyright © 2013 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.

 **Nexplanon®**
68 mg etonogestrel

Referat fra formøte PSL

Tom Tanbo: Ovarialreserve og ovarial respons – markører på biologisk aldring i ovariene. Endokrine dysfunksjoner av ulik art kan med fordel utredes og behandles i spesialistpraksis, spesielt da mange gynekologiske avdelinger er lite interessert i disse problemstillingene. Det var derfor stor interesse og godt oppmøte av PSL'ere.

Tom Tanbo snakket først om: "When is the ovary no good?"

Han omtalte begrepet ovarial reserve: Kvinnelig reproduktiv potensiale m.h.t. antall follikler og oocytkvalitet, dvs ovarial aldring,- og begrepet ovarial respons: Follikkel respons på gonadotropinstimulering ved IVF. Han viste kriterier for dårlig ovarial respons, men fokuserte vesentlig på ovarial reserve. Viste til ulike studier m.h.t sammenheng mellom alder og ovarialkapasitet.

Gjennomgikk så ulike serummarkører og ev. korrelasjon til ovarialkapasitet med konklusjon at AMH (anti-Müllerhormon) og AFC (antralfollikkel count) er de beste ovarial reservetestene m.h.t. antall gjenværende primordialfollikler. AMH og AFC er like effektive til å predikere resultatet i en IVF-syklus. AMH kan til en viss grad forutsi alder ved menopause. Det ble diskutert usikkerhet vedr AMH, både vedr måleresultat og sikkerhet i yngre alder, men god relasjon ved høyere alder - lav AMH og redusert ovarialkapasitet.

Tom Tanbo fotsatte med temaet anovulatorisk infertilitet.

Han tok utgangspunkt i WHO's klassifisering av oligo/amenoré. Gjennomgikk nivå av

gonadotropiner og østradiol, resultat av gestagentest og ev follikulær respons ved clomifenstimulering ved de ulike tilstandene, samt mulige årsaker.

Verd å merke seg at 5-10% av dem med prematur ovarialsvikt kan oppnå spontan graviditet ved HRT. (Også verd å merke seg ved HRT beh uten samtidig barneønske).

Han minnet også om hyperprolactinemi som mulig årsak da det synes som om dette er sjeldnere å finne i dag. Viktig å huske på at bare 30 – 40 % har galactoré. Han gikk nærmere inn på PCOS som rammer ca 5 – 8 % av alle kvinner. Synes å være 2 ulike tilstander, overvekt ofte assosiert med insulinresistens mens normalvektige mulig har en hypofysær forstyrrelse.

Trening og vekttap fortsatt viktig behandling. Slankeoperasjoner kan være alternativ hos overvektige da undersøkelse har vist at det er bedre utkomme både m.h.t. mor og barn ved graviditet etter slike inngrep enn ved graviditet hos overvektige. Han påpekte at ovarial drilling fortsatt er aktuell og adekvat behandling. I flg en metaanalyse hadde clomi-fenstimulering alene like god effekt som kombinasjon av metformin og clomifen.

Det ble diskutert bruk av aromatasehemmere istedenfor clomifen for å unngå antiøstrogeneffekten på uterus. (En effekt som kan unngås ved østrogentilskudd i periode av stimuleringsyklus- referentens anm.) En sammenligning mellom letrozol og clomifen med tanke på ovulasjonsinduksjon viste ingen forskjell.

Tom Tanbo anga at de på OUS hadde valgt å ikke bruke aromatasehemmere av juridiske årsaker som oppføring av premenopausal endokrin status, graviditet og amming som kontraindikasjoner.

Som alltid, en inspirerende og god foreleser som tålmodig svarte på spørsmål og sendte kopi av lysbildene til alle som ønsket. Veldig bra.

Kanskje kan man en annen gang sette av noe tid til å diskutere ev. ikke medisinske saker av felles interesse da det ikke er mange andre muligheter for dette.

Referat fra formøte ”Internasjonal kvinnehelse”

”Som ansvarlig lege for et operativt inngrep måtte man gjøre alt selv. Det inkluderte å være portør, legge inn venfloner, sette anestesi, administrere antibiotika og overvåke pasienten- i tillegg til å operere.” Imponerende for oss som er vant til – og avhengige av - å arbeide i team og med god service fra andre spesialiteter og hjelpepersonell.

Guro Stokke har siden januar 2013 arbeidet som LIS ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus. Hun kom da hjem fra et 2 års opphold i Sør-Afrika der hun jobbet ved Zithulele hospital. Med seg i bagasjen hadde hun 2 års erfaring fra Kvinneklubben ved Bodø sykehus, og 3 måneders kurs i tropemedisin. Foredraget startet med bilder av den storslåtte naturen og det stolte folkeslaget ved sørkysten

av Sør-Afrika, akkompagnert av vakker, tradisjonell musikk. Sør-Afrika er som kjent et land med enorme kontraster. I de største, rike og velutviklede storbyene finnes et helsevesen med kvaliteter i verdensklasse, mens forholdene på landsbygda preges av dårlig infrastruktur, fattigdom og en høy andel av HIV-smittede- blant gravide kvinner ca 30%. Kvinner har lav status, og tunge omsorgsoppgaver

da mennene i dette området ofte pendler til arbeid i gruveområder. Dette gjør det vanskelig og dyrt for kvinner å komme seg til sykehus. I tillegg er det akseptert at mannen har flere partnere, mens det forventes at kvinner samtykker til seksuelt samvær dersom en mann krever det. Abort er vanskelig tilgjengelig. Zithulele hospital ligger i Transkei-provinsen. Befolkningen der lever på tradisjonelt vis i jordhytter. Det er utstrakt bruk av medisinmenn, noe som i mange tilfeller kan føre til fatale utfall. Ved sykehuset var det 8-10 leger, og alle måtte arbeide ved alle avdelinger ved sykehuset. De skulle dekke en drift med 25 000 polikliniske konsultasjoner, 27 000 innleggelser og nesten 2000 fødsler per år. På fødeavdelingen var det 14 sykepleiere inkludert 3 jordmødre. Bildet av den endeløse køen til poliklinikken av alvorlig syke pasienter i alle aldre, med alle slag forskjellige problemstillinger, gjorde inntrykk på de av oss som er vant til å forholde seg til et definert fagfelt, en pasient per halvtime og siste pasient kl 14.30. Hverdagen var mye preget av syke



Det er utstrakt bruk av medisiner, noe som i mange tilfeller kan føre til fatale utfall.

og underernærte barn, langkommet HIV/AIDS, tuberkulose, trafikkulykker og vold. Innen vårt fag var de særlige utfordringene dårlig og manglende svangerskapsoppfølging, ingen sikker termin og mange alvorlig syke gravide og nyfødte. I tillegg var det lite utdannet personell, med til dels dårlig kompetanse på f.eks CTG- tolkning. Til rådighet hadde man 1-2 CTG- maskiner, 1 ultralydapparat og 1 vakuumsom ofte fungerte dårlig. Nærmeste nyfødt-intensivavdeling var flere timer unna. Marginal tilgang på ambulanser og veier som stadig regnet bort, bidro til at man i praksis unngikk å flytte de små, premature pasientene, fordi de så godt som aldri kom tilbake derfra i live. I stedet måtte man improvisere med det man hadde til rådighet av lamper, tepper og hudkontakt. Guro beskriver sine 2 år ved Zithulele som svært krevende både fysisk og mentalt, faglig utfordrende, men også fantastisk givende med arbeid i et team med mye idealisme, høy arbeidsmoral og et godt sosialt samhold. Alt man gjorde av arbeid følte nyttig og viktig, noe som nok står litt i kontrast til hverdagens mas om epikrisetid og koding ved norske sykehus...

Mette Løkeland er nok kjent for de fleste. Hun har tidligere bl.a arbeidet som overlege ved Kvinneklubben i Bergen, og er nå stipendiat ved Universitetet i Bergen med PhD-prosjekt om medisinsk abort. Hun har også bred erfaring fra internasjonalt arbeid, med særlig engasjement innen kvinnehelse. "Abort i eit globalt perspektiv", var tittel for hennes foredrag.

Svangerskapsavbrudd er en av de vanligste medisinske prosedyrer, men også kanskje det mest kontroversielle. I følge WHO utføres det 22 millioner legale og 20 millioner illegale aborter hvert år. 97% av utrygge aborter utføres i utviklingsland. Man regner med at dette fører til 57 000 dødsfall per år på verdensbasis, mens antallet kvinner som får varige skader trolig er 30 ganger så høyt. Utrygge aborter står for 13% av total mødredødelighet i verden, og er dermed den tredje største årsak etter alvorlig blødning (25%) og infeksjoner (15%). Av politiske og religiøse årsaker er det likevel et fortiet fenomen i mange samfunn, og er slik sett et neglisjert globalt folkehelseproblem. Metoder for å fremkalle abort illegalt

kan være å innta giftige stoffer som terpentin, syre eller urtemedisiner, samt medikamenter som kinin, klorokin og store doser p-piller. Kjemikalier og urter er også brukt lokalt i vagina, samt traumatiserende remedier som strikkepinner, nåler, kleshengere og kyllingbein. Utført enten av kvinnen selv eller ukyndig personell uten kjennskap til kvinnens anatomi, fører dette gjerne til alvorlige blødninger, laserasjoner av genitalia og indre organer, sepsis og peritonitt. På lang sikt kan det føre til kroniske smerter og infertilitet, men det mest alvorlige utfallet er at 220 000 barn hvert år mister sin mor, med den forverrede sosioøkonomiske situasjon det medfører. Til sammenligning er et legalt svangerskapsavbrudd utført i et utviklet land et svært trygt inngrep. I Norge har man i økende grad tatt i bruk medisinsk abort. Ved Haukeland Universitetssjukehus gjøres det nå bare 200 kirurgiske aborter årlig, mot tidligere 1000 per år. Medisinsk abort kan utføres med kombinasjon av misoprostol og mifepristone, eller med misoprostol alene. I et globalt perspektiv vil legal tilgang på disse medikamentene være avgjørende for å kunne tilby trygge aborter med relativt få ressurser, uten behov for høyspesialisert helsepersonell og sterile prosedyrer.



Prisen for beste foredrag innen obstetikk ved NGFs årsmøte Drammen 2013 går til: J. Stær-Jensen for presentasjon av studien: “Do major defects of the levator ani muscle heal within the first 6 months post partum?”

Juryen begrunner tildelingen slik:

Studien bringer ny kunnskap på et relativt nytt felt og det er gjennomført grundig klinisk undersøkelse av relativt mange pasienter. Arbeidet er en del av et større prosjekt og studien kan kalles basalforskning i den forstand at den søker å øke forståelsen av skader som kan oppstå i fødsel og som kan ligge bak problemer for kvinnene på lenger sikt. Med sin gode fremlegging av stoffet og med klare svar på spørsmål fra salen viste forfatteren både dybde- og breddekunnskap på feltet. Det blir spennende å se om resultatene kan få klinisk anvendelse etter hvert.

Bedømmelseskomite: Henrik Erdal, Ålesund sjukehus. Yngvild Skåtun Hannestad, Privatpraksis, Bergen. Margit Rosenberg, Drammen Sykehus.



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Prisen for beste foredrag innen gynekologi ved NGFs årsmøte Drammen 2013 går til: Anne Veddeng for presentasjonene av studien: ”Konsekvenser av 17,5 timers gynekologisk tilstedevakt med hensyn på kognitive funksjoner og laparoskopiske ferdigheter.”

Studien som ligger bak beste foredrag innen gynekologi i 2013 er et oversiktlig og vel planlagt prosjekt. Studien er også gjennomført på en imponerende måte – det er godt gjort å få med så mange leger på avdelingen til å være med på forsøket. Det er et nytt og friskt prosjekt som gir viktig kunnskap både for oss selv som yrkesutøvere og ikke minst for befolkningen ved å vise at vi har en forsvarlig drift på avdelingene med de lange vaktene vi har. Studien ble presentert på en klar og tydelig måte med en utmerket bruk av bilder. Presentasjonen vakte stor interesse blant tilhørerne som lett kunne identifisere seg med ”forsøkspersonene”.

Bedømmelseskomite: Henrik Erdal, Ålesund sjukehus. Yngvild Skåtun Hannestad, Privatpraksis, Bergen. Margit Rosenberg, Drammen Sykehus.



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Prisen for beste fagfelleverderte poster ved NGFs årsmøte Drammen 2013 går til: Liv Ellingsen for posteren: “What can be learned from intrapartum maternal deaths? Results from an audit study in Norway.”

Komiteen syntes det var mange gode poster på årets møte, der nokon få skilte seg ut, og komiteen var samstemte i denne som beste poster. Studien omtaler eit veldig viktig, men heldigvis ikkje hyppig førekommande tema i praksis. Den hadde grunnlag i ein stor registerstudie og sjølv om den kom med kjente konklusjonar, gav den gode poeng for læring (take home message) og var klinisk veldig relevant.

Plakaten var lekkert utformet og godt leselig.

Bedømmelseskomite: Henrik Erdal, Ålesund sjukehus. Yngvild Skåtun Hannestad, Privatpraksis, Bergen. Margit Rosenberg, Drammen Sykehus.



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



NUVARING® 

(etonogestrel/etinylostradiol)

Gi jentene kontroll
med en månedlig
og enkel metode

NuvaRing®

(etonogestrel/etinylostradiol vaginalring)¹

- 99% effektiv slik som kombinasjons p-piller, men man slipper å ta en pille hver dag²
- Bedre blødningskontroll enn p-piller (vs 30 µg EE/DRSP), og enkelt å forskyve menssen^{1,3}
- 96% av de som brukte Nuvaring var fornøyd!⁴

Utvalgt sikkerhetsinformasjon Nuvaring®

(For fullstendig sikkerhetsinformasjon henvises til preparatmtalen)

Kontraindikasjoner: Som for hormonelle prevensjonsmetoder som inneholder etinylostradiol eller østradiol. For fullstendig oversikt over kontraindikasjoner se preparatmtalen.

Forsiktighetsregler: Effekten av hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres ved samtidig bruk av medikamenter som interfererer med cytokrom P450 enzym systemet i lever. Beskytter ikke mot HIV, AIDS eller andre seksuelt overførte sykdommer.

Bivirkninger: Magesmerter, kvalme, vektøkning, akne, nedsatt sexlyst.

Felles for all hormonell prevensjon: Før forskrivning bør det foretas en fullstendig medisinsk anamnese og måling av blodtrykk.

Før forskrivning av Nuvaring® se preparatmtalen

Tryggere bruk av p-piller

Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon. Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Ref: Statens legemiddelverk

Referanser: 1. SPC (Summary of Product Characteristics) Organon, Nederland, 17. juni 2013. 2. Ahrendt H-J, Nisand I, Bastianelli C, et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30µg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. *Contraception*. 2006;74(6):451-457. 3. Milsom et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined oral contraception ring, NuvaRing, versus an oral contraception containing 30microgram ethinyl estradiol and 3mg drospirenone. *Human Reproduction*. Vol 21. 2006. pp2304-2311 4. Dieben. Efficacy, Cycle Control, and User Acceptability of a Novel Combined Contraceptive Vaginal Ring *OBSTETRICS & GYNECOLOGY* 2002;100/3: 585-593.



C NuvaRing "Organon"

Antikonsepsjonsmiddel

ATC-nr.: G02B B01

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneh.: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år.

Dosering: Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonsyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør tilleggsprevensjon (barrieremetode) brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig lever sykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykkmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon innebærer økt risiko for venøs tromboemboli (VTE) sammenlignet med ingen bruk. Risikoen varierer fra ca. 20 til 40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for kombinasjons-p-piller som inneholder hhv. levonorgestrel og desogestrel/gestoden. Dette kan sammenlignes med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for ikke-brukere, og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Epidemiologiske studier viser inkonsistente resultater vedrørende risiko for VTE ved bruk av NuvaRing. Risikoen for VTE øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i bena eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Epidemiologiske studier har også forbundet bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon med økt risiko for arteriell tromboembolisme (hjerteinfarkt, forbigående iskemiske anfall). Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på venøs eller arteriell trombose kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i bena, plutselig kraftig smerte i brystet, enten den stråler ut i venstre arm eller ikke, plutselig tungpustethet, hosteanfall, uvanlig kraftig hodepine, plutselig synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt) og sigdcellesykdom. En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normo-

tensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorchalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling.

Interaksjoner: Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogen kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetrasykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin).

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. *Amming:* Østrogen kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. *Fertilitet:* Etter seponering av NuvaRing bør en vente til første naturlige menstruasjon før en forsøker å bli gravid. Det gjør det lettere å beregne når babyen kan forventes.

Bivirkninger: *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgorganer/bryst: Smerter i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerne/kar: Hetetokter. Hud: Alopeci, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgorganer/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystspreg, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, krampesmerter i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelsmerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urineveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hjerne/kar: Venøs tromboembolisme. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hud: Urticaria.

Egenskaper: *Klassifisering:* Lavdosert østrogen/gestagen monofasisk kombinasjonspreparat. Ringen frigir gjennomsnittlig 120 µg etonogestrel og 15 µg etinyløstradiol per 24 timer. *Virkningsmekanisme:* Undertrykkelse av ovulasjonen. *Absorpsjon:* Rask absorpsjon fra vaginalslimhinnen. Maks. serumkonsentrasjon: Etonogestrel ca. 1 uke, etinyløstradiol ca. 3 dager. Absolutt biotilgjengelighet: Etonogestrel ca. 100%, etinyløstradiol ca. 56%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum: Etonogestrel ca. 2,3 liter/kg, etinyløstradiol ca. 15 liter/kg. *Halveringstid:* Etonogestrel: Ca. 29 timer, plasmaclearance ca. 3,5 liter/time. Halveringstid for metabolittutskillelsen ca. 6 dager. Etinyløstradiol: Ca. 34 timer. Plasmaclearance ca. 35 liter/time. Halveringstid for metabolittene ca. 1,5 dag. *Utskillelse:* Via urin og galle.

Oppbevaring og holdbarhet: Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder.

Pakninger og priser: 3 stk. kr 304,60.

Sist endret: 19.06.2013



Norsk gynekologisk forenings Hederspris 2013

Kåre Augensen har gjennom «generasjon etter generasjon» av unge utdanningskandidatar i faget vårt greidd å skapa begeistring for obstetrikken og framheva handtverket i faget. Han har undervist i fødselens mekanikk og påpeikt nytten av og kor viktig det er med både utvendig og innvendig palpasjon undervegs i fødselsforløpet. Han har og vist oss korleis me kan læra vidare dei praktiske ferdighetane i faget. Samtidig måtte me stadig «stå til rette» for vurderingane våre. «Koffor ?» var det vanlege spørsmålet når du informerte han som bakvakt om kva du tenkte og kva du ville gjera i ein fødesituasjon. Kritisk tenking var viktig !

Samtidig som han er svært opptatt av obstetrikken som eit handtverk, er det

aldri tvil om dei teoretiske og vitskaplege kvalitetane hans. Han har heller aldri vore redd for å stilla kritiske spørsmål uansett i kva forum det måtte vera.

I ein alder då mange elles byrjar å førebu pensjonisttilværet har han vore sentral i NGF sitt kvalitetsarbeid, har vore med å utarbeida metodebok for KKB og vore med på å utarbeida og arrangera kurs både internt i klinikken gjennom eksterne kurs i praktisk obstetikk for å læra stadig fleire det praktiske handtverket. Utan unntak anbefaler deltakarane på «Nordisk kurs i praktisk obstetikk» i Bergen at dette må bli obligatorisk.

Det er mange fødeavdelingar både i Noreg og utlandet som har nytt godt av hans

kunnskap og entusiasme. La oss nemna Bergen, Stavanger, Arendal, Hammerfest, Ryad. Eg hugsar eg traff han like etter han var komen heim frå eit opphald på ein fødeavdeling på ei øy utafor Tanzania: Han hadde sett meir patologi på desse vekene enn i heile sin tidlegare yrkeskarriere. «Men kva hadde du å hjelpa deg med då ?» spurde eg: «Hendene Torunn, bare hendene, helt fantastisk!» svarte han begeistra.

Eg veit at eg har svært mange unge og eldre kollegaer både i Bergen, Stavanger, Hammerfest, Haugesund og landet elles når eg no anbefaler at Kåre Augensen vert tildelt årets Hederpris .



Kåre Augensen mottar prisen fra leder Knut Hordnes og kasserer Kevin Oppegaard



Bayer Gynekologiske hederspris NGFs årsmøte Drammen 2013

Bayer Gynekologiske hederspris NGFs årsmøte Drammen 2013 tildeles Ellen Borstad for mangeårig virke som gynekolog og spesielt for hennes innsats innen urogynekologi og descenskirurgi.

Ellen Borstad er en av de mest dedikerte gynekologer i Norge: genuint interessert i den enkelte pasient og alltid 100% oppfølging. Hun er alltid interessert og villig til å ta faglige diskusjoner og en av få som alltid har tenkt utover seg selv med fokus på at fremtidens gynekologer skal være mest mulig beredt til å overta ansvar og inneha kompetanse. Hun er en ekstremt god læremester, både i operasjonssalen og ved kurs og workshops.

Hun viker aldri i kravene når det gjelder kvalitet i pasientbehandlingen og har sørget for at urogynekologien har en høy status i Norge. Hun er den første i Norge som har initiert en urogynekologisk seksjon, og den har hun styrt med sterk og målrettet hånd.

-Hun har vært med og utviklet Norsk kvinnelig inkontinens register samt Norsk urogynekologisk gruppe (NUGG).

-Hun har undervist utallige spesialistkandidater i god metode og kirurgisk teknikk ved prolaps og inkontinens operasjoner.

-Hun har utarbeidet prolapsregister på sin avdeling slik at man har kunnet følge resultatene.

-Hun har gjennomført en rekke forskningsprosjekter innen urogynekologi og har gjennomført randomiserte multisenter-studier som har gitt internasjonal oppmerksomhet.

Kronen på verket er en publikasjon i 2013 som presenterer resultatene av prolapskirurgien ved hennes urogynekologiske seksjon gjennom

siste ti år som viser at den kirurgiske metode og teknikk som hun har kjempet for i mange år gir eksellente resultater uten Mesh. Denne studien med objektivisering av operasjonsresultater har dokumentert en uvanlig lav residivfrekvens, og har skapt internasjonal anerkjennelse med ny vind i seilene for optimal kirurgisk teknikk ved genitalt prolaps.

Hennes arbeid føres videre ved seksjonen ved OUS, både innen forskning og klinikk, helt i tråd med hennes ånd og ønsker for et urogynekologisk fagmiljø med høy standard også etter hennes pensjonering.

Bedømmelseskomite: Rolf Kirschner, Bjørn Backe, Knut Hordnes



Ellen Borstad mottar prisen fra leder Knut Hordnes og Hjørdis Jølsum, Bayer Health Care

- Ellen Borstad
- Oslo Universitetssykehus-Ullevål

NYE PROLAPSKODER (LEF kodene i NCSP)

Vi er mange som lenge har vært misfornøyd med prosedyrekodene for prolapsoperasjoner. De har absolutt ikke vært dekkende for det man gjør. Kodeteksten har til dels vært misvisende og den har også koblet sammen inngrep som nødvendigvis ikke hører sammen (f.eks. LEF 10 Kolpoperineoplastikk med eksisjon av cervix?). Kodetekstene har heller ikke bidratt til å øke forståelsen av poengene med til dels komplisert rekonstruktiv kirurgi.

På bakgrunn av dette, fikk jeg i oppdrag på NUGG-møtet ved Årsmøtet for 2 år siden å ta kontakt med KITH for å forsøke å få endret/forbedret prolapskodene. Det har vært et meget langt lerret å bleke, fordi mennesker ble syke og gikk ut i svangerskapspermisjon, PC'er "krasjet" og KITH ble flyttet og lagt inn under Helsedirektoratet etc.

Jeg startet med å sende forslag til nytt kodesett på høring i NUGG-samarbeidet før resultatet ble presentert for den ansvarlige i KITH, senere helsedirektoratet. Jeg hadde en nyttig dialog med henne i de periodene hun var å få tak i, og jeg synes vi til slutt kom frem til et godt resultat. En komité behandler endringsforslag før sommeren hvert år. Sommeren 2012 ble alle foreslåtte endringer vedtatt og skulle således vært korrekte fra 1.1.2013, trodde vi, men den gang ei! De kodene, som vi var enige om å beholde uendret,

hadde i "Endringsdokumentet" ved en feiltagelse fått betegnelsen "utgår"! Men vi har altså klart å få dem inn igjen raskt uten å vente på nytt komitémøte og den nye oppdateringen 1.1 2014.

I Kodelisten over NCSP koder på Helsedirektoratets sider har vi altså nå fått inn endrede prosedyrekoder for prolapsoperasjoner.

De helt nye kodenumrene er markert med grønt. Kodeteksten blir litt mer utfyllende og forklarende i den trykte versjonen (f. eks Vaginal kolpopeksi

dekker spinafiksasjon=sacrospinosus fiksasjon, også ileococcygus fiksasjon (i de tilfelle der vagina ikke er lang nok)). Jeg har markert med rødt de nye kodene. LEF 16 er tenkt brukt når en reparerer alle 3 kompartment, som for eksempel ved en 3-trinns Manchester operasjon, prosedyren for behandling av vaginaltoppen er da cervixamputasjon med cardinalligamentplastikk. Enten bakre reparasjon er en raphning av den rectovaginale fascie eller bare kolpoperineoplastikk, ville jeg brukt denne koden, men man kan jo selvfølgelig velge å bruke 3 separate koder.

De kodene, som vi var enige om å beholde uendret, hadde i "Endringsdokumentet" ved en feiltagelse fått betegnelsen "utgår"! Men vi har altså klart å få dem inn igjen raskt uten å vente på nytt komitémøte og den nye oppdateringen 1.1 2014.

koden LEF 34 har vi brukt teksten Cervixamputasjon selv om det er cardinalligamentplastikken som er det sentrale i reparasjonen, fordi det er et innarbeidet uttrykk som del av en prolapsoperasjon. Men i kodeteksten angis altså at det er Cervixamputasjon ved PROLAPS for å understreke at dette er noe helt annet enn LCD 10 koden (fjerning av cervix pga patologi i cervix). Ved prolapsoperasjoner amputeres jo cervix i de aller fleste tilfeller for å forkorte og omplassere cardinal- og sacrouteinligamenter i den hensikt å reparere midtkompartimentdelen av

prolapset. Det er bare når det forligger elongatio at selve amputasjonen er vesentlig.

Ved bruk av mesh, må man bruke tilleggskoder. Gjør man for eksempel en total Prolift (syntetisk), ville jeg brukt LEF 16 pluss ZZA 40.

Har man f.eks lagt inn surgisis (biologisk) i fremre vegg ved en Manchester operasjon, ville jeg brukt:
LEF 00 ZZA 20
LEF 10
LEF 34

Slik får man understreket hvor graftet ligger: Noen ville kanskje bukt LEF 16 ZZA 40. Den første versjonen, som er mer presis, vil nok være mest hensiktsmessig, hvis tanken med kodingen skal være at en kan bruke det til å se på egne resultater av ulike metoder i ettertid.

Jeg håper de fleste oppfatter endringen som en forbedring og dekkende for de prosedyrer som anvendes.

For ordens skyld ”limer” jeg inn kodene her:

LEF 00	Fremre kolporafi
LEF 03	Bakre kolporafi
LEF 10	Kolpoperineoplastikk
LEF 13	Vaginal hysterektomi for prolaps
LEF 16	Fullstendig prolapsplastikk
LEF 20	Partiell kolpogleise
LEF 23	Total kolpogleise
LEF 34	Cervixamputasjon ved prolaps
LEF 40	Vaginal operasjon for enterocele
LEF 41	Laparoskopisk operasjon for enterocele
LEF 50	Kolpopeksi
LEF 51	Laparoskopisk kolpopeksi
LEF 53	Vaginal kolpopeksi
LEF 96	Annen operasjon for prolaps av uterus eller vaginaltoppen
LEF 97	Annen laparoskopisk operasjon for prolaps av uterus eller vaginaltoppen
LEW 97	Annen laparoskopisk operasjon på vagina

Fullstendige kodelister og Endrings-dokumentet finner man her:

http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____|160.aspx
www.helsedirektoratet.no

- Mariann Eidet
- KK Sørlandet Sykehus Kristiansand
- e-mail:mariann.eidet@sshf.no

22nd Annual Congress ESGE

Siden starten i 1994 har European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) tatt sikte på å oppmuntre til utveksling av klinisk erfaring, vitenskapelig tenkning og undersøkelse blant europeiske gynekologiske endoskopister og utøvere i relaterte teknikker.

ESGE oppfordrer også til forskning og evaluering av endoskopiske og relaterte teknikker. Andre viktige mål er anbefaling av standarder for opplæring i gynekologisk endoskopi og samarbeidet med nasjonale og internasjonale organisasjoner. ESGE er en non-profit organisasjon og har sitt hovedkontor i Leuven, Belgia.

Den 22. kongressen ble holdt i Berlin 16.-19.oktober 2013, på Maritim Hotel. Mange norske gynekologer hadde tatt turen til Berlin for faglig påfyll.

Programmet var innholdsrikt, med mange parallellsesjoner. Om formiddagen var det onsdag, torsdag og fredag live overføringer av operasjoner i hovedsalen. Onsdag var det overføringer fra Tagesklinik Altonaer Strasse, torsdag var det overføring fra Krankenhaus Sachsenhausen Frankfurt a.M. og fredag fra Universitätsfrauenklinik Tubingen. Overføringene var sponset av de ulike utstillslevrandørene, og den tekniske gjennomføringen var imponerende. Hele tiden vekslet bildet på storskjermen fra operasjonsstue til operasjonsstue etter som inngrepene skred frem. De øvrige stueene ble samtidig vist på mindre skjermer. Det var klare bilder, god lyd og til og med 3D effekten fungerte godt

for oss som satt i salen. Hospitalene stilte med erfarne operatører. De hadde plukket vanlige inngrep som laparoskopisk subtotal hysterektomi (LSH), total laparoskopisk hysterektomi (TLH), laparoskopisk myomektomi, laparoskopisk sacrokolpopeksi, dermoid ekstirpasjoner, laparoskopiske endometrioseoperasjoner, hysteroskopier og konisering. Det ble også vist mer spesielle ting som botoxinjeksjoner og ovariell drilling via laparoskopi med vaginal tilgang.

Foredragene ellers omfattet største delen av endoskopifeltet; robotkirurgi, laparoskopisk kirurgi og hysteroskopi. Det var mange kjente navn blant foredragsholderene og spennende titler. Vanskelig å bestemme seg for hva man skulle velge.

Utstillerområdet var tettpakket av utstillslevrandører og andre fra industrien. Ikke alle er kjente for oss her hjemme. Mange fristet med god kaffe og sjokolade, men også med simulatorer og treningsutstyr.

Posterene hang litt for seg selv, men lett tilgjengelige, i et litt roligere område. Selv var jeg mest begeistret over liveoverføringene. Det er noe spesielt

med å overvåke erfarne kollegaers inngrep, se ulike tilnærminger/teknikker. Jeg synes det er inspirerende. Det var mange som stilte spørsmål underveis. To hyppig diskuterte temaer var om tubene skal fjernes ved LSH og om peritoneum skal dekkes over cervixstumpen. Det ble argumentert for ulike meninger og tradisjoner, men jeg fikk ikke høre noen endelig konklusjon.

Alt i alt synes jeg kongressen var en inspirerende og god erfaring som frister til gjentakelse. I følge kollegaer som har vært på flere ESGE kongresser tidligere, var det ikke så mye nytt å høre i år.



Referat fra 1.st Figo Africa Regional Conference of Gynecology and Obstetrics Addis Abeba 2-5.okt 2013

The African Federation of Obstetrics and Gynecology (AFOG) ble stiftet i forbindelse med FIGO's verdenskongress i Roma høsten 2012. Hensikten er å lage en overordnet regional organisasjon i Afrika som kan arbeide fokusert og systematisk for bedre kvinnehelse i Afrika og redusere mødre- og barnedødelighet. Fra før av finnes tre liknende overordnede organisasjoner innen vårt fagområde: for Europa (EBCOG), Latin Amerika (FLASOG) og Asia (AOFOG).

Allerede ett år etter skiftelsen inviterer AFOG til den første afrikanske regionale kongress i obst og gynekologi i Addis Abeba! Imponerende satsing! Vi som var tilstede følte således et visst historisk sus da vi overvar åpningsseremonien der FIGO-presidenten Prof Sir Sabaratnam Arulkumaran og presidenten for AFOG kongressen Yrigu Gebrehiwot ønsket velkommen til den første AFOG kongressen! Kongressen hadde over 800 deltagere fra 67 land - deltagere

med angloamerikansk opprinnelse var desidert i mindretall. Fra Norge deltok 6 personer: Kathe Aase, Kristina Johannessen, Mette Løkeland, Arnt Steier, Margit Steinholt, Hilde Sundhagen.

Med Abraham Vergheses bok « Alene sammen» som en mental kulisse, ankom den lille norske kontingenten Hilton, kongresshotellet i Addis Abeba. (Hotellet har for øvrig norsk direktør). Vi ankom et land med ca 90 millioner

innbyggere, gjennomsnittlig antall fødsler pr kvinne 5, 1 lege pr 10 000 innbyggere, der bare 6% av fødsler skjer med kvalifisert hjelp tilstede. Mødre dødeligheten er 1/40, forventet levealder for kvinner 59 år, ca 60% av kvinner er analfabeter og 40% lever i fattigdom (< 1,25 dollar pr dag).

Vår grundige og hardtarbeidende reiseleder Kristina Johannessen hadde gjennom sitt tidligere arbeid med NFOG-kongressen i Bergen 2012 og nære samarbeid med Kvinneklubben Haukeland kommet i kontakt med vår etiopiske kollega Mula Muletha som driver Fistelklinikken i Gondar. Gondar ligger nord i Etiopia, en vakker by med eget universitet, grunnlagt 1635,

Et av WHO's 8 mål innen 2015 er å for-bedre kvinnehelse, og rapportering er et av midlene for å nå målet.



Den norske delegasjonen foran Fistelklinikken i Gondar

Etiopias hovedstad i ca 200 år, nå ca 300 000 innbyggere, beliggende 2133 m.o.h. Universitetet har en ny Fistelklinik ferdigstilt i 2012, WAHA Gondar, Adama & Jimma Teaching Hospital.

Vi fikk omvisning av en av legene ved klinikken, Dr Genet. Det var et gripende møte der «respectful care» ble formidlet som en del av klinikkens filosofi. Klinikken har 17 senger, de opererer 2-3 pasienter pr dag. Pasientene der får et helhetlig tilbud hvor i tillegg til operative behandling også fullstendig rehabilitering er en del av behandlingsopplegget. Ca 80% av operasjonene er vellykket. Mange av pasientene tilbringer opptil 6-12 måneder på klinikken der også fysioterapi, skoletilbud med opplæring i lese- og skriveferdigheter samt hjelp til selvhjelp i form av en liten startkapital og nye klær er en del av det de får med seg fra oppholdet på klinikken. Fistelklinikken drives av etiopiske og utenlandske leger, og driften dekkes delvis gjennom The Fistula Foundation. Donasjoner fra denne organisasjonen til klinikken i Gondar 2012 var på ca 200 000 Dollar. Behandlingen for kvinnene er gratis.

Fistelproblematikken var et av temaene som ble viet mye oppmerksomhet

på kongressen. Vi overvar en sesjon med selve grunnleggeren av Hamlin Fistula Hospitals, Catherine Hamlin, tilstede. En snart 90 år gammel levende legende, æresdoktor av universitetet i Addis Abeba! Nok en gang kjente de tilstedeværende historiens vingesus ved å være tilstede.

Insidensen av fistler i Etiopia er 0.6-6,5% / 1000 fødsler, i verden finner man ca 2 millioner ubehandlede fistler. Dagens teknikker i Etiopia innbefatter ikke bruk av TVT. 80% av mødredødsfall i Afrika kan unngås. Et av WHO's 8 mål innen 2015 er å forbedre kvinnehelse, og rapportering er et av midlene for å nå målet.

Manglende systemer for rapportering er et stort problem. I et land som Uganda blir bare 13% av mødredødsfallene registrert. De fleste mødredødsfall skjer 24 timer etter fødsel, og når vi vet at kun 6-10% av fødslene skjer med helsepersonell tilstede, forstår vi at veien er lang til å oppnå målet. Vi fikk demonstrert forskjellig innretninger for registrering av helseopplysninger, for eksempel med touch screen system i Zambia (Smart Care, et elektronisk helsekort som 40% av helsestasjonene i Zambia benytter seg av).



De norske deltagerne



Vi ankom et land med ca 90 millioner innbyggere, gjennomsnittlig antall fødsler pr kvinne 5, 1 lege pr 10 000 innbyggere, der bare 6% av fødsler skjer med kvalifisert hjelp tilstede.

Strategier i bekjempelse av cervixcancer var også et tema som ble omhandlet. Bryst og cervixcancer er de to hyppigst forekommende cancerformer hos kvinner i Afrika. Hvordan få kvinnene til å la seg undersøke? Hvem skal behandle dem? «See and treat» slyngekoniseringer utført av jordmødre eller sykepleiere etter pensling med eddik?

HIV epidemiens betydning for arbeid med reduksjon av kvinne og spedbarnsdødelighet ble også omhandlet. Det er 5x så høy maternell dødelighet hvis kvinnen har HIV.

Holdningsskapende arbeid blant gravide er også et viktig tema. De fleste kvinnene er redd for å føde på sykehus. De som omsider føder på sykehus har ligget lenge i fødsel og har høy komplikasjonsrate. Vold mot kvinner var viktig et emne - ikke bare vold i nære relasjoner, men vold utøvd av helsepersonell var også et problem! Vel hjemme i Norge etter en rik kongress – og reiseopplevelse, - og her går nettdebatten om dårlig oppfølging av friske lavrisikofødende. Noen ganger trenger vi å sette ting i perspektiv!



Hvor er HMS ?



Prest Lalibela



Fruktbarhetsbasseng ved klippekirkene i Lalibela- alternativ til IVF



fra fistelklinikken



Fra åpningsseremonien



Dr Genet på Fistelklinikken Gonda

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

God informasjon gir reell reservasjonsrett

21.6.2013 vedtok Stortinget en endring i helseregisterloven som innebærer at kravet til samtykke vil bli erstattet med en rett til å reservere seg mot lagring av personopplysninger i Kreftregisterets screeningprogrammer. For å sikre en reell reservasjonsrett, må hver enkelt kvinne få informasjon om denne. Endringen i helseregisterloven trer i kraft 1.1.2014.

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft (Masseundersøkelsen) sendte i slutten av november 2013 brev til alle landets fastleger og gynekologer med informasjon om lovendringen og om hvordan vi kan sørge for at informasjonen når alle kvinner.

Informasjon om reservasjonsretten finnes i påminnelsbrevene, informasjonsbrevet som sendes kvinner det året de fyller 25 og er lagt ut på vår nettside. For at vi skal kunne nå alle kvinner med denne informasjonen, har Masseundersøkelsen etablert tilleggsrutiner for å oppfylle informasjonssplikten, som også er i tråd med de uttalelser legeföreningen har kommet med om forutsetninger for en reell reservasjonsrett.

Masseundersøkelsen har utarbeidet et

informasjonsskriv med reservasjonsskjema som skal leveres alle kvinner som tar celleprøve. Informasjonsskrivet vil følge som eget vedlegg til remissene, og vil gjenfinnes i den elektroniske journalen. Informasjonsskrivet vil dessuten enkelt kunne skrives ut fra Masseundersøkelsens nettside <http://www.kreftregisteret.no/livmorhals> for det tilfellet at forannevnte rutine ikke er kommet på plass innen 1.1.2014. I tillegg til muligheten til å reservere seg ved å fylle ut reservasjonsskjema og sende det per post, er det mulig å reservere seg elektronisk via www.kreftregisteret.no/reservasjon ved å benytte BankID, Bypass eller Commfides.

Masseundersøkelsen har også sendt ut en plakat sammen med brevet som ble sendt til fastleger og gynekologer i november. Det er ønskelig at plakaten

henges opp på legekantorene slik at kvinner allerede før undersøkelsen kan få informasjon om retten til å reservere seg, og samtidig bli minnet om hvor viktig det er å ta celleprøve fra livmorhalsen regelmessig.

Masseundersøkelsen har bidratt til effektiv forebygging av kreft og kreftdød. Dødeligheten av livmorhalskreft er halvert i de siste tjue årene, og for å videreføre dette arbeidet er vi helt avhengige av et godt samarbeid med landets fastleger og gynekologer. Vi ser helt klart at endringen innebærer en ekstra utfordring i en travel hverdag, men håper at fastlegene og gynekologene har forståelse for at deres bidrag er nødvendig for å sikre at informasjonen når frem til den enkelte kvinne.

2013

Pelvic anatomy and Gynecologic surgery symposium

12. desember - 14. desember 2013. Las Vegas, USA

Challenges in gynecology

20. desember - 21. desember 2013.

Women's Health

28. desember - 04. januar 2014.

2014

Den 10. nasjonale fagkonferanse om kunnskapsbasert smertebehandling

09. januar - 11. januar 2014. Rikshospitalet, Oslo

Winter school: Frontiers in gynecological endocrinology: the clinical impact

27. januar - 01. februar 2014. Madonna di Campiglio, Italy

16th World Congress of Gynecological Endocrinology

05. mars - 08. mars 2014. Firenze, Italia

The 5th Congress of the Asia, Pacific Initiative on Reproduction

04. april - 05. april 2014. Brisbane, Australia

12 world Congress on Endometriosis

30. april - 04. mai 2014. Sao Paulo, Brasil

14th World Congress Menopause

01. mai - 04. mai 2014. Cancun, Mexico

EBCOG congress

07. mai - 10. mai 2014. Glasgow, Skottland

European spontaneous preterm birth congress

22. mai - 24. mai 2014. Svendborg, Danmark

15th world congress for cervical pathology and colposcopy

26. mai - 30. mai 2014.

NFOG 2014

10. juni - 12. juni 2014. Stockholm, Sverige

NYHET!

2013
YEAR
OF THE
OVERACTIVE
BLADDER

ET HELT NYTT BEHANDLINGS- PRINSIPP INNEN OVERAKTIV BLÆRE

- Ny virkningsmekanisme^{1,2}
- Effekt på alle grunnleggende OAB-symptomer^{1,2}
- Munntørrehet på placebonivå^{1,2}



Betmiga™ 50 mg
mirabegron

Den første β_3 -agonisten godkjent for
behandling av OAB

PÅ BLÅ RESEPT

Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskoder:

ICPC	Kode	Tekst	Vilkår	ICD	Kode	Tekst	Vilkår
U04		Urininkontinens	Ingen spesifisert	N39.4		Annen spesifisert urininkontinens	Ingen spesifisert
		Vilkår: Ingen					

Referanser: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. **Betmiga Urologisk spasmolytikum.** ATC-nr.: G04BD1 **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 25 mg og 50 mg:** Hver tablett inneh.: Mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 25 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172). 50 mg: Gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 50 mg daglig. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon: Preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m² eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensede data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m²) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

		Sterke CYP3A-hemmere	
		Uten hemmer	Med hemmer
Nedsatt nyrefunksjon ¹	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
	Alvorlig	25 mg	Ikke anbefalt
Nedsatt leverfunksjon ²	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	Ikke anbefalt

¹Lett: GFR 60-89 ml/minutt/1,73 m². Moderat: GFR 30-59 ml/minutt/1,73 m². Alvorlig: GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m².

²Lett: «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. 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 \geq 180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk \geq 110 mm Hg), og anbefales ikke til denne pasientgruppen. Det foreligger begrensede data fra pasienter med hypertensjon trinn 2 (systolisk blodtrykk \geq 160 mm Hg eller diastolisk blodtrykk \geq 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. **Interaksjoner:** Hos pasienter med lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30-89 ml/minutt/1,73 m²) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse A), som samtidig får behandling med sterke CYP 3A-hemmere (f.eks. itrakonazol, 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 trikykliske 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. Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksin-dosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som prøver å bli gravide. **Amning:** Bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger: Vanlige (f1/100 til <1/10):** Hjerte/kar: Takykardi. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. **Mindre vanlige (f1/1000 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. Muskelskjelettsystemet: Hovne ledd. **Undersøkelser:** Forhøyet blodtrykk, forhøyet GGT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. **Sjeldne (f1/10 000 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. 3.9.2013): 25 mg:** 30 stk. (blisters) kr. 369,40. 90 stk. (blisters) kr. 1038,30. **50 mg:** 30 stk. (blisters) kr. 369,40. 90 stk. (blisters) kr. 1038,30. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode:** ICPC: U04 Urininkontinens **ICD:** N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk d. 20.12.2012. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 19.04.2013.



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