

25-2
2012

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOLD

- Intervju med ACTA`s sjefsredaktør s. 8 ■ Endometriose og cancer-risiko s. 12
- Livet som LIS ved Ahus og Hammerfest s. 25 ■ Pensjonsordninger for leger s. 30
- Referat fra Vår møte i Oslo s. 38 ■



NYHET



NB:
ZOELY® er inkludert
i bidragsordningen fra
2. januar 2012
Statens legemiddelverk

Nyhet: ZOELY®

• P-pillen med en innovativ kombinasjon av hormoner

- Nomegestrolacetat, et høyselektivt gestagen avledet fra kroppens eget progesteron¹
- 17β-østradiol, strukturelt identisk med endogent østrogen¹

• Mer enn 99% effektiv i et 24/4 regime^{1,2}

• Gir korte og lette bortfallsblødninger^{1,3}

Før forskrivning av Zoely®, se preparatomtalen

Utvalgt sikkerhetsinformasjon for ZOELY®

ZOELY® er **kontraindisert** ved arteriell eller venøs trombose i akutfase eller i anamnesen, migrene med aura, alvorlige leversykdommer, tumorer eller udiagnostisert vaginalblødning. **Forsiktighetsregler:** Nedsatt effekt ved glemte piller, oppkast eller diaré. Redusert effekt ved samtidig bruk av visse legemidler (se preparatomtalen). Vanligste **bivirkninger ved bruk av ZOELY®** Svært vanlige (≥1/10): Uønskede bortfallsblødninger, akne. Vanlige (≥1/100 til <1/10): smerter i bryst og bekken, økt vekt, kvalme, nedstemthet og nedsatt sexlyst.

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.

Statens legemiddelverk



MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no.
Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. WOMN-1020394-0003 (des 2011)

Zoely «Theramex» Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A14

TABLETTER: Hver hvite tablett inneholder: Nomegestrolacetat 2,5 mg, østradiol 1,5 mg, laktosemonohydrat 57,71 mg, hjelpestoffer. De gule tablettene er placebo-tabletter. **Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. **Dosering:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag, og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager i den rekkefølge som fremgår av bildebrettet. Klisstrømmer med ukedager medfølger og skal festes på brettet. Tablettene er nummerert og tas i stigende rekkefølge. Tablettene 1-24 er aktive (hvite), 25-28 er placebo (gule). En går direkte over til nytt brett uten opphold. En menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning) kommer vanligvis 2-3 dager etter inntak av den siste hvite tablett, og er ikke nødvendigvis avsluttet før neste brett påbegynnes. Med dette behandlingsregimet oppnås full beskyttelse fra 1. tablett. Se SPC/pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon og for håndtering av glemte tabletter. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat. Bør inntas med litt væske og helst til omtrent samme tid hver dag. **Kontraindikasjoner:** Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. hjerteinfarkt), eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Migrene med fokale nevrologiske symptomer. Kjent disposisjon for venøse eller arterielle trombotiser som aktivert protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer. En alvorlig eller flere risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose, f.eks. diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Nåværende eller tidligere alvorlig trombose, spesielt assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom 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 primærrelaterte av kjønnshormoner. Endometriehyperplasi. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling institueres foretas komplett anamnese, inkl. familieanamnese og blodtrykkmåling. Gravditet utelukkes. Hypoglykemi av senere undersøkelser baseres på etablert praksis, og tilpasses den enkelte kvinne. Kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venøs tromboemboli (VTE), spesielt 1. behandlingsår. Epidemiologiske studier har vist at forekomsten av VTE hos kvinner uten kjente risikofaktorer, som bruker lavdose østrogen kombinasjons-piller (≤50 µg etinyløstradiol), varierer fra ca. 20 tilfeller pr. 100 000 kvinner (for kombinasjons-piller med levonorgestrel), til 40 tilfeller pr. 100 000 kvinner (for kombinasjons-piller med desogestrel/gestoden). Dette kan sammenlignes med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinner for ikke-brukere, og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Det er ukjent hvordan Zoely påvirker risikoen sammenlignet med andre kombinasjons-piller. Risikoen for VTE øker med økende alder, positiv familieanamnese (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i bena eller alvorlig trauma. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien), og ikke fortsette 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller cerebrovaskulær hendelse øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerte-karfeil, hjerteinfarkt, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller

foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til spesialist for rådgivning for det tas avgjørelse om bruk av hormonell antikonsepsjon. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på trombose eller cerebrovaskulær hendelse kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i bena. Plutselig kraftig smerte i brystet med mulig utstråling til venstre arm. Plutselig tungpustethet, plutselige hodeanfall, uvanlig kraftig vedvarende hodepine, synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller ataksi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller svært markert nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som er assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt), sigmoidesykdom. En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken umiddelbart. Noe økt relativ risiko for brystkreft hos kvinner som bruker kombinasjons-piller er rapportert i epidemiologiske studier. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. I sjeldne tilfeller har benigne levertumorer vært rapportert. Lever-tumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, for størrelse 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 normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiv-er. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres både 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, otoklaserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markøren for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av depresjon, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til klossma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Vårigheten av bortfallsblødning med Zoely er gjennomsnittlig 3-4 dager. Bortfallsblødninger kan også uteløse. Uregelmessige menstruasjonsblødninger kan forekomme, spesielt de første månedene. Hvis blødningsuregelmessigheter vedvarer eller oppstår etter foregående regulære sykluser, bør ikke-hormonelle årsaker tas i betraktning. Dersom dette forekommer, og Zoely er tatt iht. instruksjonene, er det usannsynlig at kvinnen er gravid. I tvils-tilfelle bør graviditet utelukkes før behandlingen fortsetter. Oppkast og diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Dersom tablettene tas mer enn 12 timer for sent kan den preventive beskyttelsen reduseres, og tilleggsprevensjon bør benyttes de neste 7 dagene. For mer informasjon om forhøysregimer ved gastrointestinale forstyrrelser og ved glemte tabletter, se SPC/pakningsvedlegg. Menstruasjonskan om nødvendig utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de 4 placebo-tablettene. For mer informasjon om endring eller utsettelse av menstruasjons, se SPC/pakningsvedlegg. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke dette legemidlet. **Interaksjoner:** Bruk sammen med enzyminduserende legemidler (f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, bosentan, karbamazepin, rifampicin, og naturlegemidler med johannesurt, og i mindre

grad okskarbazepin, topiramal, felbamal, griseofulvin, ritonavir, nefinavir, nevirapin og efavirenz) kan gi gjennombruddsblødninger og sviktende prevensjon. Ved kombinasjon med et av disse legemidlene bør barrieremetode brukes under behandling og i 28 dager etter avsluttet behandling. P-piller kan påvirke metabolismen til lamotrigin. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Ikke indisert, seponeres hvis graviditet oppstår. **Overgang i morsmelk:** Kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelk. Bør ikke anvendes under amming. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Hud: Akne. Kjønnsgener/bryst: unormal bortfallsblødning. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsgener/bryst: Metroragi, menoragi, smerter i brystene, bekkenmerter. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Nedsatt libido, depresjon/nedstemthet, endret sinnstemning. Undersøkelser: Økt vekt. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Hjerte/kar: Høretokter. Hud: Hyperhidrose, alopesi, kløe, tørr hud, seboré. Kjønnsgener/bryst: Hypomenoré, hovne bryster, galaktore, krampes i uterus, premenstruelt syndrom, knuter i brystene, dyspareuni, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystem: Tyngdefølelse. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt, væskeretensjon. Undersøkelser: Økte leverenzzymer. Øvrige: Irritabilitet, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Tørr munn. Hud: Klossma, hypertrikose. Kjønnsgener/bryst: Lukt fra skjeden, vulvovaginal ubehag. Lever/galle: Gallesten, galleblærebetennelse. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelse. Psykiske: Økt libido. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Øye: Kontaktlinseintoleranse/tørre øyne. Øvrige: Sult. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Kvalme, oppkast og vaginalblødning. **Behandling:** Symptomatisk. Intet antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A side 2. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Progesterogen-østrogen monofasisk kombinasjonspille. **Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjonen og endringer i cervixsekretet. Nomegestrolacetat er et selektivt progesteron, utledet av det naturlig forekommende hormonet progesteron. Østrogeten i Zoely er 17β-østradiol, et naturlig østrogen identisk med det endogene humane 17β-østradiol. **Absorpsjon:** Maks. plasmakonsentrasjon: Nomegestrolacetat: Ca. 2 timer. Østradiol: Ca. 6 timer. Steady state: Nomegestrolacetat: Nås etter ca. 5 dager. Biotilgjengelighet: Nomegestrolacetat: 63%. Østradiol: Ca. 1%. **Proteinbinding:** Nomegestrolacetat: 97-98%. Østradiol: Ca. 98-99%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: Nomegestrolacetat: 1645 liter. **Halveringstid:** Nomegestrolacetat: Ca. 46 timer. Østradiol: Ca. 3,6 timer. **Plasmaclearance:** Nomegestrolacetat: Ca. 26 liter/time. **Metabolisme:** Nomegestrolacetat: I lever via CYP 3A4 og 3A5. Østradiol: Betydelig firstpass-effekt, deretter i lever via CYP 1A2, 3A4, 3A5, 1B1 og 2C9. **Utskillelse:** Via urin og feces. **Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 319,20.

Sist endret: 28.11.2011

Referanser:
1. Zoely [summary of product characteristics]. London, England: Merck Serono Europe Limited; 2011. 2. Christin-Thomais S, Serfaty D, Chabbert-Buffet N, Ochsenbein E, Chassard D, Maitre S, J-L. Comparison of a 24-day and a 21-day pill regimen for the novel combined oral contraceptive, nomegestrol acetate and 17β-estradiol (NOMACE/2): a double-blind, randomized study. Hum Reprod. 2011; 26(6):1338-1347. 3. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W, Weisberg E, Taneepanichskul S, Melis GB, Sundström-Poromaa J, Korver T. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17β-oestradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011;1-14.

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: martin@drandresen.no

Medredaktør

Pooja Parashar
Spes.praksis Bergen
E-mail: ipooja@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

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

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

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

Siri Strand Pedersen
Gyn avd , Klinikk Hammerfest
E-mail: Siri.Strand.Pedersen@helse-
finnmark.no

Nettredaktør

Mette Løkeland,
Haukeland universitetssjukehus, Bergen
lokeland@gmail.com

Design/layout

Liv K. Norland
Akuttjournalen Arena AS
E-mail: artdirector@akuttjournalen.com
Tlf: 99 59 16 86

Annonseansvarlig

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

Forsidefoto

Oskar Johan Skaar

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2012

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

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	6
■ Artikkel	
ACTA 90 år	8
Kvinner med epilepsi	10
Cancerrisk hos kvinner med endometriosis	
- Endometriosis ökar risken för ovarialcancer	12
Jordmor Saras arbeid over 42 år	14
Gravid på jobb	18
■ Doktorgrad	
Obstetriske sfinkterskader i Norge	22
■ FUGO	
Kjære FUGO-medlemmer!	24
LIS i Hammerfest	25
Fødefabrikk eller fødeklinnikk? – Eller kanskje begge deler?	26
■ Foreningsnytt	
Sviktende vilje i de regionale helseforetak til implementering av nye kvalitetskrav i fødselsomsorg	28
Pensjonsordninger for sykehusleger og privatpraktiserende leger	30
■ Årsmøte	
Kjære styret i NGF, kollegaer og venner fra industrien!	34
Velkommen til Tromsø!	35
Påmeldingsfrist og Abstraktfrist	36
Program NGF Årsmøte	37
■ Kurs/kongress	
Referat fra Vår møtet i Oslo	38
Vestlandsk gynekologforening	41
Kongresskalender	42



25-2
2012



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2011-2013

Leder	Knut Hordnes	Hospitalet Betanien	knut.hordnes@uib.no
Nestleder	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	toril.kolaas@c2.net
Vitenskapelig sekretær	Jone Trovik	KK Haukeland	jone.trovik@helse-bergen.no
Kasserer	Kevin Sunde Oppegaard	Gyn avd hammerfest	kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no
Styremedlem og redaktør Gynekologen (PSL)	Martin Andresen	Smestadgynekologene	martin@drandresen.no
Sekretær (FUGO)	Helene Peterson,	KK Ahus	Helene.Fjeldvik.Peterson@ahus.no
Styremedlem	Tone Shetelig Peterson	St Olavs Hospital	Tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no
Varamedlem (PSL)	Odrun Kleggetveit	Spes praksis, Kristiansand	odrun.kleggetveit@gmail.com
Varamedlem (FUGO)	Marte Myhre Reigstad	KK Ahus	martereigstad@gmail.com

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

Meld deg på !



Sommeren står for døren når denne utgaven av Gynekologen leses.

Et vellykket vårmøte i Oslo er arrangert og du kan lese et fylldig referat fra møtet i dette nummeret. Det er viktig at vi støtter opp om kurs og kongresser som arrangeres, slik får vi engasjerte og kunnskapsrike medlemmer.

NFOG – kongressen er like rundt hjørnet. Vi har store forventninger. Som alle vet arrangeres den i Grieghallen i vakre Bergen fra 16.-19. Juni. Knut Hordnes kan melde om et rekord-stort antall innsendte abstracts. (222) , noe som vil gi høy kvalitet på de frie foredragene. Ellers er alt det praktiske og organisatoriske på plass og de ca 550 deltagerne kan glede seg til mange fine opplevelser både faglig og sosialt. Er du ikke allerede påmeldt, så gjør det NÅ!!

I høst skal årsmøtet arrangeres i Tromsø. Tidspunktet er flyttet fra tidligere år, og møte

går av stabelen 25.-27.oktober. Foreløpig program, som både er variert og spennende, kan du se i denne utgaven av Gynekologen. Ingard Nilsen og hans LOC er godt i gang med planleggingen, og vi anbefaler alle til å ta turen til Tromsø. Jeg vil spesielt oppfordre LIS`ene til å dra. Årsmøtet er en unik mulighet til å treffe kollegaer og bli kjent på en uformell og hyggelig måte.

Så planlegg høsten nå; meld deg på årsmøtet !

I dette nummeret av Gynekologen har vi et intervju med sjefsredaktøren i ACTA, Reynir Geirsson. Den trivelige og blide professoren snakker om tidsskriftet sin 90-årige historie, hvilken betydning ACTA har hatt for Nordisk Gynekologi og Obestetrikk, og visjoner og tanker han har for fremtiden.

Du kan også lese referat fra spennende doktogradsarbeider fra Bergen og fra Sverige , samt referat fra Vestlandske Gyn – møte og Vårmøtet i Oslo.

Livet som LIS blir gjengitt til oss, fra en unge lege på Ahus. I tillegg får vi høre hvordan livet som LIS er i utkant-strøk, nemlig i Hammerfest,

Du kan også glede deg til å lese om jordmor Sara fra Finnmark, om hennes liv og virke, ført i pennen av Siri.

Da ønsker jeg alle en riktig god sommer.

Vi sees i Bergen og Tromsø.

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

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

LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Ellen Holtan Folkestad, Andreas Putz, Marit Lieng, Anton Langebrekke

NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

GYNEKOLOGEN

Martin Andresen, Pooja Parashar, Cathrine Ebbing, Mariann Eidet, Anne-Cecilie Hallquist, Siri Strand Pedersen

KVALITETSUTVALGET

Rolf Kirschner (leder), Bjørn Hagen, Anny Spydslaug, Pål Øian

FUGO

Christian Tappert, Sjur Lehmann, Marte Reigstad Myhre, Helene Fjeldvik Peterson, Tiril Tingleff, Johanne Holm Toft

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER

Anne Zandjani, Stian Vestad

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPECIALITETSKOMITEEN

Ole Jakob Nakling (leder), Kari Anne Trosterud, Ingar Nilsen, Ingeborg Bøe Engelsen, Trond Melby Michelsen, Hilde Sundhagen (vara), Knut Hoff Kierulf (vara), Sjur Lehmann (vara).

NFGO

Anne Dørum(leder), Bjørn Hagen, Mark M. Baeklandt, Lars Juul Hanssen, Anne Beate Vereide, Jostein Tjugum, Ingard Nilsen (fra NGF). I tillegg 6 vararepresentanter.

EBCOG (For 2012-2014)

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

NFOG

Jone Trovik

Zidoval gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av
bakteriell vaginose

godt tolerert¹ • vannbasert gel • selektiv lokalbehandling^{1,2}

c Zidoval «Meda»

Kjemoterapeutikum.

ATC-nr.: G01A F01

VAGINALGEL 0,75%: 1 g inneholdt: Metronidazol, 7,5 mg, propylenglycol., Carbopol 974P, methyl. et propyl. parahydroxybenz. (E 218 et E 216), natr. edet., natr. hydroxid. q.s., aqua purif. ad 1 g.

Indikasjoner: *Voksne:* Bakteriell vaginose.

Dosering: *Voksne:* 1 dose vaginalgel (5 g) føres inn i vagina 1 gang pr. dag ved sengetid i 5 dager.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bruk under menstruasjon anbefales ikke. Candida-infeksjon kan forverres og bør behandles med et middel mot candida. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har en anamnese med bloddykkrasi. Samleie frarådes under behandlingen.

Interaksjoner: Metronidazol kan gi disulfiramliknende effekt i kombinasjon med alkohol. Akutt psykotisk reaksjon og forvirring har forekommet ved samtidig bruk av disulfiram. Med de lave serumkonsentrasjonene som oppnås ved bruk av preparatet, er muligheten for slike reaksjoner lite sannsynlig, men kan likevel ikke utelukkes. Metronidazol øker plasmakonsentrasjonene av warfarin, litium, ciklosporin og 5-fluorouracil. Liknende reaksjoner etter vaginal behandling med metronidazol forventes ikke pga. de lave serumkonsentrasjonene, men kan likevel ikke utelukkes.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Data fra et stort antall graviditeter indikerer at metronidazol ikke er skadelig for fostre/nyfødte barn. Det foreligger ingen formelle studier av gravide kvinner behandlet med vaginalgel. Bør derfor brukes med forsiktighet hos gravide kvinner. *Overgang i morsmelk:* Ekskresjonen av metronidazol i melk har omtrent samme konsentrasjon som i morens serum og konsentrasjonsforholdet barn/mor er ca. 0,15. Forsiktighet bør utvises hos kvinner som ammer.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Moderate og forbigående symptomer som mavesmerter, kvalme, brekninger. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Urogenitale: Lokal irritasjon, utflod, candidose. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, munntørrehet, metallsmak. Hud: Kløe. Neurologiske: Uvanlig følelse i armer/ben. Sentralnervesystemet: Søvnforstyrrelser, irritabilitet, depresjon. Urogenitale: Symptomer på urinveisinfeksjon, mørkere urin. Hevelse, uregel-messige blødninger. Lekkasje av medikament. Øvrige: Krampefølelse.

Overdosering/Forgiftning: Metronidazol kan lett fjernes fra plasma ved hjelp av hemodialyse. Se Giftinformasjonens anbefalinger G01A F01.

Egenskaper: *Klassifisering:* Nitroimidazolderivat med antibakterielle og amøbedrepende egenskaper. *Virkningsmekanisme:* Virker mot Gardnerella vaginalis og bakteroidesarter. Gir betydelig økning av antall melkesyrebakterier i vagina. *Absorpsjon:* Absorberes i meget liten grad systemisk. *Metabolisme:* I leveren ved oksidasjon av sidekjeder og glukuronidkonjugering. *Utskillelse:* Både uforandret medikament og metabolitter utskilles hovedsakelig i urinen.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares < 25° C.

Andre opplysninger: Metronidazol kan interferere med enkelte kjemiske testverdier i serum, f.eks. aspartataminotransferase (AST, SGOT), alaninaminotransferase (ALT, SGPT), laktatdehydrogenase (LDH), triglyserider og heksokinaseglukose. Analyser kan gi falske nullverdier.

Pakninger og priser: 40 g med 5 engangsapplikatorer kr 141,20. **Sist endret:** 13.06.2007 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Referanser: 1. Preparatomtale Zidoval Gel. 2. Hanson JM et al. The J of Reprod Medicine, 2000; Vol. 45, No. 11

MEDA

Meda AS • Postboks 194 • N-1371 Asker • Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33 • www.meda.no

- Knut Hordnes
- Hospitalet Betanien
- knut.hordnes@uib.no

Kjære kolleger



Når dette leses er mange av dere snart på vei til Bergen og NFOG-kongressen 16-19. juni. Det er en stor begivenhet - det er 12 år siden Norge sist hadde NFOG kongress nemlig Oslo i år 2000, og nærmere 40 år siden kongressen sist var i Bergen. Det er i skrivende stund tidlig i mai og nå rundt 550 deltakere hvorav vel 200 er norske, foruten nærmere 80 deltakere fra industrien. Erfaringsmessig er en del kolleger ute i siste liten, og forhåpentligvis ender vi opp med 6-700 deltakere. Dette er et antall vi er fornøyde med – frykten for at EBCOG-kongressen i Tallin i mai skulle stjele mange deltakere er blitt gjort til skamme. Vi har mottatt et rekordhøyt antall abstrakt, og NFOG's vitenskapelige komité melder om meget høy kvalitet. Mange gode studier må derfor presenteres som poster, og det legges derfor stor vekt på at disse får en fremtredende plass – de blir stående sentralt, under hele kongressen – og et utvalg blir tatt ut til perorale posterpresentasjoner. Posterne, de frie foredrag, de inviterte foredrag og de ni forkursene utgjør til sammen et vitenskapelig program vi i Bergenskomiteen er stolte av, og vi ser med glede fram til å møte dere i Bergen.

Vårkursen ble i år avholdt på OUS Ullevål 18-19. april, med et meget godt program som spente fra de ulike aspekter ved fedme til helseøkonomi, svangerskapskontroller og genitalt fremfall. Faget vårt er i forandring men ikke mer enn at de fleste tema er velkjente – likevel er det stadig noe nytt å lære innenfor disse kjente tema. De sosiale aspekter ble godt ivaretatt: Historisk byvandring med kursleder Kirschner gjennom det autentiske Oslo fra Vaterland over Grønland, avsluttet med servering av det mest eksotiske bydelen kan by på nemlig norske kjøttkaker, servert i det gamle barneasylet ("Asylet", selvsagt).

Vi har som kjent besluttet at vårkursene skal legges til universitetssykehusene, og vi har nå nesten gått runden: Oslo 2008, Stavanger 2009, Trondheim 2010 ("aske-møtet"), Bergen 2011 – og så altså Oslo 2012. Tromsø er på ingen måte glemt, men som arrangør av Årsmøtet i oktober hopper vi over Tromsø i både i år og neste år. I 2013 stiller kollegene i Stavanger atter en gang velvillig opp. Kollegiet er aktivt også mer lokalt, blant annet har Vestlandske gyneforening hatt møte i Rosendal 28. april og Nordnorsk forening har hatt møte på Vega 25-27. april. Gode program begge steder – det er kanskje en ide å annonsere disse bredere, og krysse grensene og bli bedre kjent med andre landsdeler. Det er et vitalt kollegium – heldigvis, ellers ville det vært trist å være leder.

Tromsø skal får dermed ro til å fokusere på et årsmøte som nå er flyttet fra sedvanlige september til slutten av oktober. Tidspunktet faller sammen med kirurgenes og anestesilegene høstmøter, av hensyn til sykehusenes drift altså kortere periode med

lavdrift. Det er pent av oss, vi er selvfølgelig lojale mot "produksjonen". Den potensielle haken med det hele er færre utstillere fra industrien – og reduserte inntekter. Om dette går dårlig får vi evaluere på nytt hva som skal vektlegges mest – foreningens eller sykehusenes økonomi, fortsatt samvær med industrien osv. Penger til side: Tromsø-programmet er langt på vei lagt og vi lover et spennende program – blant annet om medienes og ikke minst de sosiale mediens inntreden i vår arbeidshverdag. Lokal komité med Ingard Nilsen i spissen er fullt ut godkjent av Legemiddelindustrien og har lovet å ta seg av oss helt konseptgodkjent, og vil forfriske våre fattige søring-liv fullstendig uprofesjonelt. Hold av 27-29. oktober for årsmøtet i Tromsø!

Fagpolitisk er oppfølgingen av Et trygt fødetilbud stadig et meget aktuelt tema, og er omtalt et annet sted i dette nummer. NGF og legeföreningen sendte i mars ut en felles pressemelding og etterlyste helseforetakenes oppfølging av anbefalingene og påpekte spesielt mangler i Helse Nord. Dette falt ikke helt uventet ledelsen i Helse Nord tungt for brystet, og vi møtte dem i Bodø i april og fikk i alle fall luftet våre divergerende synspunkter. NGF støtter anbefalingene i Et trygt fødetilbud, samtidig som vi mener det kan være forsvarlige lokale løsninger som kan avvike noe fra anbefalingene. Dette ligger da også i anbefalingene: det skal utarbeides planer som er tilpasset hvert enkelt foretak, det skal være utviklingspregede prosesser, og ulike lokale forhold skape ulik tilpasning i den endelige utformingen av tilbudene osv. Det er laget en rekke gode planer innad i de ulike HFer. Styrets rolle er selvsagt ikke å evaluere eller etterprøve disse – det er ikke

vår rolle, og vår kompetanse til å vurdere dette overgår neppe lokal fagekspertise. Vi vil derfor nødig uttale oss (slik vi i flere tilfeller er blitt bedt om) om forsvarlighet av lokale løsninger. Derimot mener vi det er på sin plass å påpeke det dersom enkelte HF viser manglende vilje til å følge opp de planene som er lagt av fagekspertisen i det aktuelle HF, slik tilfellet var i Helse Nord, både direkte overfor aktuelle HF og overfor myndighetene som har satt kravene og som skal føre tilsyn.

NGF er en pioner i kvalitetsarbeid og står nå foran nok en større dugnad, nemlig oppdatering av Veileder i fødselshjelp. Samtlige kapitler skal gjennomgås, og evt. nye legges til. Redaksjonskomiteen har

laget en god fremdriftplan og publisering av Veileder i fødselshjelp 2013 skal skje 1. april neste år. Det oppfordres til å bidra, og til å holde de angitte fristene. Husk: arbeidet er lærerikt, det er en ære og tillitserklæring å bli spurt, og er du av de heldige vær da stolt og glad og si ja!

NPE og NGF har hatt et fruktbart samarbeid, og skadesakene i fødselshjelpen har gitt oss mye verdifull erfaring. Lærdommen fra disse er også en del av fundamentet for Et trygt fødetilbud. Det går en direkte linje fra fokus på kvalitetsarbeid, til å være en viktig premissleverandør for viktige fagpolitiske avgjørelser. Vårt samarbeid med NPE vil fortsette – og til høsten vil vi sammen med NPE finne ut

hvordan vi kan få ut erfaring fra skadesakene innen gynekologi.

Kvalitetsregistrene er også viktige. NUGG er veietablert og er blitt Norsk kvinnelig Inkontinensregister (NKIR), har god oppslutning og leverer gode data. Laparoskopiregisteret har søknad inne i departementet og blir forhåpentligvis godkjent som Norsk gynekologisk Endoskopiregister (NGER).

Et samstemt styre ønsker dere alle en riktig fredelig sommer. Husk å sende inn abstrakt før 25. august og melde dere på Årsmøtet i Tromsø!



Årsmøtet i Norsk gynekologisk forening 2012

Medlemmer som ønsker saker satt på dagsorden til **GENERALFORSAMLINGEN** fredag 26. oktober 2012 bes melde disse til styret så snart som mulig og senest innen fire uker før årsmøtet.

Norsk gynekologisk forenings
HEDERSPRIS og FORSKNINGSPRISEN
utlyses på senere tidspunkt.

Det oppfordres til å følge med på NGF's hjemmesider
www.legeforeningen.no/ngf



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

ACTA 90 år

- Intervju med sjefsredaktør Reynir Tómas Geirsson

- Kan du fortelle litt om ACTA sin historie? Tidsskriftet er 90 år i år.

- AOGS, eller "ACTA" ble etablert i 1921 og det betyr at det har eksistert i hele 91 år. Helt fra starten av har det vært redaktører, eller "samarbeidspartnere", fra hele Norden (unntatt Island, landet hadde sterke forbindelser med Danmark og ingen fødselslege da). Med unntak av et par år under annen verdenskrig var det, om enn litt sporadisk, utgivelser hvert år. Etter annen verdenskrig ble arbeidet med tidsskriftet

gjenopptatt med større iver og det førte til at systemet med sjefsredaktør og nordiske redaktører etter hvert kom på plass. I de siste 30 årene har det for hvert nordisk land vært ansatt en sjefsredaktør og tre assisterende redaktører og i tillegg er det noen internasjonale redaktører. En norsk sjefsredaktør verdt å nevne er Per Bergsjø, som arbeidet med tidsskriftet i over 30 år. Han sto for mye av gjenopplivingsarbeidet på 90-tallet og frem til i dag. Tidsskriftets påvirkningsfaktor har i perioder vært temmelig lav og hatt ulik kvalitet, men i løpet av de siste årene har kvaliteten steget og nærmer seg nå den magiske 2.0 grensen som er påkrevd av mange nordiske universiteter. Kvaliteten på artikler som er blitt sendt oss og akseptert har økt betraktelig den siste tiden. Det er lagt stor vekt på gode artikler, ikke minst av nordisk opprinnelse, standarden er nå hevet til internasjonalt publiseringsstandard og engelsknivået er høyt. Blant fødsels- og gynekologitidsskrifter i Europa blir ACTA nå regnet som en god nr. to i Europa etter BJOG, og vi planlegger nå et samarbeid med den australsk-newzealandske (ANZJOG) og det japansk-asiatiske (JOG) tidsskriftet for å styrke kvaliteten ytterligere. På trappene ligger det også an til en oppgradering av

elektroniske utgivelser, med apps og varsler, pressemeldinger, etc, dette for å henge med på den moderne utviklingen.

- Hvilken betydning har tidsskriftet i dag, og hvordan ser du på utviklingen fremover?

- Tidsskriftet er en nødvendighet for nordisk obstetrik og gynekologi. Uten det ville vi ikke fått de samme mulighetene til å publisere forskningsmateriale fra våre nordiske lands institusjoner. Uten ACTA ville vi heller ikke fått den samme muligheten til å vise forskning som gjøres i våre land i Norden. Vi er 28 millioner mennesker i Norden, og et internasjonalt tidsskrift som støtter opp under våre 4500 fødselsleger og gynekologer er en nødvendighet. For våre 17 universiteter med medisinske fakultet, utallige universitets- og undervisningssykehus, distriktssykehus, annen universitetsutdannelse og noen private institusjoner, er et slikt tidsskrift noe vi ikke kan være foruten. Som nummer to etter BJOG høster vi helt klart respekt og blir lagt merke til. Med en internasjonal leserskare og med elektroniske databaser som gjør at alle artikler blir omtrent like synlige, slik som PubMed, burde det



Sjefsredaktør Reynir Tómas Geirsson

egentlig ikke være så viktig hvor artiklene blir publisert. Når det er nevnt har ACTA en "nordisk vri". Det legges en viss vekt på forskning som stammer fra våre land og vi prøver også å hjelpe nordiske forfattere med å få deres arbeid publisert. Det er dette som gjør at noe av forskningen som vi publiserer får økt merverdi. Tidligere, når vi ikke hadde så høy påvirkningsfaktor i markedet og leserinteressen ikke var så høy, hadde vi av den grunn dårligere kvalitet på artiklene våre. Vi opplevde å være valg nr. to eller tre for en avhandling. Vi fikk for eksempel avslag fra BJOG, AJOG eller Obstetrics and Gynecology og det ble publisert for mange artikler fra land som Tyrkia eller Kina, noen av heller ymse kvalitet og med lite relevans. Nå gjør redaktørene alt for å unngå dette (vi avviser 75-80% av artiklene som vi mottar) og mye arbeid legges i å få godt lesestoff. Det at vi nå befinner oss over 2.0 på påvirkningsfaktoren betyr at vi burde motta like gode artikler fremover også. Oversettelsesartikler har også høy prioritet og vi mottar stadig flere og av bedre kvalitet enn tidligere. Her følger vi godt med på den internasjonale utviklingen. Vi har gode forbindelser med noen høyt rangerte grupper som arbeider innenfor bransjen med artikkel anmeldelser. Vi legger vekt på å øke mangfoldet og er interessert i å få mer ut av det nordiske arbeidet med retningslinjer, vi ønsker å øke antall utgivelser pr. år og få med kommentarer på artikler så vel som vitenskapelige nyheter. Forfattere må samtidig forstå at kvaliteten på arbeidet som utgis avhenger av hva som mottas. Er materialet velfundert og godt skrevet, vil det være enklere for redaktørene å håndtere. For å være helt ærlig mottar vi ofte fra de nordiske landene artikler som er dårlig skrevet og av lav kvalitet, noe som fører til at forfatterne blir skuffet og frustrert og vi blir sterkt forsinket i utgivelsesprosessen. Nå mottar vi 1000-1100 innleveringer i året, en fordobling i forhold til noen få år siden. Alt dette fører til en stor arbeidsmengde og kan være vanskelig å håndtere, spesielt hvis forfatterne, ikke minst de nordiske, har forventninger om at det er akkurat deres artikkel vi har sittet og ventet på!

- Hvilken betydning har tidsskriftet hatt for nordisk gynekologi og obstetrik?

- Det har vært viktig for nordisk obstetrik og gynekologi å ha et eget tidsskrift for publisering av forskningsmateriale fra våre land. Dette var spesielt viktig for noen år tilbake, men fra 1980 og opp til 2000 så avtok dette behovet. Verden er imidlertid i endring, og nå som vi ser mye mer konkurranse fra andre deler av verden, ønsker vi å gjøre det nordiske arbeidet mer synlig gjennom tidsskriftet. Vi trenger et respektert forum der vi kan være aktive på den internasjonale arena, der vi kan være på høyde med de britiske og amerikanske tidsskriftene, være i konkurranse med (og overgå) tidsskrifter på nett, og samtidig eksistere side om side med andre spesialiserte tidsskrifter.

- Hvilke visjoner har du selv for tidsskriftet, og hvilke utfordringer står man overfor?

- Jeg ønsker i større grad å se et klinisk orientert tidsskrift som nordiske lesere ønsker å åpne og titte i, både på nett og i print. Et tidsskrift der forsiden kan fremkalle et smil hos leserne og inspirere til noen tanker om livet og der innholdet kan få frem noen nye ideer og styrke gamle sannheter. Jeg ønsker også å se et tidsskrift som publiserer artikler som blir sitert og får internasjonal oppmerksomhet, noe som igjen fører til at forfatterne mener de får belønning for arbeidet de gjør. Våre største utfordringer ligger i å få økt oppmerksomhetsgraden og få vist frem gode kvalitetsartikler fra Norden og andre deler av verden. Videre er det en utfordring at vi konkurrerer med andre nye lett tilgjengelige publikasjoner (noen av bra kvalitet, andre ikke) og vi har utfordringer foran oss som for eksempel elektronisk publisering og å følge med på den elektroniske kommunikasjonsutviklingen.

- Hvordan kan medlemmer i Norsk Gynekologisk Forening være med på å gjøre tidsskriftet enda bedre/høyne impact-faktoren?

- Når det gjelder NGFs medlemmer, våre norske kolleger, håper jeg at langt flere



av de gode artiklene havner hos ACTA. Vi ønsker å være valg nummer én og i hvert fall valg nummer to når det gjelder klinisk forskningspublisering. Vi vet at de aller beste artiklene alltid vil havne hos publikasjoner som BMJ, New England Journal of Medicine, Lancet, Cell, Nature, osv., men vi har sterke ambisjoner om å være et godt alternativ til BJOG og AJOG, EJOGRB, BMC Pregnancy and Childbirth og Obstetrics and Gynecology. Vi ønsker å motta flere artikler fra norske registre, som den Norsk Medisinske Fødselsregister, rett og slett fordi de er av god kvalitet. Hvis norske kolleger åpner og lesertidsskriftet og snakker om innholdet på arbeidsplassen sin, så er dette utmerket og et hovedmål for meg.

- Vi ser frem til å både se og høre deg ved årsmøtet til NGF i Tromsø i oktober. Hvilke forventninger har du til årsmøtet?

- Jeg gleder meg til nok en gang å dra til Tromsø, til å se Kvæningen igjen og møte noen av mine slektninger. Fremfor alt er det viktigste for meg å se og møte kolleger på NGF-møtet, få anledning til å snakke med dem, møte noen jeg ikke kjenner fra før (ikke minst yngre og fremtidige kolleger), ta del på møtene og i diskusjonene, få utarbeidet artikler for tidsskriftet, og ikke minst forsterke mine bånd til norske kolleger.

Oversatt fra engelsk av Helen Gaunt Sande

- Ingrid Borthen
- Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus

Kvinner med epilepsi

Det er nylig kommet et doktorgradsarbeid fra Universitetet i Bergen som ser på risiko for komplikasjoner hos kvinner med epilepsi. Arbeidet er utført av overlege Ingrid Borthen, Kvinneklinikken i Bergen, i samarbeid med overlege Martha Gunn Eide, også Kvinneklinikken i Bergen, professor Anne Kjersti Daltveit ved Medisinsk Fødselsregister og professor Nils Erik Gilhus ved nevrologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus. Prosjektet har hatt støtte fra Norsk Forskningsråd via NevroNor. Forskningsgruppen har undersøkt hvordan bruk av epilepsimedisin påvirker svangerskapet.

Epilepsi er en nevrologisk sykdom som affiserer kvinner og menn i like stor grad og i alle aldersgrupper. Insidensen av epilepsi er høy i de tidlige barneår, minker gjennom barndommen, forblir stabil i ungdomstiden og vokser igjen i voksen alder, for så å stige i alderdommen. Den årlige insidens i Norge er ca 50 pr 100 000. Studier har vist en prevalens av

epilepsi hos gravide på mellom 0.3-0.7% og i denne studien var den 0.5%. Dette fører til at det er en av de hyppigste nevrologiske sykdommer i obstetrisk praksis.

De fleste som har sykdommen, blir symptomfrie med epilepsimedisiner. Men svangerskap hos kvinner med epilepsi representerer en øket risiko for komplikasjoner, øket risiko for epileptiske anfall og en øket risiko for misdannelser hos barnet. Den potensielt skadelige effekten på fosteret vil være en utfordring. Hovedgrunnen for å behandle epilepsi pasienter med antepileptika, er at anfallene kan være skadelige, så også for gravide. Pasienter med epilepsi har en øket risiko for hodeskader og andre små skader oppstått under anfall og de har også en høyere dødelighet sammenlignet med normalbefolkningen. Dette er ofte relatert til årsaken til epilepsi, men også til suicid, trafikkuhell og plutselig uforklarlig død. I Storbritannia fant man i perioden 2006-2008 14 dødsfall hos gravide relatert til epilepsi hvorav ni ble klassifisert som plutselig

uventet dødsfall. Anfallene kan også skade fosteret. Anfall av generalisert type kan føre til lactoacidose som kan påvirke fosteret og gi bradykardi. Andre epilepsianfall skader sjelden fosteret. Kvinner med epilepsi bør ha kontroll over sykdommen før de blir gravide. Studier viser at kvinner som ikke har hatt anfall det siste året før svangerskapet starter, har en 50-70% redusert risiko for anfall i svangerskapet. I en studie fra det Europeiske register for svangerskap hos epilepsipasienter (EURAP) er det vist at nesten 60% er anfallsfrie i svangerskapet og ca 17% ble verre under svangerskapet. I denne studien visste man ikke noe om tilstanden før svangerskapet. Det har imidlertid vært usikkert om medisinbruk hos gravide gir komplikasjoner hos mor under svangerskapet og i hvilken grad det skader fosteret.

Forskningsgruppen har analysert data fra Medisinsk fødselsregister. I perioden 1999-2005 var det rundt 362 000 svangerskap hos kvinner som aldri har hatt epilepsi. Hos kvinner som har eller har hatt en historie



Ingrid Borthen. Foto : Sissel Herdlevær - UiB

med epilepsi, var det ca. 2800 svangerskap, og omtrent en tredjedel av disse brukte epilepsimedisiner.

Borthen har også hatt tilgang til opplysninger fra sykehusjournaler til fødende ved Haukeland universitetssjukehus.

De fant at disse kvinnene stort sett har normale svangerskap og fødsler. Imidlertid ble det funnet at de som bruker antiepileptika har en noe økt risiko for preeklampsi, hypertensjon og for tidlig fødsel sammenlignet med kvinner uten epilepsi. De har også en øket risiko for blødninger postpartum, og barna er noe mindre enn barn av friske mødre. Det ble ikke funnet noen annen årsak til den økete risiko enn bruk av antiepileptika.

Risiko for barnet

Aktiv epilepsi (gjentatte anfall) nødvendiggjør kontinuerlig behandling i svangerskapet. Man må derfor avveie den potensielle risikoen for misdannelser hos fosteret mot risikoen for anfall i svangerskapet. Det er derfor viktig å

finne det medikamentet som gir anfallsfrihet ved lavest mulig dose og unngå polyterapi og unødvendig medikamentell behandling. Det er derfor viktig at kvinner med epilepsi får tilbud om en prekonsepsjonell samtale hos nevrolog for å planlegge svangerskapet og medikamentbruk i forbindelse med dette. Det er også viktig at disse kvinnene får veiledning om bruk av folat før og i svangerskapet. Dosen man bør bruke er under diskusjon og foreløpig anbefaler man 4 mg til kvinner som bruker enzyminducerende medikamenter, 0.4mg til alle andre.

Det er liten kunnskap om de nyere epilepsimedisinene som er kommet på markedet de senere år. Det best undersøkte medikamentet er lamotrigin. Man vet i dag at valproat gir en øket risiko for misdannelser og i noe mindre grad karbamazepine og lamotrigine. Denne økete risiko ser ut til å være doseavhengig, jo lavere dose, jo færre misdannelser. Valproat gir også senvirkninger hos barna i form av nedsatt læring og nevrologisk utvikling. Lamotrigin

er det preparat som ser ut til å gi færrest misdannelser av de best undersøkte preparatene, men disse nye studiene kan gi mistanke om at dette preparatet gir øket risiko for komplikasjoner hos mor. Men vi trenger flere studier for å avklare dette, sier Borthen. Det er derfor viktig at man diskuterer type medikament allerede hos unge kvinner før de planlegger graviditetene sine.

Konklusjonen er at kvinner med epilepsi stort sett har normale svangerskap og fødsler, men de har en øket risiko for komplikasjoner i svangerskapet og en øket risiko for medfødte misdannelser. De bør derfor tilbys en antikonsepsjonell samtale hos nevrolog og en tidlig ultralyd for å avdekke medfødte misdannelser. De bør også følges med jevnlige kontroller hos nevrolog og noen kontroller hos spesialist i gynekologi og obstetikk for å avdekke vekstretardasjon hos fosteret. Man bør også være observant på utvikling av pre-eklampsi og gestasjonell hypertensjon hos disse kvinnene.

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.vitaflo.no



kun 1 kapsel/døgn

Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Vitaflors nettbutikk, www.vitaflo.no


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Cancerrisk hos kvinner med endometriosis

- Endometriosis øker risiken for ovarialcancer

En delegasjon av norske gynekologer reiste til Stockholm 20. april. Der møtte de nordiske kollegaer i de flotte lokalene til Läkärföreningen. Anledningen var Bayer Forum 2012. Møtet var viet temaene Endometriose og Alzheimer. Programmet gikk over to dager, det var tettepakket og svært godt sammensatt. Møtedeltagerne fikk høre det ene gode foredraget etter det andre.

En av foreleserne var Anna-Sofia Melin. Hun forsvarte i 2010 sin doktoravhandling "The risk of malignancy in woman with endometriosis" fra det Karolinska Institutet. Hun holdt et spennende foredrag om endometriose og sammenhengen med økt risiko for cancer - ikke bare for ovarialcancer men også for en rekke andre cancertyper. Redaksjonen i Gynekologen snakket med henne etter foredraget og Anna-Sofia Melin var så vennlig å presentere sitt arbeide for oss.

Anne Cecilie Hallquist

Bakgrund

Endometriosis är en av de vanligaste gynekologiska sjukdomarna och drabbar ca 10 % av alla kvinnor i fertil ålder. Det är en kronisk, inflammatorisk, östrogenberoende sjukdom som orsakas av att avstött endometrium växer fast på peritoneum eller på andra organ utanför själva uterus. Sjukdomen ger som främsta symptom smärtor vid menstruation, ägglossning och samlag men är också en vanlig orsak till infertilitet.

Endometriosis betraktas som en godartad sjukdom men har många egenskaper gemensamt med cancer. Ända sedan 1920-talet har det förekommit flera rapporter om endometriosis och cancer som uppstått på samma plats. Man uppskattar att vid ovarialendometriosis utvecklas cancer i 0,7-5,0 % av fallen.

Epidemiologiska studier har visat en ökad risk för bl a bröstcancer, ovarialcancer, non-Hodgkin's lymfom, malignt melanom och thyroidea cancer hos kvinnor med endometriosis.

Syfte

Syftet med denna avhandling var att studera sambandet mellan endometriosis och cancer. Vi ville studera om kvinnor med endometriosis har en ökad risk att insjukna i en cancersjukdom jämfört med Sveriges kvinnliga befolkning i övrigt, undersöka hur barnafödande påverkar risiken att utveckla en cancersjukdom hos kvinnor med endometriosis, studera om kvinnor med endometriosis har en bättre eller sämre överlevnad i en cancersjukdom jämfört med andra kvinnor och slutligen studera om den hormonella eller kirurgiska behandlingen av endometriosis ökar eller minskar risiken att insjukna i ovarialcancer.

Metod

Samtliga studier i denna avhandling baseras på data från de stora befolkningsbaserade register som finns att tillgå i Sverige som tex Cancerregistret, Patientregistret, Dödsorsaksregistret och Fler-generationsregistret. Endast de kvinnor diagnostiserade med endometriosis i slutenvård och på offentligt sjukhus är inkluderade. I det sista delarbetet använde vi också medicinska journaler för att få information om behandling.

Delarbete 1

I denna kohortstudie ingick 64 492 kvinnor som vårdats på sjukhus för första gången med diagnosen endometrios mellan åren 1969 och 2000. Dessa kvinnors risk att insjukna i cancer jämfördes med risken för Sveriges hela kvinnliga befolkning. Studien visade att kvinnor med endometrios har en ökad risk för ovarialcancer (SIR 1.43, 95 % CI 1.19–1.71), endokrina tumörer (SIR 1.36, 95 % CI 1.15–1.61), non-Hodgkin's lymfom (SIR 1.24, 95 % CI 1.02–1.49) och hjärntumörer (SIR 1.22, 95 % CI 1.04–1.41). Om kvinnan hade endometrios i ovarierna, hade fått endometriosdiagnosen före 30 års ålder eller haft endometrios i mer än tio års tid ökade risken för ovarialcancer ytterligare (SIR 1.77, 2.01 och 2.23). Kvinnor med endometrios insjuknade också tidigare i livet i ovarialcancer än andra kvinnor och att operera bort livmodern verkade vara förknippat med en minskad risk för att drabbas av ovarialcancer.

Delarbete 2

Här ville vi studera betydelsen av paritet och cancerrisk hos kvinnor med endometrios. Studien inkluderade 63 630 kvinnor som vårdats på sjukhus för första gången med diagnosen endometrios mellan åren 1969 och 2002. Från Fler-generationsregistret hämtades information om antal födda barn och ålder vid första barnets födelse. Studien visade att kvinnor med endometrios har en ökad risk för endokrina tumörer, ovarialcancer, njurcancer, thyroideacancer, hjärntumörer, malignt melanom och bröstcancer. Det fanns inga skillnader i risken att insjukna i en cancersjukdom mellan de kvinnor som ej fött barn jämfört med de som fött barn för någon av de cancerformer

som studerades. Den ökade risken att drabbas av ovarialcancer kvarstod även efter att vi kontrollerat för barnafödande.

Delarbete 3

I den tredje kohortstudien tittade vi på endometriossjukdomens effekt på överlevnaden efter en cancerdiagnos. I studien ingick 4 278 kvinnor med endometrios och en cancerdiagnos och 41 831 kvinnor med en cancerdiagnos men inte endometrios. Studien visade bättre överlevnad för kvinnor med endometrios när det gällde alla cancerformer tillsammans (HR 0.92, 95 % CI 0.86-0.98), men också separat för bröstcancer (HR 0.86, 95 % CI 0.75-0.97) och för kvinnor diagnostiserade med ovarialcancer efter 54 års ålder (HR 0.62, 95 % CI 0.44-0.88). När det gällde malignt melanom hade kvinnor med endometrios en sämre prognos än andra kvinnor (HR 1.52, 95 % CI 1.02-2.27).

Delarbete 4

I denna fall-kontroll studie undersöktes om kirurgisk eller hormonell behandling av endometrios kan öka eller minska risken att insjukna i ovarialcancer. 220 kvinnor med endometrios och ovarialcancer (fall) och 416 kvinnor med enbart endometrios (kontroller) ingick i studien. Information om medicinsk och kirurgisk behandling av endometriossjukdomen hämtades från sjukhusjournaler. Studien visade att risken för ovarialcancer minskade dramatiskt om man avlägsnat all synlig endometrios kirurgiskt (OR 0.30, 95 % CI 0.12-0.74)

eller om den sjuka äggstocken tagits bort i samband med endometrioperationen (OR 0.19, 95 % CI 0.08-0.46). När det gällde den medicinska behandlingen fanns endast ett antytt samband mellan antal månader man använt danocrine och ovarialcancer med ökad cancerrisk ju fler månader man använt detta preparat. När det gällde p-piller, gestagen behandling och behandling med GnRH-analog kunde inga ökade risker eller skyddande effekt påvisas.

Slutsatser

- Kvinnor med endometrios har en ökad risk för flera cancerformer, ffa ovarialcancer. Risken att insjukna i ovarialcancer ökar ytterligare om kvinnan har endometrios i ovariet, insjuknar i endometrios i unga år eller har haft endometrios i minst 10 år. Att operera bort livmodern kan ha en skyddande effekt mot ovarialcancer.
- Den ökade risken för cancer är inte relaterad till minskat barnafödande.
- Kvinnor med endometrios har en bättre prognos efter att ha fått en cancerdiagnos jämfört med andra kvinnor utan endometrios, ffa vid bröstcancer och ovarialcancer. Vid malignt melanom är prognosen sämre för kvinnor med endometrios jämfört med andra kvinnor.
- Risken att insjukna i ovarialcancer minskas kraftigt om all synlig endometrios avlägsnas kirurgiskt, inklusive om ena äggstocken opereras bort.

Delarbeten

1. Melin A, Sparén P, Persson I and Bergqvist A. Endometriosis and the risk of cancer with special emphasis on ovarian cancer. *Hum Reprod.* 2006 21(5):1237-42.
2. Melin A, Sparén P and Bergqvist A. The risk of cancer and the role of parity among women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2007 22(11):3021-6.
3. Melin A, Lundholm C, Malki N, Swahn M-L, Sparén P and Bergqvist A. Endometriosis as a prognostic factor for cancer survival. *Int. J. Cancer* 2011 129(4):948-55
4. Melin A, Lundholm C, Malki N, Swahn M-L, Sparén P and Bergqvist A. Hormonal and surgical treatments for endometriosis and risk of ovarian cancer. Submitted

Länk till hela avhandlingen: <http://diss.kib.ki.se/2010/978-91-7409-843-3/>

Förkortningar

SIR	=	Standardized Incidence Ratios
HR	=	Hazard Ratios
OR	=	Odds Ratios
CI	=	Confidence Interval

- Siri Strand Pedersen
- Gyn avd , Klinikk Hammerfest
- siri.strand.pedersen@helse-finnmark.no

Jordmor Saras arbeid over 42 år

Hammerfest sykehus – den Norges nordligste fødeplass- tar imot ca 500 fødsler i året. De har en sammensatt befolkningsgruppe med samer og andre nordmenn. Dette var utgangspunktet for at den belgiske fotografen/ forfatter fattet interesse for vår lille, men store, klinikk her øverst på Europakartet.

Lieve B. (belgisk forfatter) har en plan om å skrive bok – triologi – om Fødsel , giftemål og død fra forskjellige deler av verden . Jeg ble utvalgt til å assistere litt når språkbarrieren skulle overvinnnes, og slik kom det til at vi slo av en prat med Jordmor Sara fra Kautokeino.

Sara K. Hætta, også kalt Jordmor Sara, har gjennom 42 år vært jordmor i Norges største jordmordistrikt ; Kautokeino – 9704 km² i utsteking. Hun har nå skrevet en bok hvor hun skildrer sin oppvekst, utdanning og gode historier fra hennes lange virke som jordmor.

Dette har hun gjort fordi hun mener det er en viktig del av historien. Den medisinske verden forandrer seg så fort – og hun vil ikke at vi skal glemme. Hun mener at



Jordmor Sara.

forandringen er stort sett til det gode , det er tryggere både for mor og barn i dag .

Sara vokste opp som eldst av 11 søsken. Født i 1925 vokste hun opp i Kautokeino og opplevde nedbrenningen av Finnmark og ”fornorskningen”. Hennes ønske om videre utdanning møtte blandede tilbakemeldinger hos foreldrene - far mente hun skulle være hjemme å hjelpe til . Men ønske om å utdanne seg til jordmor var sterkt ” det lå i blodet, min oldemor var jordmor, og det ble nok vekket til live når jeg som ung jente tok imot barn hos nabokonen.”

Hun reiste til Oslo for å starte på jordmorskolen desember – 47. Her var det lange travle dager med arbeid som inkluderte stelle og mate barn, sengestell, vask /sterilisering - 12 timers dager , vakt 3 netter i uken og fri hver 3. søndag samt tre dagers sommerferie.

Husly og arbeidstøy ble dekket av skolen – ”mor og far sendte penger ettersom de hadde råd – dette gikk til syketrygd , skolebøker og fritidsaktiviteter.” Etter et år – var det en selektering om hvem som gikk videre – Sara fikk plass!

I sitt andre år på jordmorskolen lærer de å håndtere blant annet om fortidlig fødte, asfyksi, barn med spiseproblemer (kutte tungebånd), immunisering (blodtransfusjon), eklamsi og preklamsi. Forløsning med tang (høy og lav!) og sete forløsninger. Hygiene var viktig for ikke å få feber. ”Vi tok imot ca 50 barn hver under skoleåret.”

Etter eksamen jobbet hun som vikar i ett år i Oslo før hun reiste hjem til Finnmarka for å starte sitt virke.

Hun jobbet blant samene på vidda der legene ikke fantes på mange mils avstand. Frem til de fødende tok hun seg til fots, med hest og slede, kjørerain, sykkel, bil og lastebil, båt, skuter og fly. Vakt døgnet rundt, 356 dager i året.

– Vær og vind stoppet meg aldri, men en viste ikke alltid når man kom frem.

I jordmorveska hadde hun det meste av hva en kan i dag finne på et sykehus; jordmorstetoskop, nåler, catgut tråd, kanyler, pinsetter, saks, navleklemme. – dette ble oppbevart i en glassfalske med formalintabletter. Medisner; Laspis til barnas øyne, Kvitaminer , smertestillende og



blødnings- hemmende , mageregulerende, rie- vekkende . BT apparater, målebånd og vekt. Urinkateter, nesesug samt en rekke hygiene -produkter.

Det var alltid en varm velkomst og familiene stelte alltid godt med jordmoren. Jeg må si det var trivelig og sosialt å komme hjem til familier fordi en ble kjent med, ikke bare den fødende, men og også familien og resten av menneskene i grenden.

– Jeg visste sjelden mye om helsetilstanden til den fødende, men generelt må jeg si at fjellets døtre var særdeles friske, og de fødte også lettere enn norske kvinner. De var fysisk friske fordi de var mye ute i frisk luft og beveget seg, og dette pga boformen deres i telt og gammer. Same-kvinnene var rolige og tålmodige under fødselen.

– Med glede og kjærlighet ble barnet tatt imot av foreldrene. Jeg brukte å undres over at de tok imot det tiende barnet med samme glede som det første. De sa at hvert barn var født med sin egen lykke.

Det var en æresak for samiske kvinner å føde uten å rope og skrike.

Hun har også hørt historier om hvordan samene løste kompliserte fødsler med likestand der jordmor eller lege ikke var tilgjengelig.

Der kvinnen hadde vært syk i flere døgn uten fødsel tok de et grene (teppe) og surret den

fødende inn. Deretter tok to sterke menn kvinnen i føttene – og ristet henne opp og ned ganske hardt. Når så la henne ned igjen, kom barnet som oftest ganske raskt.

Barneseng

Komse er en uthulet båt-formet trestamme trekt med reinsskinn på utsiden og pyntet med kledestimler. Over ansiktet var der band (flettet; forskjellig for gutter og jenter.) som beskyttet ansiktet til barnet. Madrassen ble laget av torv , og kledd med skinn.

Her hadde barnet der godt og varmt.

Sara har også vært vikar på sykehuset her i Hammerfest og i Alta. I tillegg til dette har hun vært aktiv i politikken. For sin innsats har hun fått Kongens fortjenestemedalje.

I dag, 87 år gammel, er hun fortsatt begeistret; Småbarnsskrik er for meg den fineste musikk. Det er det beste jeg ser på TV; nyfødte barn . Selv har jeg fått tatt imot nærmere 3000 barn.

Artikkelen er basert på samtale med Jordmor Sara og hennes bok (med Saras tillatelse) ” Jordmord Saras arbeid – 42 år i sameland”. Hun fikk kommunens kulturpris tidligere i år. Prisen fylte 87 år i mars, og det er en stor kulturskatt som Jordmor-Sara, som hun kalles på folkemunne, har gitt til det samiske folket via sitt liv.

VAGINALINNLEGG 7,5 µg/24 timer:

Hvert vaginalinnlegg inneh.: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 2 mg.

Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til og etter menopaussen, eller etter ovarieektomi.

Dosering: Ringen presses til oval form og føres dypt inn i øvre tredjedel av skjeden, og bæres kontinuerlig i 3 måneder før deretter å erstattes av en ny ring. Maks. anbefalt sammenhengende behandlingstid er 2 år. Ved etablert amenoré eller ved lange intervaller mellom menstruasjonene kan behandlingen startes når som helst. Ved overgang fra syklisk eller kontinuerligsevensielt preparat, bør syklus fullføres. Estringsettes inn etter en seponeringsblødning. Kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Genitalblødning av ukjent årsak. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller nåværende venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisme (f.eks. angina eller hjerteinfarkt). Akutt eller tidligere påvist leversykdom hvor leverfunksjonsverdier fortsatt er unormale. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Hormonsubstitusjonsbehandling av postmenopausale symptomer bør kun initieres hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. I alle tilfeller bør nytte/risiko vurderes grundig minst én gang pr. år. Behandlingen bør kun fortsette så lenge fordelene oppveier mulig risiko. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og nøye klinisk undersøkelse (inkl. blodtrykk, bryst, mage og underliv, inkl. livmorhalsprøve) bør foretas. Regelmessige kontroller anbefales under behandlingen. Pasienten må informeres om å oppsøke lege ved forandringer i brystene. Undersøkelser, inkl. mammografi bør foretas iht. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller er blitt forverret under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges opp nøye: Leiomyomer (uterine fibroider) eller endometriose, tidligere tilfeller eller risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus, gallestesykdom, migrene eller alvorlig hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Pga. lokal administrering med jevn frigjøring av små doser antas sannsynlighet for og ev. alvorlighetsgrad av ovennevnte forhold å være mindre enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Ikterus eller forverring av leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migrene lignende hodepine og graviditet. Ved tegn eller symptomer på vaginal irritasjon bør lege informeres. Kvinner med unormal utflod, vaginal ubehag eller vaginal blødning bør undersøkes nøye for å utelukke sårdannelse, infeksjon eller ikke-responderende atrofisk vaginit. Behandling bør seponeres ved tegn til sårdannelse eller alvorlig inflammasjon pga. ikke-responderende atrofisk vaginit, og ved alvorlig ubehag grunnet innlegget eller unormal bevegelse av dette. Ved vaginal infeksjon bør fjerning av innlegget vurderes ved samtidig bruk av andre vaginale preparater. Forekomsten av tilstandene nevnt under er lavere ved lokal vaginal østrogenutførsel enn ved systemisk østrogenbehandling. Endometriehyperplasi og endometriekreft: Kvinner med intakt uterus bør følges nøye med henblikk på tegn til endometriehyperplasi eller -kreft. Undersøkelser bør utføres før behandlingsstart med østrogen for å utelukke malignitet ved vedvarende eller tilbakevendende unormale vaginalblødninger. Lokal behandling induserer ikke endometrieproliferasjon, og tillegg av gestagen anbefales ikke. Gjennombrudds- og sporblødninger kan forekomme de første behandlingsmånedene. Deres slike oppstår etter en tids behandling eller vedvarer etter opphør av behandlingen, bør årsaken til blødningene utredes, ev. ved endometriebiopsi for å utelukke malignitet. Østrogenstimulering alene kan føre til pre-maligne eller maligne endringer i gjenværende endometriosevev. Ved kjent gjenværende endometriosevev bør tilskudd av gestagen vurderes hos kvinner som er hysterektomert pga. endometriose. Brystkreft: Systemisk østrogenterapi kan øke risikoen for brystkreft. Relativ risiko er større når et gestagen er tillagt enten sevensielt eller kontinuerlig, og uavhengig av type gestagen. Ovariekreft: Langtidsbehandling (5-10 år) med østrogen substitusjon alene hos hysterektomerte kvinner er assosiert med økt risiko for ovariekreft.

Det er usikkert om dette også gjelder ved langvarig kombinasjonsbehandling. Kardiovaskulær sykdom: Langvarig bruk av østrogen, med eller uten tilskudd av gestagen, kan gi en økt risiko for kardiovaskulære hendelser som hjerte- infarkt, koronar hjertesykdom, hjerneslag eller venøs tromboembolisme (VTE). Det er vist økt risiko for iskemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogen og medroksyprogesteronacetat, men det er ukjent om dette også gjelder østrogenbehandling alene. Systemisk østrogen terapi er forbundet med en høyere relativ risiko for å utvikle dyp venetrombose (DVT) eller lungeemboli. Pasienter som tidligere har hatt VTE eller kjent trombofili har en økt risiko for VTE. Ved forventet langvarig immobilisering etter planlagt kirurgi, bør det vurderes å seponere østrogenbehandlingen midlertidig 4-6 uker før inngrepet. Behandlingen bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobilisert. Østrogen kan forårsake væskeretensjon. Pasienter med nedsatt hjerte- eller nyrefunksjon bør overvåkes nøye. Kvinner med terminal nyresvikt bør følges nøye da det forventes at sirkulerende mengde østradiol vil øke. Kvinner med tidligere hypertriglyseridemi bør følges nøye under hormonsubstitusjonsbehandling da sjeldne tilfeller av pankreatitt som skyldes kraftig økning av plasmatriglyserider er rapportert.

Graviditet/Amming: Skal ikke brukes ved graviditet eller amming.

Bivirkninger: Svært vanlige (μ 1/10): Kjønnsorganer/bryst: Leukoré. Vanlige (μ 1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerte, kvalme. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Kløe. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, sinusitt. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal blødning, vaginal irritasjon/ubehag, vaginit, genital candidiasis, urogenital kløe, brystsymptomer (inkl. brystspenning, brystforstørrelse, brystsmerte). Muskelskjelettsystemet: Arthropati (inkl. artralgi, artritt og artrose), ryggsmerte. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Insomnia. Øvrige: Influensalignende symptomer. Mindre vanlige (μ 1/1000 til <1/100): Kjønnsorganer/bryst: Trykkfølelse i vagina, sår i vaginalslimhinnen. Øvrige: Væskeretensjon. Seponeringsblødninger kan forekomme. Andre bivirkninger rapportert i sammenheng med østrogen/gestagenbehandling: Østrogenavhengige neoplasmer, benigne og maligne, f.eks. endometriekreft, venøs tromboembolisme, dvs. dyp venetrombose i ben eller bekken og lungeemboli, hjerteinfarkt og hjerneslag, gallegeissykdom, sykdommer i hud og underhudsevev: Kloasme, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura og muligens demens.

Overdosering/Forgiftning: Usannsynlig på grunn av utforming og administreringsmåte. Se Giftoinformasjonens anbefalinger for østrogen G03C side 60 d i Felleskatalogen 2011.

Egenskaper: Klassifisering: Syntetisk 17- μ østradiol kjemisk og biologisk identisk med humant østradiol. Vaginalinnlegget frigjør små mengder 17- μ østradiol over en periode på 3 måneder. Full effekt oppnås etter 2-3 uker. Kun til behandling av urogenitale plager som skyldes østrogenmangel. Virkningsmekanisme: Erstatte manglende eller synkende endogen østradiolproduksjon under og etter menopaussen, og har effekt på urogenitale symptomer og tegn på østrogenmangel. Gjenoppretter vaginal pH til premenopausal verdi, og vaginalt og urethralt epitel til premenstruell tilstand, histologisk og fysiologisk. Den svært lave, konstante frigjøringen av østradiol fra vaginalringen omgår førstestepasjemetabolisme, og derved induseres ikke kjønnshormonbindende globulin (SHBG), follikkelstimulerende hormon (FSH) eller alfa2-PAG («Pregnancy Zone Protein»). Preparatet kan brukes uten tilleggshandling med progestogener, da det ikke induserer endometrieproliferasjon. Vaginalinnlegget er en halvgjennomsiktig, elastisk ring av silikonelastomer, med en hvit kerne som inneholder et østradiolreservoar. Absorpsjon: Svært lite østradiol absorberes i den systemiske sirkulasjonen. Etter kortvarig initial topp, vil frigjøringen av østradiol fra ringen være konstant (7,5 µg/24 timer), i minst 90 dager. Konstante plasmakonsentrasjoner oppnås etter 2-3 dager. Nivået er betydelig lavere enn laveste verdier som vanligvis sees hos premenopausal kvinner. Halveringstid: Halveringstid i plasma er 1-2 timer. Clearance varierer mellom 450-625 ml/minutt/m². Metabolisme: Østradiol metaboliseres hovedsakelig i lever til hovedmetabolittene estriol, estron og deres konjugater. Utskillelse: Metabolittene skilles hovedsakelig ut via nyrene som glukuronider og sulfater. Østrogen gjennomgår enterohepatisk sirkulasjon. **Andre opplysninger:** Produktet har følgende dimensjoner: Ytre diameter 55 mm, tverrsnittdiameter 9 mm, kjernens diameter 2 mm. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 400,10.

Sist endret: 05.04.2011

Overgangsalderen behøver ikke å være en begrensning

Gi dine pasienter en enkel og komfortabel løsning mot vaginale plager¹



Lokal hormonbehandling

- enkelt og komfortabelt¹
- svært brukervennlig¹
- varighet i 3 måneder²



Les mer og se film:
pfizer.no/estring

Estring[®]
østradiol

- Mariann Eidet
- KK. Sørlandet sykehus, Kristiansand
- mariann.eidet@sshf.no

Gravid på jobb

Jeg vet ikke om det er statistisk bevist , men myten sier at kvinnelige leger føder flere barn. Kvinnelige gynekologer er neppe noe unntak.

Ved Kvinneklubben her i Kristiansand, har vi siste år hatt mange gravide LIS og en del svangerskapsrelatert sykemeldingsfravær. Dette har fått meg til å lure på hvordan er det å være gravid på jobb- spesielt når man er LIS på en Kvinneklubb. Alle ved Klubben er enig om at graviditet i seg selv er ingen sykdom.

På jobb med barn i magen

Så hvordan er det egentlig for LIS ved en Kvinneklubb? Hvem skal definere risikofaktorene: sjefen (som kanskje selv er gynekolog), fastlegen eller kvinnen selv? Hvilke risikofaktorer er det bevis for at er skadelig for fosteret? Hvordan kan man tilrettelegge for å redusere plager som ofte følger med svangerskapet?

Sørlandet sykehus har hatt et prosjekt som het "På jobb med barn i magen". Ordningen ble innført permanent fra i år. Den gjelder for alle gravide medarbeidere i Sørlandet sykehus HF (SSHF). Det er ansatt en jordmor i deltidsstilling, ved hvert av de tre sykehusene: Flekkefjord, Kristiansand og Arendal. Disse jordmødrene opptre som nøytrale fagpersoner og er med som veileder i trekantsamtaler mellom gravid medarbeider og leder.

Metoden

Medarbeider melder fra om graviditeten så tidlig som mulig til sin leder. Leder tar kontakt med jordmor og avtaler møtetidspunkt. Leder er ansvarlig for gjennomføring de tre trekantsamtalene. 1. trekant-samtale gjennomføres ca. uke 10. Rundt svangerskapsuke 20 gjennomføres

2. trekantsamtale og den 3. ca. uke 30 i svangerskapet. Hver samtale varer fra 30 min til 1 time.

I samarbeid med den gravide og leder utarbeides en plan for hvordan den gravide best mulig kan fungere i jobb. Det tas utgangspunkt i nåværende arbeidssituasjon og det legges vekt på at den gravide må informere sin leder i god tid dersom hun ser at arbeidssituasjonen synes å bli for belastende for henne. Jordmor bidrar med faglige vurderinger om hva som positivt kan styrke helsen til den gravide under svangerskapet. Jordmor gjør også risikovurderinger i forhold til fysisk arbeidsmiljø og av ulike arbeidsoppgaver i forhold til den enkelte gravide.

Den gravide informerer sin fastlege om at Sørlandet sykehus HF har en slik ordning. Tidlige samtaler, planlegging og vurdering av tilrettelegging skal bidra til at den gravide opplever det trygt i forhold til arbeidssituasjon og oppgaver.

Målet for Sørlandet sykehus HF er å beholde gravide medarbeidere i jobb lengst mulig og dermed redusere sykefraværet.

-Så flott dette høres ut, tenkte jeg, men fungerer det i praksis?

Intervju med jordmor Anne

Jeg tok meg en prat med Anne Øpstad som er jordmor ved Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK). Hun har en 30 % stilling i ordningen. Hun er tilgjengelig via mail og telefon, og hun organiserer samtalene mellom arbeidsgiver og den gravide arbeidstaker.

Hvordan synes du det er å jobbe med ordningen "Gravid på jobb"?

Jeg synes det er spennende og utfordrende arbeid. Det er kjekt å se at sykefraværet er redusert med 12 uker per gravid etter at vi startet prosjektet. Intensjonen bak prosjektet er veldig gode, men jeg opplever at tilrettelegging ikke alltid er så lett i praksis.

Blir du brukt av alle yrkesgrupper ved sykehuset?

Ja, det gjør jeg.

Hvilke risikofaktorer knyttet til jobb på sykehus, er det bevis for at er skadelig for fosteret?

Det er vanskelig å finne noen klare oversikter over mulige risikofaktorer. Jeg forholder meg til sykehusets prosedyrer. Det finnes prosedyrer for gravide med hensyn til smitte, stråling og legemiddelhåndtering. Ellers bruker jeg stoffkartoteket for å finne hvilke stoffer de gravide ikke bør håndtere, for eksempel gasser på anestesivdelingen. Det finnes også et jordmornettverk blant oss som driver denne typen arbeid, hvor vi utveksler informasjon og erfaringer. Jeg bruker også info fra STAMI, arbeidsmiljøloven, arbeidstilsynet og artikler ved idebanken.no fra NAV

Ser du spesielle utfordringer for legene om det å være gravid på jobb?

Legene har ofte høyt arbeidstempo, mye stress og lange vakter. Gravide leger ved Kvinneklubben er i en spesiell situasjon som selv jobber med gravide. De vet mye om alt som kan gå galt, med redsel for at det også kan ramme dem. I sin jobb kan det være tøft å selv være lykkelig gravid når en møter mange som ikke er like heldige (infertile,

kvinner med abort, syke gravide og eller syke foster). Rent praktisk kan magen komme litt i veien ved kirurgi og fødselshjelp, og det blir stadig tyngre å stå lenge. Jeg ser at leger har stor arbeidvilje og høy arbeidsmoral. De ønsker å stå lengst mulig i full jobb. For LIS er det viktig å få godkjent tiden som tellende i spesialiseringen og beholde lønna.

Hvordan er risikoen ved turnusarbeid for svangerskapet?

Risikoen er noe omdiskutert. Det finnes rapporter som viser høyere abortrisiko i første trimester ved turnusarbeid. Andre mener at det er opplevd belastning som er viktigst. Noen tåler turnusarbeid bedre enn andre. Vi blir oftest kontaktet etter at kvinnen er kommet lengre enn første trimester, derfor er det en problemstilling som sjelden kommer opp.

De ønsker seg ut av vakter av andre grunner enn abortrisiko, men at belastningen blir for høy eller at de kan komme opp i situasjoner som kan medføre risiko for svangerskapet og de ikke har andre kolleger som kan overta- for eksempel røntgen, operasjon, pasienter med smitte som de ikke skal håndtere.

Ut over i svangerskapet har den gravide ofte behov for regelmessig livsførsel og det å jobbe turnus kan oppleves tyngre. Det tar lengre tid å hente seg inn etter en økt. Det å ha to vakter med 8 timers mellomrom blir tøft.

Hvilke tilbud etterspør den gravide med hensyn tilrettelegging av arbeidstid og arbeidsoppgaver?

Mange opplever at arbeidspresset på jobb er så høyt at det er tungt nok å leve opp til det når man er frisk og ikke gravid. Lav bemanning og mange oppgaver vanskeliggjør regelmessighet. Man må spise og gå på do når man kan, ikke alltid når man ønsker det. Mulighetene for å sette seg ned og ta en hvil når man føler for det, er små. De gravide spør oftest etter rammer hvor det er tid til å spise/drikke, gå på toalettet og hvile seg når de trenger det. Dette er rettigheter som er løvbestemt i arbeidsmiljøloven, og burde ikke være for mye forlangt. Vi ser at avdelingene har lite ressurser til å dekke opp for disse behovene ved å ha flere i jobb. Det betyr at de andre på jobb må dekke opp for den gravide. Dette gir dårligere kår for de andre og samvittighetskvaler for den gravide. Mange opplever at det hadde vært bedre om de hadde vært sykemeldt, for da hadde de blitt erstattet med vikar.

Legene ønsker ofte tilpassing av arbeidstid, unngå lange vakter og nattearbeid. Mange

ønsker å ta større del i elektivt arbeid som er mer forutsigbart og lettere å tilpasse, for eksempel ha litt færre pasienter på poliklinikken.

Hvilke tilbud har arbeidsgiver/SSK med hensyn til tilpassing?

Arbeidsgiver kommer sjeldent med egne tilbud. De hører mer på hva den gravide etterspør og prøver å imøtekomme det. Ofte er det økonomien som setter begrensninger.

Sykehuset har for eksempel ingen hvilerom hvor gravide kan trekke seg tilbake og slappe av. Det finnes knapt en hvilestol tilgjengelig rundt på postene.

Ser du i din jobb at tilpassing gjør at LIS står lenger i jobb/unngår sykemelding?

Ja, det ser jeg. Tilpassing av arbeidstid og arbeidsoppgaver hjelper. Jeg ser også en tydelig tilleggseffekt i form at økt tilfredshet hos gravide som føler seg sett og har fått tilrettelagt arbeidet.

Ser du noen økonomiske hinder?

Ja, dessverre er økonomi ofte et hinder. Det er kjent at 7 % av kvinner mellom 20 og 40 år til en hver tid er gravide. På arbeidsplasser med stor kvinneandel, burde det ha vært kalkulert inn i budsjettene.

Har du noen gode råd til gravid LIS?

Gå tidlig i dialog med sjefen. Informer om svangerskapet gjerne før behov for tilpassing oppstår.

Mange sykehus har lignende ordninger. Hvis man ønsker hjelp av denne typen, kan man kontakte bedriftshelsetjenesten ved sykehuset. Bedriftshelsetjenesten skal kunne bistå med arbeidsmiljøarbeidet på svært mange områder. Bruk dem aktivt! En annen støttespiller er verneombudet som har fokus på arbeidsmiljøet i vid betydning. Noen finner hjelp og støtte hos tillitsvalgt, men alle tillitsvalgte har nok ikke like stor kunnskap om og erfaring fra denne problemstillingen. Det kan oppleves vanskelig å bruke en tillitsvalgt som også er kollega fra avdelingen, som rådgiver i dette spørsmålet.

Sett fra sjefens side

Jeg tok så en prat med sjefen ved Kvinneklinikken her i Kristiansand, gynekolog Aud Garmann Askevold om gravide leger.

Det er jo slik at vi ved KK/SSK har hatt mange gravide LIS ved avdelingen og mye svangerskapsrelatert sykefravær. Hva tenker du om det?

Jeg tenker at det er naturlig at det også i

framtiden vil være mange gravide leger i spesialiteter der kvinneandelen er høy og at dette er noe sykehusene bør ta høyde for med tanke på bemanningen.

Hva slags muligheter har du som arbeidsgiver for å tilrettelegge for gravid LIS slik at hun kan stå i jobb så mye som mulig under svangerskapet?

Den gravide LIS kan få tilrettelagt dagarbeid i tredje trimester uten sykmelding eller bruk av svangerskapspenge. Dette er en rettighet hun har. Vaktene må da dekkes av de andre LISene.

Så langt det går i forhold til avdelingens drift kan man også prøve å legge tilrette dagarbeidet i samarbeid med den enkelte. Min erfaring er at her vil det være ulike behov. Noen ønsker å ha mindre pasienter på en poliklinikk dag, andre ønsker å unngå visse typer arbeid som f. eks. ab. prov.

Det er også min erfaring at enkelte har behov for å gå ut av vakt fra tidlig i graviditeten. Som arbeidsgiver kan det bli vanskelig med tilrettelegging i forhold til å unngå vaktarbeid ved små og mellomstore avdelinger der vakthyppheten er forholdsvis høy. Det kan bli for stor vaktbelastning for de øvrige LISene. Eller at de ikke gravide LISene får for liten dagarbeidstid, mindre enn 20 timer i uken som er et minimums utdanningskrav.

Ser du i praksis at tilpassing hjelper?

Tilpassing hjelper uten tvil for den enkelte.

Hva slags erfaring har du med ordningen "På jobb med barn i magen"?

Jeg har god erfaring med ordningen "på jobb med barn i magen". Ordningen gjør det lettere å gjennomføre strukturerte møter med den gravide i en ellers travel hverdag. En tredjeperson kan også være nyttig i dialogen med den enkelte.

Har du erfaring med bruk av svangerskapspenge for LIS under graviditet? Hvordan fungerte det?

Jeg har ingen erfaring med bruk av svangerskapspenge til gravide leger. Men for avdelingens drift spiller det i utgangspunktet ingen rolle om LISen er sykmeldt en prosentandel eller benytter seg av svangerskapspenge der det er riktig. Jeg tror imidlertid svangerskapspenge generelt er lite kjent blant sykehusleger.

Kommentar til slutt?

Et hjertesukk! ID nr. er med på å vanskeliggjøre tilpasninger og nærmest oppfordrer til "triksing". F.eks. hvis en må ansette LIS for å ha et tilstrekkelig antall LIS i vakt dersom flere gravide går ut av vakt

samtidig, men ellers kan opprettholde sin fulle stilling.

Sett fra LIS sin side

Så snakket jeg med to av våre LIS som er i lykkelige omstendigheter, som det heter her på Sørlandet. Begge har barn fra før, men det er første svangerskap etter at de begynte som LIS her.

Det ene er halvveis i svangerskapet når vi snakker sammen. Hun har vært gravid mens hun jobbet ved en annen Kvinneklinikk og mens hun jobbet ved en kirurgisk avdeling.

Hvordan er det å gå gravid på jobb på sykehuset?

Uproblematisk så lenge man er i god form. Men jobben er aktiv med høyt arbeidstempo og tidvis fysisk tungt arbeid hvor det er vanskelig å ta vare på seg selv. Det forventes at når man er på jobb, så skal man gjøre sin del av jobben. Mye av jobben er øyeblikkelig hjelp aktivitet hvor planlegging og tilrettelegging er vanskeligere enn ved elektiv virksomhet.

Er det noe spesielt med det å gå gravid på en Kvinneklinikk?

Jeg har observert andre og delvis erfart i tidligere svangerskap, at gynekologer er strengere med sine egne enn det andre legegrupper er med sine gravide. Det var mindre forståelse for vondter og plager som følger med svangerskapet, men som ikke er synlige eller uttrykk for sykdom. Har erfart at en nesten må forsvare fravær og tilrettelegging for kollegaene. Arbeidsgiver la til rette for meg, men jeg opplever at mange gynekologer har den holdningen generelt.

På kirurgisk avdeling opplevde jeg større forståelse og at kollegaene var veldig imøtekommende for å tilrettelegge arbeidssituasjonen. Jeg er spent på hvordan det blir her ved denne Kvinneklinikken i siste del av graviditeten.

Det er spesielt å være gravid lege på en Kvinneklinikk siden mange av pasientene våre søker oss for svangerskapsrelaterte problemstillinger. På den ene siden tror jeg det er positivt for andre gravide å se en annen gravid i aktiv jobb. Det som kan bli problematisk på mindre steder, er at en risikerer å gå fra å være behandler for en gravid og en tid senere være hennes medpasient.

Noen av pasientene våre kan være i en slik situasjon at det er belastende å forholde seg til en lykkelig gravid behandler. Noen ganger

kan det være riktig å forsøke å skjerme dem for den opplevelsen.

Har du benyttet deg av ordningen "På jobb med barn i magen"?

Nei, jeg har ikke selv tatt initiativ til det. Har forstått det slik at det er leder som skal ta initiativet. Jeg har vært frisk i svangerskapet og har til nå ikke trengt tilrettelegging. Jeg ga informasjon tidlig til sjefen om at jeg var gravid, først og fremst for at avdelingen skulle ta det med i beregning for ferieavviklingen i sommer.

Den andre LIS jeg snakket med er i siste del av svangerskapet og også hun har erfaring med å være gravid på arbeidssteder.

Hvordan er det å gå gravid på jobb på sykehuset?

Stort sett veldig bra. Men nattarbeid er nok for de fleste gravide uheldig, og kanskje også i første trimester hvor de fleste vil holde graviditeten skjult. Og mange gravide, meg selv inkludert, har vikariater, og det gir en usikkerhet i forhold til økonomi og videre karriere.

Er det noe spesielt med det å gå gravid på en Kvinneklinikk?

- Jeg opplever å få masse positiv oppmerksomhet rundt graviditeten fra kolleger, og faktisk også fra pasienter!
- Forhåpentligvis større forståelse og kunnskap om graviditetsrelaterte plager blant arbeidskolleger.
- "Dårlig samvittighet" for struttende mage i møte med ufrivillig barnløse, abortsøkende, intrauterin fosterdød o.l.
- Spenning i forhold til å skulle føde på egen arbeidsplass.
- Jeg tenker at alt jeg erfarer i svangerskap, fødsel og barseltid gjør meg til en tryggere lege i møte med pasienter.
- Har du benyttet deg av ordningen "På jobb med barn i magen"?
- Ja, jeg har til nå hatt to møter med min leder og prosjektjordmor.

Hva synes du om ordningen? Fikk du noe hjelp?

Kjempebra ordning! Veldig viktig for å sette fokus på hvordan jeg har det, eventuelle behov for tilrettelegging, info om stønadsordninger, diskusjon om videre vikariat med mer. Særlig for en travel leder tror jeg det er kjempeviktig å ha avsatt tid til sånne møter. For meg personlig er det kjempeviktig med sånne møter, for da er det lettere å kommunisere hva jeg orker og ikke, og hvordan graviditeten påvirker arbeidskapasiteten. For pliktoppfyllende

piker (les: meg) er det ellers lett å bagatellisere egne plager og behov, og slite seg helt ut på jobb, for siden å ligge som en slakt med bekkenverk og kynnere hele kvelden...

Har du fått ønsket tilrettelegging av arbeidsoppgaver og eller arbeidstid? På hvilken måte?

Jeg har blitt sykemeldt fra vakt, i stedet for tilrettelegging med fritak fra vakt. Dette med håp om og tro på at jeg skal kunne jobbe helt til permisjonen starter, for med noen hviledager innimellom tror jeg at jeg skal kunne ellers fungere omtrent som normalt de dagene jeg er på jobb. Jeg vil heller ha varierte oppgaver de dager jeg er på jobb, enn tilrettelegging med "lette" og ensformige oppgaver og jobb hver dag.

Hva synes du om ordningen med sykepenger vs svangerskapspenger?

Viktig med informasjon til den gravide og arbeidsgiver om ordningen. Mange skulle heller hatt svangerskapspenger blant de mange sykemeldte gravide, og da har de større sikkerhet og trygghet i forhold til eventuell fremtidig sykdom. For meg personlig mener jeg sykepenger er riktigst, da de plager jeg har er mest belastende for meg mer enn at de utgjør risiko for barnet i magen.

Avslutning

Vi vet en del som gynekologer om hvor potensielt farlig det er å være gravid. Men hvor farlig er det egentlig å være gravid og være i arbeid? Det er vanskelig å finne god dokumentasjon. Kvinner har gjennom alle tider har båret fram barn gjennom tøffe kår som krig, sult og andre katastrofer. Vi burde som gynekologer også vite en del om de fysiologiske forandringene som skjer i løpet av en graviditet og de plager det kan medføre. Kvinnelige LIS er ofte i en alder der en kan forvente at svangerskap er aktuelt. Skal våre LIS bite tennene samme og holde ut slitsomme arbeidsforhold. Er de på den måten gode forbilder for andre gravide? Bør ikke vi tilrettelegge for våre yngre kollegaer, slik at de kan få sine barn når de ønsker det, og gjerne tidlig i spesialiseringen. Ved å tilrettelegge arbeidsforholdene under svangerskap får LIS mest mulig ut av sin utdannelse, avdelingen får beholde arbeidskraften lengst mulig og det blir en vinn-vinn situasjon. Så kjære yngre kollegaer; lev ut fertiliteten og kjemp for gode arbeidskår under graviditeten. Håper det kan finnes en løsning på hinderet med id.nr, slik at arbeidsgiver kan ta inn vikar for gravid LIS som fremdeles er i arbeid og at begge kan få tjenesten sin tellende i spesialiseringen.

Dokumentert lav residivfrekvens PÅ KONDYLOMER^{1,2}



C Aldara «Meda»

Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5%: 1 g inneh.: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbat 60, sorbitanestearat, glyserol, metyl- og propylparahydroksibenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, renset vann. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalcellekrefte (sBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratotisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptabiliteten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsalternativer er kontraindisert eller uaktuelle. **Dosering:** Påføringshyppigheten og behandlingsvarigheten er forskjellig for hver indikasjon. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke seg godt før påføring av kremen. Kremen skal gnis inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Kremen bør være på i ca. 8 timer. Unngå dusj og bading etter påføring. Kremen fjernes med mild såpe og vann. Påføring av for nye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm². Etter påføring bør den åpnet pose ikke brukes på nytt. Hendene må vaskes før og etter applikasjon. Ved glemt dose kan kremen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med den regelmessige planen. Ikke påfør krem mer enn 1 gang i døgnet. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Bør appliseres 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag, eller tirsdag, torsdag og lørdag) for sengetid. Behandlingen bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. **Overflattisk basalcellekrefte hos voksne:** Påfør kremen i 6 uker, 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) for sengetid. Behandlingseffekten skal bedømmes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved fullstendig tilheling, bør en annen terapiform benyttes. Unngå påsmøring av innvendige områder. Menn uten omskjæring, som behandler vorter under forhuden, må trekke forhuden tilbake og vaske området daglig. **Aktinisk keratose hos voksne:** Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Påføres før sengetid 3 ganger ukentlig (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Etter 4 uker uten behandling bør legen vurdere det behandlede området for å bestemme om AK er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemte doser eller hvileperioder. Dersom behandlede lesjon(er) viser fullstendig respons ved oppfølgingen 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativ behandling benyttes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet mot imiquimod eller andre innholdsstoffer i kremen. **Forsiktighetsregler:** **Veneriske vorter:** Det er begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos ikke-omskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosos, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Opptrer disse symptomene skal behandlingen stoppes umiddelbart. Imiquimod er ikke blitt testet for behandling av interne genitale vorter og er ikke anbefalt til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rectum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Skulle det oppstå en ikke-tolerert hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risikoen for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke når det benyttes høyere doser enn de anbefalte. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, hos pasienter som har benyttet den anbefalte dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner er oppstått ved urinrørsåpningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og i enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Det foreligger ikke klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Bruk av imiquimod bør ikke skje for det har vært tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Kan gi oppblussing av eller forverre inflammasjonstilstander i huden. Erfaringer hos pasienter over 65 år er begrenset. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilheling hos HIV-positive pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. **Basalcellekrefte:** Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalcellekrefte innenfor et område på 1 cm fra øyelokkene, nese, lepper eller hårfestet. Under behandlingen og til fullstendig tilheling, vil det behandlede hudområdet trolig fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse avtar vanligvis i intensitet under behandlingen eller forsvinner når behandlingen er avsluttet. Det er en sammenheng mellom fullstendig tilheling og intensiteten av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem). Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimuleringen av den lokale immunresponsen. Dersom pasientens ubehag eller alvorlighetsgraden av den lokale hudreaksjonen er uttalt, kan en ta en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas når hudreaksjonen har avtatt. Hjelpestoffene cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylparahydroksibenzoat, kan gi allergiske reaksjoner. Skal benyttes med forsiktighet hos pasienter med reduserte hematologiske reserver. **Aktinisk keratose:** Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av AK på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermiliongrensen. Det finnes svært begrensede data vedrørende imiquimodbehandling av AK i andre anatomiske områder enn ansiktet og hodebunnen. Tilgjengelige data vedrørende imiquimodbehandling av AK på underarmene og hendene gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Imiquimodbehandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrofi, slik en f.eks. ser ved kutanøse horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandlingen eller forsvinner etter at behandlingen er over. Intensiteten av de lokale hudreaksjonene (f.eks. erytem) er forbundet med tilhelingshastigheten. Lokale hudreaksjoner kan ha sammenheng med stimulering av lokalimmunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokale hudreaksjoner krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har moderert seg. Klinisk erfaring med bruk ved svekket immunsystem mangler. Data mangler vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Studier tyder på at full tilheling skjer langsommere ved >8 AK-lesjoner, enn ved <8 AK-lesjoner. Hudområdet som behandles må beskyttes mot sollys. **Interaksjoner:** Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunsuppressiv behandling. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. Data fra et begrenset antall graviditeter foreligger, men

generelle konklusjoner kan ikke trekkes på dette grunnlaget. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. *Overgang i morsmelk:* Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) av imiquimod er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. Spesifikke anbefalinger vedrørende amning kan ikke gis. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner som erytem, erosjon, avskalling og ødem. Indurasjon, sårdannelse, skorpedannelse og vesikler er mindre vanlig. Hudreaksjoner på nærliggende områder, hovedsakelig erytem, forekommer også. Lokale hudreaksjoner som erytem er sannsynligvis en konsekvens av den farmakologiske effekten av imiquimod. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. Ved behandling av basalcellekrefte er det en direkte sammenheng mellom intensitet av lokale reaksjoner og tumor tilheling. De fleste hudreaksjoner er milde til moderate i alvorlighetsgrad, og blir borte innen 2 uker etter avslutning av behandlingen. I sjeldne tilfeller har reaksjonene vært kraftige og nødvendiggjort behandling og/eller medført nedsatt funksjons-evne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. **Hyppige (>1/100):** Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. **Mindre hyppige:** Øvrige: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale per kutane absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utilsiktet oralt inntak kan det opptrer symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oralt inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et antitumorstoff prinsipielt ved å induere alfainterferon og andre cytokiner. Dette er også vist i kliniske studier. Økning i systemiske nivåer av alfainterferon og andre cytokiner som følge av lokal påføring av imiquimod er påvist i en farmakokinetisk studie. **Absorpsjon:** <0,9 %. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66 % og feces ca. 33 %. **Pakninger og priser:** 12 x 0,25 g kr 719,70. **Sist endret:** 20.11.2007. **Refusjonsberettiget bruk:** Lokalbehandling av mindre overflattisk basalcellekrefte (sBCC) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskrevende klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratotiske, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptabiliteten av kryoterapi. Ved immunsvikt: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliativ behandling i livets sluttfase. **Refusjonskode:**

ICPC		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
B99	Immunsvikt INA	31, 136
S77	Basalcellekarsinom	167
S80	Solutløst keratose/solforbrenning	54, 136
ICD		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
C44	Andre ondartede svulster i hud	167
D80	Immunsvikt med overveiende antistoffmangel	31, 136
D81	Kombinert immunsvikt	31, 136
D82	Immunsvikt forbundet med andre større defekter	31, 136
D83	Vanlig variabel immunsvikt	31, 136
D84	Annen immunsvikt	31, 136
L57.0	Aktinisk keratose	54, 136

Vilkår:

- 31 Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan requirere legemidlet til seg selv på blå resept.
- 54 Skal være instituert av spesialist i hud og veneriske sykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.
- 136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.
- 167 Refusjon ytes kun i tilfeller der eksisjonskirurgi er vurdert som uegnet eller uønsket av særlige kosmetiske hensyn.

Referanse: 1 Schöfer H. et al. Eur J Dermatol. 2006;16(6):642-648. 2 Edwards L. et al. Arch Dermatol 1998; 134(1): 25-30.

- Elham Baghestan
- KK, Haukeland

Obstetriske sfinkterskader i Norge

Elham Baghestan disputerte 16. mars 2012 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: "Epidemiological aspects of obstetric anal sphincter injuries. A population-based study in Norway."

Obstetriske sfinkterskader defineres som skade av lukkemuskelen og /eller slimhinnen av endetarmen under fødselen. Studier viser at ca. 30 % av kvinner med sfinkterskade kan utvikle komplikasjoner i form av ufrivillig passasje av luft og/eller avføring. Økt kunnskap om komplikasjoner etter sfinkterskader har ført til større

oppmerksomhet og fokus på forebygging av disse skader. Sfinkterskader er en av indikatorene for pasientsikkerhet i OECD inkludert de nordiske land.

Sfinkterskader har vært registrert i Medisinsk fødselsregister siden registeret ble etablert i 1967. Avhandlingen inkluderer

4 vitenskapelige artikler og er i hovedsakelig basert på data fra Medisinsk fødselsregister i Norge i perioden 1967-2008.

I vår første studie validerte vi registreringen av sfinkterskader i Medisinsk fødselsregister. Vi fant at sensitiviteten for registrering av sfinkterskader i Medisinsk fødselsregister var henholdsvis 85,3 % og 91,8 % i 1990-92 og i 2000-02.

Vår neste 3 artikler var basert på over 2,2 millioner fødsler registrert i Medisinsk fødselsregister. Vi fant at hyppigheten av de registrerte sfinkterskader i Norge økte fra 0,5 % i 1967 til 4,1 % i 2004 (hyppigheten avtok senere til 2,1 % i 2011). Mødre over 30 år, førstegangsfødende kvinner, mødre med tidligere keisersnitt, afrikanske og asiatiske mødre, forløsning med tang eller vakuum, stort barn med vekt over 4 kg og føde på stor fødeinstitusjon var assosiert med økt risiko for sfinkterskader.

Risikoen for sfinkterskader i andre og tredje fødsel var generelt lavere, men kvinner med tidligere sfinkterskader hadde høyere risiko for gjentakelse i både andre og tredje fødsel (figur 1). Kvinner med og uten tidligere sfinkterskader fikk senere like mange barn, men kvinner med tidligere sfinkterskader



Elham Baghestan

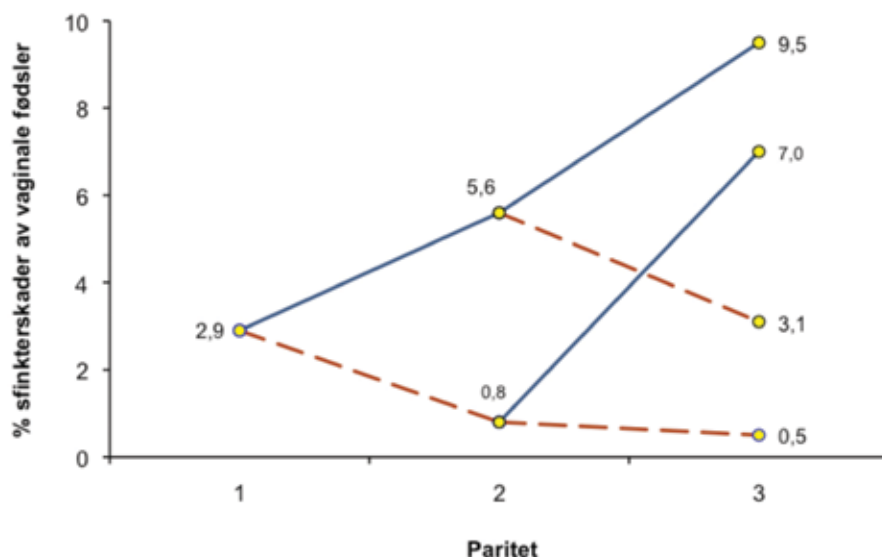
ble oftere forløst med keisersnitt ved neste graviditet.

Kvinner som hadde en mor eller en søster med sfinkterskade hadde høyere risiko for å få sfinkterskade.

Kunnskap om risikofaktorer danner grunnlag for god forebyggende helsearbeid. Andelen av alvorlige fødselsrifter i Norge er allerede halvert. Fokuset bør fortsatt være rettet mot forebyggende tiltak samt god diagnostikk og registrering. Kvinner med tidligere sfinkterskade bør rådspørre lege før neste fødsel.

Personalia

Elham Baghestan er født i Iran i 1968 og har bodd i Skandinavia siden 1988. Hun avla medisinsk embetseksamen ved Syddansk universitet i Odense i 1999. Hun er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og er overlege ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus. I perioden 2008-2011 fikk hun stipend fra Helse og Rehabilitering



Figur 1. Forekomsten av sfinkterskader i første, andre og tredje fødsel, med og uten tidligere sfinkterskader, Norge 1967-2004

gjennom Norske Kvinners Sanitetsforening og var stipendiat ved Institutt for klinisk medisin og Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen under veiledning av professor Svein Rasmussen,

Klinikkoverlege Per E. Børdahl og professor Lorentz M. Irgens.

Avhandlingen er tilgjengelig på nettet: <https://bora.uib.no/handle/1956/5754>

NFYOG-middag

i samarbeid med Bayer i Bergen 17. juni.

NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists) er en forening for utdanningskandidater i gynekologi og obstetrikk i Norden. Styret består av to representanter fra hvert av de nordiske landene. Norges representanter er Johanne Holm Toft (Stavanger sykehus) og Tiril Tingleff (Ringerike sykehus). I forbindelse med NFOGs kongress i Bergen i juni vil det bli arrangert en middag i samarbeid med Bayer AS. Arrangementet starter kl 18.00. Før middagen vil det bli holdt to foredrag på 45 min. på Hotell Radisson Norge. Måns Edlund vil snakke om kraftige menstruasjonsblødninger. Foredragsholder og tema for det andre innlegget er, når dette skrives, ikke bekreftet. Planlagt tema er endometriose, behandling og retningslinjer. Middagen vil bli holdt på Potetkjelleren. NFYOG-styret vil informere om hvem vi er og hva vi jobber med.

Bindende påmelding til Tiril Tingleff så raskt som mulig på e-postadresse tirilt@hotmail.com

Vennligst oppgi navn, arbeidssted, land og eventuelt spesialkost eller allergier i påmeldingen. Leger i spesialisering vil bli prioritert.

Kjære FUGO-medlemmer!



Våren har kommet, til og med hos oss i Trøndelag. Vinteren kom sterkt tilbake i Påsken, men nå har så å si alt snøen forsvunnet og første blomster kommer fram.

Våren er møtetiden og vi har allerede hatt et spennende Vårkurs i regi av Ullevål i Oslo. Særlig det å bruke en hel dag på temaet "fedme" og belyse dette fra de forskjellige retninger som vårt fag innebærer (fedme og infertilitet, fedme og graviditet/fødsel, fedme og cancer etc.) var vellykket, og jeg vil takke arrangørene for et spennende kurs.

FUGO

Som neste møte skal deler av FUGO-styret dra til Tallin i Estland hvor den europeiske kongress for gynekologi og obstetrik går av stabelen i starten av mai. I forkant av dette er det noen dager med ENTOG-utveksling hvor Norge sender 2 LiS for å hospitere på en avdeling og oppleve hvordan vårt fag drives i Estland. Norge sender Malin Dögl fra Sykehuset Levanger og Helene Fjeldvik Peterson fra Ahus på utvekslingen. I en av de neste utgavene av Gynekologen kan dere lese hva dem har opplevd – vi venter spent. I Tallin er det møte både i NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists) og ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology), og det gleder oss at man prøver å få et tettere samarbeid mellom den europeiske og den nordiske organisasjon for LiSene.

Høydepunkt for oss i Norge i år er NFOG-kongressen i Bergen fra 16. juni til 19. juni. Etter en rekord med over 200 innmeldte abstracts blir dette sikkert både faglig, men også sosialt en stor suksess, og det finnes knapt et finere sted enn Vestlandet på sommeren (hvis det ikke regner). Angående sosialt: Søndag, 17. juni arrangerer NFYOG en middag i samarbeid med Bayer. Nærmere opplysninger om tid, sted og påmelding finner dere i en egen info fra Tiril som representerer oss sammen med Johanne i NFYOG.

For øvrig jobber vi med FUGO-kurset som arrangeres som vanlig i forkant av NGF-årsmøte. Vi har tidligere fått mange tilbakemeldinger om at man ønsker seg et nytt kurs om kolposkopi (vi også har hatt dette som tema i 2009 i Fredrikstad). Vi gleder oss over at Bjørn Hagen fra Trondheim igjen har sagt ja til å være foredragsholder for oss og han ta med seg sin store samling av bilder som viser både normale og

patologiske funn ved kolposkopi. I tillegg til dette har vi med Anne Ørbo fått en lokal foredragsholder fra Tromsø. Med sin spesialitet både innen gynekologi og patologi passer hun svært god for dette tema, og vi har hatt stor suksess med en foredragsholder med denne kombinasjonen før (Caroline Ravndal fra Stavanger var med på kurset i 2009). Et foreløpig program for kurset finner dere på en av de neste sider. Kurset legges ut i kurskatalogen i disse dager, og påmeldingsfristen settes til den 15. august. Som før får vi hjelp av Koordinatorkontoret i Oslo som tar seg av påmeldingen. Kurset avholdes på Universitetssykehus i Tromsø, onsdag, den 24.10.2012. Vi håper på mange påmeldte. Som før vil vi prioritere LiS blant de påmeldte hvis det blir over 40 påmeldte.



Som dere ser er det mye aktivitet både i Norge og utenlands, og vi gleder oss til spennende kurs, kongresser og hyggelige møter.

Hilsen fra hele FUGO-styret
Christian Tappert, Kvinneklubben, St. Olavs Hospital, Trondheim

Nyttige websider

FUGO	Forening for utdanningskandidater innen gynekologi og obstetrik	www.legeforeningen.no/ngf -> link FUGO
NFYOG	Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists	www.nfog.org ->link Trainees
ENTOG	European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology	www.entog.org
ENYGO	European Network of Young Gyn Oncologists	www.esgo.org/about_anygo.asp

FUGO-styret 2012

Christian Tappert	Leder	ENTOG-representant, kurs-ansvarlig	christian.tappert2@stolav.no / ctappert@broadpark.no
Sjur Lehmann	Nestleder	Spes.kom.- og ENTOG-representant, kurs-ansvarlig	sjur.lehmann@gmail.com
Marte Reigstad Myhre	Styremedlem	Nettansvarlig, vara til NGF-styret	martereigstad@gmail.com
Helene Fjeldvik Peterson	Styremedlem	NGF-representant	helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com
Tiril Tingleff	Kasserer	NFYOG-representant	tirilt@hotmail.com
Johanne Holm Toft	Sekretær	NFYOG-representant	johanne.holm.toft@gmail.com

LIS i Hammerfest

Høsten 2011 startet jeg ved gyn og fødeavdelingen ved Hammerfest sykehus. Etter ¾ år i barselpermisjon fra Haukeland var det spennende og litt skummelt å begynne på `n igjen. Dette fordi lille jenta skulle “klare seg alene”, og fordi jeg skulle begynne på en på en ny arbeidsplass. I løpet av permisjonen flyttet vi til Hammerfest da min samboer fikk arbeid som ingeniør på Melkøya.

Jeg hadde jo vært i et miljø der en alltid hadde bakvakt på huset tilgjengelig en calling av gårde, hadde hørt om hjemmewakter og hadde mareritt om frustrerte tenger og skulderdystosier. Jeg leste meg opp på gynekologi og obstetrikk, og gjorde som idrettsutøverne – visualiserte situasjoner som kunne oppstå og løsninger på disse. «Litt» høye skuldre kanskje, men jeg som min gamle sjef sa; “vi er den eneste gruppen av leger som virkelig løper i gangene”, og nå skulle vi løpe hjemmefra.

Nå går heldigvis ting mye bedre enn forventet. Til nå ;ingen frustrerte tenger og ingen uløste skulder dystosier. Det som møtte meg på Hammerfest sykehus var en liten gjeng med vennlige og hyggelige mennesker. Vi er til sammen 5 faste leger (fire overleger og meg) samt en koselig og meget dyktig gruppe med jordmødre og sykepleiere.

Som lege i spesialisering er jeg under vingene på fire dyktige gynekologer som er ivrige på å lære bort sine spesialiteter. Skjer det noe ekstraordinært blir jeg ofte trukket med på det som skjer. Jeg har 5 delt vakt med hjemmewakt. Vi har ikke fri før og etter vakt. Dette betyr meget varende arbeidsmengde, og det kan bety at en er på sykehuset 24 timer i strekk. Andre netter sover jeg hele

natten. Med de nye kriteriene til et “trygt fødetilbud” vil nok arbeidsmengden gå betydelig opp. Vi er litt bekymret for hvordan vi skal komme gjennom hverdagen med dette, men det vil gjøre godt for mine litt høye skuldre, og vi er vel alle enige at det er riktig i forhold til sikkerheten.

Min arbeidsdag starter klokken 0730. Da går vi gjennom døgnets begivenheter og legger plan for det neste. Mandag og onsdag er det internundervisning. Den går på rundgang blant legene med innputt fra jordmødrene og til tider andre.

Vaktdagene; 5 delt vakt betyr vakt en hverdag i uken samt hver 5 helg (fra fredag morgen til mandag morgen) Vi har avdelingen, hvor vi har en sammenslått gyn og føde avdeling, fødestuene, og øyeblikkelig hjelp. I hammerfest har vi ca. 500 fødsler årlig samt ansvaret for ca. 100 grønne fødsler i Alta. Ca 4000 polikliniske konsultasjoner + de vi følger på hotellet. I år har vi en keisersnittfrekvens på 10,5 prosent og operativ forløsning på ca. 21. Vi tar imot seteleier, tvillinger, premature ned til uke 32 og en rekke andre risikofødsler. Vi har et stort distrikt å dekke, og lange reiseveier. Der bor ca 45000 personer i vårt nedslagsfelt. Dette gir selvfølgelig utfordringer i planlegging, vurdering av

situasjoner per telefon og organisering i forhold til konsultasjoner og fødsler. Til rådighet har vi fly og ambulanse. Til tider byr også været på utfordringer. Vi har hatt situasjoner der fly ikke kan lande/ta av og der vi må søke hjelp i Tromsø. Det er også tilfelle der det motsatte har skjedd, der vi har behov å sende pasienten, hvor ikke får henne av gårde. Da er det bare å stå i det og gjøre det beste. Jeg har alltid en bakvakt, og ringer jeg for hjelp er de der på få minutter.

Poliklinikk; poliklinikk med utfordringer blir satt opp til meg ca. 2 dager i uken. Men dette er bevisst, og dersom jeg skulle trenge å konsultere noen er hjelpen sjelden langt unna. Lesedager; går ofte med til forberedelse til internundervisning. Operasjon; her har jeg nå begynt å gjøre en del selvstendig operasjoner. Det har vært en glidende overgang fra å være assistent til å bli assistert til å gjøre operasjoner på egenhånd. Vi har ca 600 inngrep i året med stort og smått.

Å være lege i spesialisering ved gynekologisk og obstetrisk avdeling i Hammerfest er en begivenhetsrik og interessant jobb. Til tider er det forholdsvis mye jobb, men alt i alt er jeg veldig glad jeg fikk jobben!

- Michael Tadeusz Tomala
- Tillitsvalgt, LIS, KK Akershus universitetssykehus HF
- michael.tadeusz.tomala@ahus.no

Livet som LIS på Ahus

Fødefabrikk eller fødeklinnikk? – Eller kanskje begge deler?

Jeg triller inn mot parkeringshuset på Nordbyhagen. En luring har bygd et sykehus på landet. Det er ikke hvilket som helst sykehus, det er AHUS eller Akershus Universitetssykehus. Det er stort, det flott, det er nytt. Det er Nordeuropas mest moderne sykehus.

Vi er 12 assistentleger som går 9-delt turnus. Omtrent halvparten av oss bor i byen. Dertil 28 overleger, også flere av disse fra Oslo. Alle avhengig av bil. Offentlig kommunikasjon er ikke utbygd nok til å være et alternativ.

Under jorda i personalinngangen suser folk forbi, noen på vei hjem, flere til jobb. Det er travelt, rent, nytt, grått. Flatskjermer på veggene. "God morgen Norge" mens du står i kleskø. Klær i boks. Alt styres av ID-kortet. Uten det er du fortapt, verdiløs. På vei til garderoben ruller selvgående roboter forbi. Over deg lyden av rørpost. I lomma en trådløs IP telefon og alarm. Alltid tilgjengelig, veldig mobil. Du er en del av fremtiden. På

vakt kan du fort bruke en halvtime totalt på å logge deg inn i fremtiden. IT er sikkert og skal hjelpe oss med å være effektive.

Partus, DIPS og Milou er hjelpemidler i hverdagen. Vi har stemmegjenkjenning som gjør lange journalnotater til en lek. Maler, fraser og autogeneratede operasjonsbeskrivelser formulerer et keisersnitt med et tastetrykk. Logg deg inn, svar på gule lapper og jobbmail, sett deg inn i dagens pasienter og du er klar for morgenmøtet. Der finner du ofte ut at du vet lite om det du egentlig skal. Sykt barn, gravid mor, komplisert operasjon, kurs, underbemanning. Noen av argumentene for at du må bytte tiltenkt arbeidsoppgave.

Ikke sjelden er dette spennende. Vi gjør mye moro på kvinneklinikken.

Et bytte av arbeidsoppgaver kan ofte gagne LISene. Plutselig er det 3 på en avdeling som kan klare seg med 2 og du kan gjøre en vaginal hysterektomi eller laparoskopi med en dreven overlege. Dem er det mange av. Internasjonal høy standard. De er svenske, danske, finske, iranske, pakistanske, greske, tyske - ja og norske, da. Supplert med nesten like fargerike LISer er vi virkelig mangfoldige.

Det uler i lomma. Katastrofesnitt på stue 12. De føder, 5400 nye landsmenn i året, det gir statistisk en del slike alarmer. En dag på føden kan utfordre deg på de fleste obstetriske problemstillinger, gjerne samtidig og aldri spredt utover en vakt. De kommer i bølger, mange av dem store. Spennende, krevende og til tider stressende. Vi jobber på AHUS. Heldigvis er vi flere til å dele jobben. Erfaren bakvakt er sjelden langt unna når skulder'n sitter på føden. Guruen, 3.-vakten, er på huset og dinosauren, 4.-vakten, sitter hjemme og slipper som oftest å bidra etter kl 20.

50/50 føde/gyn. Slik er rotasjonen fordelt med 6 måneders sykluser. Vi har en sabla bra 9 ukers vaktturnus med 9 dager sammenhengende fri samt 2 langhelger. Fri før vakt til 15 og etter vakt fra 9 gir rom for



Ahshi Safraz.



Marianne Natvik.

både hvile, trening og mental tilstedeværelse i familieliv. Som LIS og primærvakt, gjerne de første 3-5 årene skjer det ofte at man virkelig trenger fritiden for å komme seg, og gjerne 2-3 dager etter en vakt.

Uthvilt og klar møter man også varierte utfordringer på Gyn. Vi er best i landet på dagkirurgiske inngrep og gjør mye avansert sammendagskirurgi. Flere ildsjeler og inspirerende operatører, ledere, personal, tiltenkt logistikk og fasiliteter bidrar og muliggjør dette. Som LIS kan du noen ganger få med deg komplekse operasjoner med erfarne operatører. Kreft og infertilitet er del av hverdagen og byr på sammensatte problemstillinger i motsetning til aborter – spontane som ønskede - og hyperemesis. Avhengig av nivå får du etter hvert gjort mye selv. Du blir raskt selvgående på flere områder.

Så hvem er vi egentlig til å utføre disse oppgavene? Hvem gjør jobben? En gjeng adrenalinsøkende, effektive, multikulturelle, overarbeida og stressa fabrikkarbeidere i håp om få seg en god utdanning?

Vel, spenning får du på AHUS, det samme gjelder utfordringer og arbeidsmengde. Til tider stressende og tungt å fordøye. Du bør være effektiv for å komme deg gjennom arbeidsdagen. Vi kommer definitivt fra mange spennende steder i verden. Vi er en sammensatt gjeng med flat struktur. Mengdetrening, kunnskapsutveksling og stort erfaringsgrunnlag gir gode muligheter til en fin utdanning. Vi er ingen fabrikk, vi hjelper mange og vi hjelper hverandre. Vi er på mange måter annerledes. Vi er KK på AHUS.



LIS Camilla Hellum



Sviktende vilje i de regionale helseforetak til implementering av nye kvalitetskrav i fødselsomsorg

Norsk gynekologisk forening og legeforeningen er bekymret for at sentrale kvalitetskrav ikke er implementert ved flere av landets fødeinstitusjoner. Anbefalinger nedfelt i Veilederen "Et trygt fødetilbud" blir ikke tilfredsstillende fulgt. Bakgrunnen for veilederen var erfaringer etter tilsyn med landets fødeinstitusjoner i 2004/2005, tilsynssaker og en gjennomgang av NPE-saker og myndighetene fant det nødvendig med kvalitetsfremmende tiltak. Dette resulterte i veilederen "Et trygt fødetilbud" som ble innført av Hdir des. 2010, og som er sterkt forankret i fagmiljøene og i brukerorganisasjonene. . Likevel rapporteres det fra flere fødeinstitusjoner om sviktende vilje hos de regionale helseforetakene til å implementere kravene. Dette er bekymringsfullt. Helsetilsynet har bekreftet at veilederen nå er gjeldende og legger veilederen til grunn i tilsynssaker.

Spesielt er dette problematisk når det gjelder fødeinstitusjoner som tar hånd om risikofødende. Veilederen gir klare krav til det nivå risikofødende skal henvises til. Dette betyr at flere av fødeavdelingene må oppbemannes for å tilfredsstillende kravene, og noen større fødeavdelinger må bli oppgradert til kvinneklinikk. Manglende oppgradering vil føre til at mange risikofødende må sendes over lange strekninger, i Bodø til Tromsø, ved Sykehuset Innlandet til OUS, i Haugesund til Bergen eller Stavanger, og fra Ålesund til Trondheim. Dette i seg selv utgjør en risiko for komplikasjoner og er ikke tilfredsstillende for kvinnene eller i henhold til kvalitetskrav.

Utilstrekkelig bemanning er et grunnleggende problem som må oppfylles for å kunne tilfredsstillende kravene. Alle rapporter knyttet til fødselsorganisering de siste 10-15 årene understreker behovet for organisatoriske endringer . Likevel opplever mange

kvinneklinikker en marginal bemanning i forhold til arbeidsbelastning. Utfordringen med drift av små fødeavdelinger er også særdeles problematisk. Bemanning har over mange år vært vanskelig, og man har opplevd manglende rekruttering og en usikker drift. Krav til bemanning kan ikke oppfylles på flere av de små fødeavdelingene, og kvalitetsutfordringer her har vært påvist i flere av Statens helsetilsyns rapporter.

Tidsskrift for den norske legeforening publiserte i desember 2011 en studie [3] som bekrefter at halvparten av de 81 døde eller sterkt skadede barn i forbindelse med fødsel meldt inn til Statens helsetilsyn, kunne vært unngått eller skadeomfanget kunne vært redusert. Vesentlige årsaker har vært svikt i selektering under fødselsforløpet, svikt i tolkning og bruk av fosterovervåkning, manglende tilkalling av kompetent personale og forsinkelse i forløsningen. Man fant også at det var signifikant flere meldte saker ved

fødeavdelinger med mindre en 1 000 fødsler per år enn ved større avdelinger. Studien konkluderer med at kvalitetsfremmende tiltak innen obstetrikken er nødvendig. Dette er også nylig bekreftet i en studie fra Norsk pasientskadeerstatning (4)

En fødselsomsorg basert på kvalitetskravene i veilederen Et trygt fødetilbud vil gi en bedre og mer robust fødselsomsorg. Det vil kunne medføre en viss sentralisering av fødselsomsorgen, men ikke til de store endringene. Fødestrukturen skal fortsatt være desentralisering og differensiert og det skal tas geografiske hensyn. Samtidig er det nødvendig at noen fødeavdelinger oppgraders til kvinneklinikker, mens noen mindre fødeavdelinger og fødestuer må omgjøres til et lavere nivå eller nedlegges.

Etter publiseringen av den omtalte studie innkalte Helsetilsynet v/direktør Lars Hanssen legeforeningen og Norsk

gynekologisk forening til møte den 10.januar for å etterspørre hva foreningen gjør for å bedre kvaliteten og etterlyste implementeringen av "Et trygt fødetilbud". Helsetilsynet presiserte igjen at kravene er gjeldende.

Legeforeningen og Norsk gynekologisk forening er bekymret for at helseforetakene og de regionale helseforetak overser myndighetskrav som skal heve kvaliteten på tilbudet for fødende kvinner. Foreningen har mottatt bekymringsmeldinger fra medlemmer fra flere helseforetak. Legeforeningen og NGF anså dette som så alvorlig at vi valgte å sende brev til HOD og Stortinget v/ Helse- og omsorgskomiteen samt sende ut en pressemelding om forholdene og oppfordret myndighetene til å sørge for at de kvalitetskrav som de selv har vedtatt, etterlevs i alle helseforetak.

Toril Kolås
Nestleder NGF

Pål Øian
Leder kvalitetsutvalget obstetrikk

Knut Hordnes
Leder NGF

1. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav i fødselsomsorgen, Helsedirektoratet 2010, <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Sider/default.aspx>
2. Rapport om organisering av framtidig fødselsomsorg i Helse Nord (Helse Nord rapport 2-2003), St. meld. 43 (1999-2000) Akuttmeldingen, Tilsyns-rapporter (Statens helsetilsyn 2004-2010), Lokalsykehus-rapporten 2007, Status og utfordringer for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer (NGF 2008), St. meld. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet, Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Helsedirektoratet (des 2010), Områdeplaner i flere helseforetak ihht kravene i "Et trygt fødetilbud".
3. Johansen LT, Øian P Barn som dør eller får alvorlig skade under fødselen, Tidsskrift for den norske legeforening 2011; 131: 2465-2468.
4. Andreasen S, Jørstad RG, Øian P. A nationwide descriptive study of obstetric claims for compensation in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2012



 **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, BIOINGENIØR
- ✓ BRUKER PAMG-1 SOM MARKØR FOR RUPTUR

VitaFlo Scandinavia AB NUF
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: infono@vitaflo.net
www.vitaflo.se


VITAFLO
Part of the Navamedic Group





Pensjonsordninger for sykehusleger og privatpraktiserende leger

De siste årene er det gjennomført flere store endringer i det norske pensjonssystemet, spesielt gjennom pensjonsreformen som trådte i kraft fra 2011. Reformen har innvirkning på supplerende pensjonsordninger, så som offentlige tjenstepensjoner og pensjonene i SOP. Temaet er komplekst, dog søkes redegjort for noen hovedtrekk ved de viktigste pensjonsordninger leger er omfattet av. Av plasshensyn omtales kun alderspensjon, ikke uføre- eller etterlattepensjoner.

Folketrygden

Folketrygden er hovedpilaren i det norske velferds- og pensjonssystemet. Den ble innført med virkning fra 1. januar 1967 og omfatter i utgangspunktet alle som er bosatt i eller arbeider i Norge. Folketrygden sikrer alle et visst minste pensjonsnivå, uavhengig av tidligere inntekt.

Hovedtrekkene i pensjonsreformen er som følger:

(tidligere regelverk i parentes)

Et mer fleksibelt pensjonssystem

- Valgfritt uttakstidspunkt for alderspensjon mellom fylte 62 og 75 år (tidl. uttak tidligst fra fylte 67 år)
- Valgfri andel av pensjon, gradert uttaksprosent (tidl. enten, eller)
- Valgfritt å kombinere arbeid og pensjon (tidl. avkortning mot arbeidsinntekt)

Et mer bærekraftig pensjonssystem (nytt)

- Levealdersjustering - gjennom delingstall vil hvert årskull måtte jobbe noe lenger for å være sikret samme pensjon som forrige kull for å kompensere for økt levealder
- Regulering: pensjoner under utbetaling reguleres med den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet fratrukket 0,75 prosent (tidl. G-regulering ut fra gjennomsnittlig lønns- og prisvekst)

Et mer rettferdig pensjonssystem

- Opptjeningsregler (fra besteårsregel hvor de 20 beste opptjeningsårene var avgjørende og maks 40 års opptjeningsstid til alleårsregel)

Folketrygdens alderspensjon kan altså tas ut fra fylte 62 år og er ikke (lenger) inntektsprøvd. Videre følger uttaksregimet følgende prinsipp: Jo tidligere uttak, jo lavere årlig pensjon og motsatt: jo senere uttak jo høyere årlig pensjon. Dette basert på forholdet mellom antatt samlet livsytelse og antallet leveår.

Innfasingen av de nye reglene skjer gradvis ut fra hvilke alderskull man tilhører, og kan i hovedtrekk skisseres som følger: 1953-kullet (og tidligere): bare det gamle opptjenings-systemet, men nye uttaksregler (levealdersjustering og delingstall). Årskullene 1954–1962: gradvis innfasing av nytt opptjeningsregelverk. Fra 1963-kullet: bare nytt regelverk.

Supplerende pensjonsordninger

Offentlig tjenstepensjon

Sykehusleger er omfattet av mange ulike pensjonsordninger, dog med i hovedsak likt regelverk. Disse pensjonsordningene er i dag dels lovfestet og dels tariffestet. De aller fleste leger er tilknyttet pensjonsordningen i KLP.

De offentlige tjenstepensjonene er ytelsesbaserte, og pensjonen fastsettes som andel av sluttlønn. Medlemskap i offentlige tjenstepensjonsordning etter dagens regler innebærer at man har en såkalt bruttogaranti som tilsier at det garanteres en samlet pensjonsytelse, uavhengig av hvor stor den enkeltes opptjening er i folketrygden. Ved uttak av alderspensjon fra offentlige tjenstepensjonsordning foretas samordning med pensjon fra folketrygden. Dette for å sikre at samlet pensjon utgjøre minst 66 % av sluttlønn ved pensjonering (forutsatt full opptjeningsstid, 30 år). Ordningen innebærer at folketrygdens ytelser alltid ligger i bunnen og utbetales i sin helhet fra Nav, mens pensjonen fra tjenstepensjonsordningen utbetaler resten opp til det som er sikret. En konsekvens av bruttogarantien har vært at den enkeltes samlede pensjonsytelser som regel ikke har vært påvirket av tidligere endringer i folketrygden. Her kan det imidlertid bli endringer på sikt.

Ny offentlig tjenstepensjon – hva skjer bruttogarantien?

De offentlige tjenstepensjonene skal fortsatt være bruttoordninger og basert på sluttlønn, og det skal fortsatt være 30 års krav til full opptjeningsstid, men... levealdersjustering er innført: Gjennom såkalte forholdstall (lignende prinsipp som folketrygdens delingstall) og beregnet antatt levealder for hvert årskull, vil hvert årskull

måtte jobbe noe lenger for å sikre samme pensjon som tidligere årskull. Regulering: Alderspensjoner under utbetaling reguleres med gjennomsnittlig lønnsvekst minus 0,75 %

Individuell garanti

For å begrense virkningen av levealdersjusteringen for dem som har kort tid igjen til pensjonering og dermed liten mulighet til å påvirke den endelige pensjonen, ble det i tariffoppgjøret i 2009 gitt en individuell garanti for årskullene til og med 1958. Garantien sikrer medlemmer av offentlige tjenestepensjonsordninger med 15 år eller mindre igjen til de er 67 år en samlet pensjon på 66 % fra 67 år ved full opptjening. Forutsetningen for den individuelle garantien er at man har minimum 30 års opptjening og tar ut alderspensjonen fra folketrygden tidligst ved fylte 67 år.

Dersom man har valgt å ta ut fleksibel alderspensjon fra folketrygden før 67 år, vil det ved prøving av garantien bli beregnet en pensjon som om den var tatt ut fra 67 år. Pensjonen fra offentlig pensjonsordning skal altså ikke kompensere for tidligere uttak av alderspensjon fra folketrygden.

I forbindelse med pensjonsreformen er det foreløpig ikke gitt regler for hva som vil skje med den offentlige tjenestepensjonen til årskullene som er født fra og med 1954. (Det er fom. dette kullet at de nye reglene for pensjonsopptjening i folketrygden gradvis fases inn). KLP skriver på sine nettsider at de må avvente og se hva som gjøres med tjenestepensjonene for disse årskullene.

Overføringsavtalen mellom

offentlige tjenestepensjonsordninger

Mellom de offentlige tjenestepensjonsordningene er det inngått en såkalt overføringsavtale som ivaretar svært viktige hensyn. For medlemmene betyr overføringsavtalen at opptjeningstid og pensjonsberegning foretas som om man har vært i samme ordning hele yrkeskarrieren, selv om man skifter jobb innen det offentlige flere ganger i karrieren. Uten en slik avtale ville pensjonen fra de ordninger vedkommende ikke står i ved bortfall av arbeid, beregnes som oppsatte pensjoner, som ville ført til en mindre samlet pensjon – se eget avsnitt.

Dette betyr at sykehusleger kun trenger å søke pensjon fra den siste ordningen man er/var medlem av. Men enn så lenge må man selv sørge for å oppgi opptjeningstid i andre offentlige pensjonsordninger for å sikre at all opptjening telles med.

Kombinasjon av arbeid og pensjon og rett til full pensjon fra fylte 65 år

Innen særlig KS og Spekterområdet, kan det være gunstig å kombinere arbeid og pensjon. Såfremt det videre arbeid ikke medfører medlemskap i offentlig tjenestepensjonsordning, vil tjenestepensjonen utbetales uavhengig av inntekt. Videre kan offentlig ansatte med minst tiårig medlemskap i pensjonsordningen etter fylte 50 år, ha rett til å ta ut full tjenestepensjon fra fylte 65 år (uten samordning mot pensjon fra folketrygden, denne skal altså ikke tas ut).

Det finnes mulighet for å ta ut AFP fra fylte 62 år, men her er samlet pensjon så vidt lav (beregnes som alderspensjon fra folketrygden med årlig tillegg på kr 20 400) at denne er lite interessant for høytlønnede sykehusleger, og dermed ikke berøres nærmere her.

Fra fylte 65 år er situasjonen en annen: Sykehusleger kan ta ut full tjenestepensjon og tjene ubegrenset i privat sektor uten at pensjonen avkortes (se dog nedenfor). Man kan fortsatt jobbe i det offentlige inntil 13 timer per uke, eller under 168 timer per kvartal uten ny innmelding, og dermed uten avkortning av tjenestepensjonen

Et viktig unntak her gjelder for statsansatte leger da det i Statens pensjonskasse foretas avkortning av pensjon også mot inntekter fra privat sektor mellom årene 65 og 67 (toleransebeløpet er på kr 15 000). Fra fylte 67 år kan imidlertid også statsansatte tjene ubegrenset ved siden av full alderspensjon fra SPK etter ovennevnte regler.

Adtidspunkt for uttak fra folketrygden versus tjenestepensjonsordningen

Hovedprinsippet er at de offentlige tjenestepensjonsordningene ikke kompenserer for at man har begynt å ta ut alderspensjonen i folketrygden på et tidligere tidspunkt enn i tjenestepensjonsordningen. Hvis man tar ut pensjon fra folketrygden fra fylte 62 år, vil KLP ved uttak av alderspensjon fra fylte 67 år samordne med folketrygden som om

denne var tatt ut første ved fylte 67 år – ergo gjøres fradrag for en høyere ytelse enn den man faktisk får, og samlet pensjon kan bli adskillig lavere enn bruttogarantien skulle tilsi.

Videre får man ingen ekstra gevinst av å vente med å ta ut pensjon fra folketrygden og offentlige tjenestepensjonsordning (med mindre man ikke hadde full opptjeningstid i sistnevnte ordning). Riktignok får man noe gevinst av å stå litt lenger etter fylte 67 år for å kompensere for økt levealder (forholdstall). Men samordningen med pensjon fra folketrygden skjer ved reelt uttakstidspunkt for tjenestepensjonen, altså trekkes det også for den økte pensjonen man har fått i folketrygden ved å utsette uttaket. Fradraget for pensjonen fra Nav beregnes som om denne var tatt ut samtidig med tjenestepensjonen, tidligst fra 67 år. Står man i stilling til 70 år, gjøres det altså fradrag for høyere pensjon enn om man sluttet ved 67 år. Delen av pensjon som kommer fra den offentlige tjenestepensjonsordningen blir dermed redusert.

På den ene siden kan man si at dette strider mot prinsippet, som var en av grunnpilarene i pensjonsreformen, nemlig at det skal lønne seg å stå lenger i jobb. På den andre siden lønner det seg jo alltid å jobbe sammenlignet med å være pensjonist.

Nedgang i stillingsprosent, eller f.eks. unntak fra vakt har ingen betydning såfremt man har oppnådd full opptjeningstid, 30 år i de offentlige tjenestepensjonsordningene.

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Alle som har drevet legevirksomhet i Norge og vært medlem av folketrygden i minst tre år er medlem av SOP. Et siktemål med SOP er imidlertid primært å yte tilleggs pensjoner for leger som har drevet privat praksis og som dermed ikke har opptjent pensjonsordning gjennom tjenestepensjonsordning der arbeidsgiver har betalt for langt det meste av kostnadene (som for sykehuslegene).

Nye vedtekter fra 1.1.2011

Et formål med den omfattende vedtektsendringen fra 2011 var å tilpasse

ytelsene til pensjonsreformen i folketrygden. Et annet formål var å sikre at man i større grad kunne holde pensjonsløftet gitt alderspensjonister i SOP tidligere, som har opplevd relativ nedgang i utbetalingene fra SOP over de senere år. Dette ble bl.a. sikret ved leger autorisert etter I.I.1993 ikke lenger har rett til alderspensjon fra SOP.

Alderspensjon og samordning

SOPs alderspensjon samordnes med pensjon fra tjenestepensjonsordninger. Det er gjennom denne samordningen at SOPs pensjoner innrettes mot privatpraktiserende leger. Leger med lang ansettelsestid i offentlig stilling vil få et høyt samordningsfradrag og derved lite eller ingen pensjon fra SOP. Full pensjon forutsetter 35 års legevirkosomhet i Norge i heldagsarbeid og pensjonen avkortes forholdsmessig ved lavere opptjeningstid.

En av de viktigste nyvinninger i alderspensjonen fra SOP er at privatpraktiserende leger for første gang er gitt muligheten til å ta ut alderspensjon før fylte 67 år (som var tidligst mulige uttakstidspunkt tidligere). Det er nå mulig å ta ut alderspensjonen allerede fra fylte 62 år. Og tilsvarende de nye prinsippene i folketrygden, øker pensjonen fra SOP jo lenger uttaket utsettes (frem til maksimalt nivå nås ved fylte 70 år).

Videre beregnes alderspensjon fra SOP helt uavhengig av alderspensjonen i folketrygden. Dette innebærer at privatpraktiserende leger kan velge ulike uttakstidspunkt for disse pensjonene (i motsetning til sykehuslegene, som må ta ut pensjon fra folketrygden for ha rett til alderspensjon fra tjenestepensjonsordningen fra fylte 67 år). Det er dermed fullt mulig å begynne å ta ut alderspensjon fra folketrygden fra fylte 62 år, mens man venter med uttaket fra SOP til fylte 70 år og omvendt.

Endelig er det innført betydelig fleksibilitet mht valg av uttaksperiode. Medlemmet kan velge å ta ut pensjonen over ti år, fram til fylte 77 år eller over resten av livet med forholdsmessig høyere eller lavere årlige beløp ut fra antatt samlet levealder.

Kombinasjon av arbeid og pensjon

Leger i privat praksis kan tjene ubegrenset ved siden av alderspensjon fra SOP uavhengig av uttakstidspunkt.

Legeforetakenes pensjonsordning (LP-ordningen)

Gjennom nye vedtekter i 2008 fikk man på plass en unntaksbestemmelse som gir SOPs styre rett til å fastsette samordningsfritak (at det ikke skal gjøres fradrag) for tjenestepensjoner oppspart i gitte ordninger. Høsten 2008 ble LP-ordningen opprettet gjennom avtale mellom SOP, Legeforeningen og Storebrand. Ordningen har siden oppstarten hatt god oppslutning, og per mars 2012 er det etablert mer enn 1 750 avtaler. Dermed kan også privatpraktiserende leger nyte godt av de skattemessige fordelene som slik pensjonsordning innebærer ved at kostnadene kan føres som fradrag i regnskapene.

Forventning om økte sparesatser

Det er ulike sparesatser avhengig av om den privatpraktiserende legen har organisert praksisen som aksjeselskap der hun er ansatt, og om vedkommende har plikt til å ha obligatorisk tjenestepensjon for ansatte som er del av samme foretak.

Foreløpig kan næringsdrivende leger i enkeltpersonforetak og uten pliktig ordning for ansatte, kun spare inntil 4 % av pensjonsgivende inntekt mellom I og 12 G (ca kr 35 000 inneværende år). Men det forventes at dette nivået vil øke adskillig gjennom forslaget til nye tjenestepensjonsordninger i privat sektor som fremlegges av Banklovkommissjonen innen sommeren. Særlig yngre leger med lang tid igjen til pensjonsalder kan på en skattemessig gunstig måte rekke å spare betydelige midler, som i stor grad vil kunne kompensere for manglende rett til alderspensjon fra SOP.

Oppsatte pensjonsrettigheter

Mange privatpraktiserende leger har lang opptjeningstid i offentlige tjenestepensjonsordninger. Avslutning av karrieren i offentlig tjenestestilling kan være lønnsomt for pensjonen av flere grunner:

Knekkpunktet

Fra 1.5. 2000 forsvant det såkalte knekkpunktet i de offentlige tjenestepensjonsordningene. Før denne datoen ble kun en tredel av inntektene mellom 8 og 12 G regnet med i pensjonsgrunnlaget, mens all inntekt teller med fra 1.5.2000. Endringen medførte en kraftig økning i oppnåelig pensjon for offentlig ansatte, og særlig sykehusleger fikk et skikkelig pensjonsløft. De som før 1.5. 2000 har vært medlem av offentlig tjenestepensjonsordning, men sluttet pga overgang til annet arbeid, kan nyte en betydelig pensjonsmessig gevinst ved å gjeninntre i stilling som medfører medlemskap i offentlig tjenestepensjonsordning før pensjonering. Dette vil medføre at tidligere pensjonsgrunnlag vil kunne erstattes av et pensjonsgrunnlag uten knekkpunkt. I tillegg unngås beregning etter regler for oppsatt pensjon (man får 30 år i nevneren i stedet for opptil 40 år). Nærmere informasjon om dette bør fremskaffes fra aktuell pensjonsordning.

Private tjenestepensjonsordninger

Noen leger omfattes av private tjenestepensjonsordninger. Ofte er pensjonsnivået fastsatt med referanse til pensjonsnivået for de offentlige tjenestepensjonene, men tillegget er definert som et netto tillegg til folketrygden og innebærer ingen bruttogaranti slik som i de offentlige ordningene. Banklovkommissjonen forventes å foreslå nytt regelverk for private tjenestepensjonsordninger, som vil innebærer vesentlige endringer for dagens ytellesbaserte ordninger.

Tilslutt anbefales at de respektive ordninger kontaktes for utdypende avklaring.

Kilder:

I all hovedsak regelverket slik dette fremkommer på følgende nettsider: nav.no, spk.no, klp.no, sop.no

Av Grethe Veiåker Nilsen,
Rådgiver i Legeforeningen

Folk syns nok at jeg er en dårlig matmor.

Vesicare reduserer antallet episoder med urgency hos pasienter med overaktiv blære. De klarer å holde seg lenger og antallet inkontinensepisoder reduseres.¹ Riktig behandling kan forenkle hverdagen for disse pasientene og en enkel aktivitet som å gå tur med hunden kan fortsatt være enkel.



C Vesicare Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D08 TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Solifenacinsuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering: Voksne inkl. eldre:** 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. **Barn og unge:** Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. **Nedsatt nyrefunksjon:** Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 30 ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Tablettene kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkl. toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. Overfølsomhet for virkestoffet eller et eller flere av hjelpestoffene. Hemodialysebehandling. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt leverfunksjon som behandles med en potent CYP 3A4-hemmer, f.eks. ketokonazol. **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastroesofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av esofagitt, autonom nevropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en nevrogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, sømnløshet og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin for en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacidose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, neflinavir, itraconazol). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Klassespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørretthet er sett hos 11% behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22% behandlet med 10 mg 1 gang daglig. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Munntørretthet. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. **Syn:** Tåkesyn. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Gastroesofageale refluksykdommer, tørr hals. **Hud:** Tørr hud. **Infeksiøse:** Urinveisinfeksjon, cystitt. **Luftveier:** Nasal tørrhet. **Nevrologiske:** Sømnløshet, dysgeusi. **Syn:** Tørr øyne. **Urogenitale:** Vannlatingbesvær. **Øvrige:** Tretthet, perifere ødemer. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$):** Gastrointestinale: Obstruksjon i colon, fekal impaksjon. **Urogenitale:** Urinretensjon. **Svært sjeldne ($< 1/10000$):** Gastrointestinale: Oppkast. **Hud:** Erythema multiforme, kløe, utslett, urticaria. **Nevrologiske:** Svimmelhet, hodepine. **Psykiske:** Hallusinasjoner, forvirringstilstand. Etter markedsføring: QT-forlengelse, «torsades de pointes». **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Overdosering kan potensielt føre til alvorlige antikolinerge effekter. Høyeste dose som ved et uhell ble gitt til en pasient, var 280 mg i løpet av 5 timer. Det førte til mentale endringer som ikke krevde sykehusinnleggelse. **Behandling:** Ved overdosering bør aktivt kull gis. Ventrikkelskylling kan være nyttig dersom den gjennomføres innen 1 time, men det bør ikke fremkalles brækninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardiskemi, arytmi, kongestiv hjertesvikt). Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D08 side d. **Pakninger og priser** (pr. 26.04.2012): **5 mg:** 30 stk. 359,20 kr., 90 stk. 1007,70 kr., 100 stk. 1115,80 kr. **10 mg:** 30 stk. 441,50 kr., 90 stk. 1254,60 kr., 100 stk. 1390,10 kr. **T: Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urgeinkontinens). **Refusjonskode: ICPC:** U04 Urininkontinens **ICD:** N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vikår:** Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 21.02.2012. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 23.03.2012. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker. Tlf: +47 66 76 46 00. Faks: +47 66 90 35 20. kontakt@no.astellas.com. www.astellas.no.

Referanse: 1. Karam et al. urology, volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18.

NGF`s årsmøte Tromsø 25.-27. oktober 2012

Kjære styret i NGF, kollegaer og venner fra industrien!

Lokal komité for NGFs årsmøte 2012 er beæret over å kunne ønske dere velkommen til årsmøtet i Tromsø - "Nordens Paris". Det er nå 10 år siden arrangementet sist ble arrangert i Tromsø, og vi ser virkelig frem til pånytt å kunne ta imot dere alle sammen. For første gang legges årsmøtet nå til oktober måned, mer i tråd med flere andre fagdisipliners årsmøter.



Høsten er ofte en veldig fin tid her nord, med spektakulære farger i naturen rundt oss, ikke sjeldent er det flotte lyssettinger på polarhimmelen, mens et trivelig høst-

mørke sniker seg stadig tetter rundt oss til det kulminerer i løpet av desember med full mørketid. I år arrangeres NFOG i Bergen, men da det tidsmessig er så vidt

stor avstand til vi skal møtes i Tromsø, så bør dette være en god mulighet for å få med seg begge arrangementer.

Som vanlig legges det opp til et rikholdig faglig program, i regi av NGFs styre. Vi i lokal komité skal legge vår ære i at dere skal få et best mulig opphold i Tromsø, og sammen med vår alltid serviceinnstilte kongressarrangør - CIC - tror vi dere skal få et minnerikt opphold.

Vi har vektlagt at hele arrangementet skal være innenfor et begrenset geografisk område, slik at man nærmest skal kunne spasere i tøfler fra hotellrom, frokostbord og til kongresshall. Likevel vil det bli muligheter for de som ønsker det å få sett mer av Tromsø og byens omgivelser. Lokal komité vil med dette ønske dere hjertelig velkommen til Tromsø i oktober!

Ingard Nilsen , LOC

NGF's årsmøte Tromsø 25.-27. oktober 2012

Velkommen til Tromsø!

Årsmøtet i år blir arrangert i Tromsø på Radisson Blu Hotel. For nærmere informasjon om det faglige programmet, se s. eller på nettsiden; www.legeforeningen.no/ngf

Alle må melde seg på elektronisk, via foreningens egen hjemmeside: www.legeforeningen.no/ngf eller på CIC's nettside www.cic.as



INNKVARTERING

Vi har reservert rom Radisson Blu Hotel hvor selve årsmøte avholdes, samt på Clarion Hotel Bryggen som ligger like ved. Rommene fylles fortløpende opp i nevnte rekkefølge, etter "førstemann til mølla" prinsippet.

GET-TOGETHER Torsdag 25. oktober

Rorbua Pub (beliggende rett foran Radisson Blu Hotel)

Pris per person: Kr 380,-

Inkl. Yonas Pizza buffet, 2 enheter øl/vin og 1 kaffe

ÅRSMØTEMIDDAG Fredag 26. oktober

Festmiddag med diverse underholdning i Tromsøsalen på Radisson Blu Hotel.

Pris per person: Kr 895,-

Inkl. 1 aperitiff, 3-retters middag, 3 glass vin og 1 kaffe

PÅMELDINGSFRIST SENEST 15. AUGUST 2012. BINDENDE PÅMELDING.

Gjør oppmerksom på at deltageravgiften vil øke med påmelding etter fristen

Ved avbestilling etter 15/8 og før 24/8 belastes et servicehonorar på kr 350,- per person. Avbestilling etter 24/8 belastes i tillegg med en natt på hotell, forutsatt at rommet ikke blir solgt. Etter 10/9 ingen refusjon.

Arrangementet er konseptgodkjent av LMI.

Styret ved Knut Hordnes

LOK ved Ingard Nilsen

NGF's årsmøte Tromsø 25.-27. oktober 2012

Påmeldingsfrist og Abstraktfrist 15. august 2012

Abstrakt til fritt foredrag og plakat sendes som vedlegg til e-post til Jone Trovik, adresse [jone.trovik@krøllalfa\[helse-bergen.no](mailto:jone.trovik@krøllalfa[helse-bergen.no) senest 15.08.2012.

Abstraktet skal ikke være mer enn 350 ord, og bør helst være på norsk. Det er laget en mal for denne som ligger på nett, bruk den og legg merke til font-type og fontstørrelse (Times New Roman 12), kapitalisering og utheving av skrift, bruk av tegn, navn- og adresseangivelse, linjeavstand, inndeling og avstand mellom avsnittene.

Abstrakt filnavn skal være "Etternavn foredragsholder"+ "stikkord for emne", f.eks. "Nilsen konisering". Du vil få beskjed om foredraget er akseptert til presentasjon som fritt foredrag eller plakat. Abstraktene blir vurdert i forhold til kvalitet, originalitet, klinisk betydning, av interesse for flest mulig og om de tidligere er upublisert. Fordeling av abstrakt til enten foredrag eller plakat gjøres for å tilstrebe en mest mulig jevn oppsett av temaer, sykehus og forskere i tillegg til vurdering av presentasjonsformens egnethet for budskapet.

Plakater vil bli utstilt ut i forelesningssalen, slik at de får maksimal eksponering. I en av pausene på fredag vil det være en postersesjon, der plakatene kan presenteres til deltagerne. Standardstørrelse for plakater er ca. 90 x 120 cm. Til hvert foredrag er det avsatt 8 min + 2 min til diskusjon.

Støtte til LIS (Lege i spesialisering) og stipendiater

LISer og heltidsstipendiater (dvs. ikke spesialister i D-stilling) innen faget gynekologi og obstetikk som holder foredrag eller presenterer plakat, får kr 2000 i støtte, som utbetales etter årsmøte. Utbetaling forutsetter at foredraget er avholdt, og at deltakeravgift er betalt.

Priser

Det utdeles pris til plakat, samt beste foredrag i obstetikk og beste foredrag i gynekologi, hver på kr 5000. Prisen må taes ut som reisestøtte innen ett år. Betalt kongressavgift er en forutsetning for å holde foredrag eller ha plakat. Av dem som sender inn abstrakt som tilfredsstillende abstraktmalen vil fortsatt en trekkes til å vinne «abstraktmalpris» på kr 500.

Vel møtt i Tromsø!

Jone Trovik, Vitenskapelig sekretær NGF og Knut Hordnes, Leder NGF

FORSKNINGSSTIPEND GYNEKOLOGI OG OBSTETRIKK NOK 50.000

Norsk Gynekologisk Forening utlyser et forskningsstipend i gynekologi og obstetikk pålydende NOK 50.000. Aktuelle forskningsprosjekt kan være klinisk eller basalt rettet med relasjon til human medisin. Forskningsprosjektet skal utføres i Norge. Søkeren må også være bosatt i Norge og skal selv være en aktiv deltager i prosjektet. Stipendet er personlig. Det skal i søknaden gjøres rede for søkerens vitenskapelige erfaring og hvordan midlene er tenkt anvendt. Vi presiserer at stipendet ikke er en pris for allerede utført forskning. Stipendet kan i spesielle tilfeller deles mellom ulike forskningsprosjekt.

En komité utnevnt av styret i Norsk Gynekologisk Forening vil behandle søknadene.

Tildelingen av stipendet vil foregå på NGFs årsmøte i Tromsø i oktober 2012. Den eller de som har mottatt forskningsstipendet må være villig til å presentere forskningsresultatene i et egnet forum. Søknaden stiles til Norsk Gynekologisk Forening v/ Jone Trovik, Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus, 5021 Bergen, og skal inneholde en kortfattet forskningsplan, curriculum vitae og et budsjett for prosjektet. Søknadsfristen er 15. august 2012.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Jone Trovik, KK Haukeland, jone.trovik@helse-bergen.no

Program NGF Årsmøte i Tromsø 25. - 27. oktober 2012

Årsmøtet pågår i Radisson Blu Hotell, Tromsø (enkelte formøter og symposium foregår i andre møterom enn plenumsal)

Onsdag 24/10

Arrangement tilsluttet i tid men forøvrig uavhengig av Årsmøtet: FUGO: Kolposkopi
Se program i Kurskatalogen eller på FUGOs hjemmeside – <http://www.legeforeningen.no/>
Styremøte NGF, lunsj 12.00 møte 12.30

Torsdag 25/10

Alle Formøter på Radisson Blu Hotell (For formøteprogram se på NGFs nettsider)

10.00-12.00

Internasjonal Kvinnehelse

10.00-12.00

Norsk Urogynekologisk Gruppe: NUGG

10.00-12.00

Forening for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetikk

10.00-12.00

Praktiserende Spesialisters Landsforening: PSL

10.00-12.00

Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi: NFGO

12.15-13.45

Lunssymposium i regi av Bayer Schering

12.00-13.45

Lunsj for resten av deltagerne

Årsmøte 2012

14.00-14.25

Ordfører i Tromsø ønsker velkommen

14.30-15.00

Åpning av Årsmøtet: Leder i NGF, Knut Hordnes

15.00-15.30

Mathias Onsrud: Gynekologens rolle i internasjonal kvinnehelse

15.30-16.00

Thomas Schopf & Luis Luque: "Social Media: The future of Gynaecology"

16.00-16.45

Pause

16.50-17.30

Fagpolitisk debatt Tema fastsettes senere

18.30-24.00

Fagpolitisk debatt Tema fastsettes senere

"Get Together"

Fredag 26/10

08.30-10.00

Gynekologi/Obstetikk:

08.30-09.00

Tone Skeie-Jensen: Tumor pelvis, en oppdatering

09.00-09.30

Reynir T Geirsson: "Success in publishing, a view from AOGS"

09.30-10.00

Rolf Kirschner: Vulvasykdommer

10.00-10.30

Pause

10.30-12.00

Frie foredrag sesjon 1

12.00-13.00

Lunsj

13.00-14.30

Frie foredrag sesjon 2

14.30-15.00

Pause (posterbesøk)

15.00-16.00

Frie foredrag sesjon 3

16.00-16.30

Pause

16.30-18.00

Generalforsamling

19.30

Årsmøtemiddag

Lørdag 27/10

09.00-10.30

"Veileder i obstetikk" sesjon

09.00-09.30

Overtid

09.30-10.00

Prematuritet

10.00-10.30

Tidlig ultralyd/Terminbestemmelse

10.30-11.00

Pause

11.00-11.30

Gynekologi/Obstetikk

11.30-12.00

Tom Tanbo: Gonadepreservasjon mhp senere fertilitet

12.00-13.00

Lunsj

13.00-14.00

Frie foredrag sesjon 4

14.00-14.10

Avslutning. Priser for beste foredrag og plakat

Del 1:

- Kathe Aase
- Avtale-spesialist, Bergen

Del 2:

- Oskar Johan Skår
- Sandvika Specialistsenter

Oslo 19.-20. april

Referat fra Vår møtet i Oslo

NGF inviterte igjen til vårmøte, denne gangen på UUS. Kurskomitéen hadde også i år vært flinke til å sy sammen et svært aktuelt, relevant og interessant program. Tema for torsdagen var Fedmeepidemi og innvirkning på kvinnehelsen.

Vi er i ferd med å bli en svært så overvektig befolkning som medfører økt sykkelighet både fysisk og psykisk. Dette tilsier at det absolutt er noe helsevesenet bør ha en rolle i!

Økningen de siste 20 årene er betydelig, økningen er høyere hos kvinner, og de yngste øker mest i vekt. I foredragsholder var dr. med Jøran Hjelmæsæth fra Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst (SSO) Sykehuset Vestfold HF.

Definisjon på overvekt er BMI fra 25-30 eller midjemål mer enn 102 cm hos menn og mer enn 88cm hos kvinner. Risiko for utvikling av diabetes øker allerede ved midjemål på 94 cm hos menn og 80 cm hos kvinner! Fedme bringer med seg flere følgesykdommer, som igjen bidrar til sosial isolasjon og angst.

Forskning viser at vekttap reduserer forekomst av f eks diabetes og høyt BT. Lipidene synker, men det er noe usikkert om mortaliteten synker.

Noen tåler overvekt bedre enn andre, og de med følgetilstander prioriteres først. Han viser for øvrig til en nettværversjon av "Nasjonale retningslinjer fra 2011". De med BMI mer enn 35, bør få tilbud om tiltak i primærhelsetjenesten!

Det er fof to ulike operasjonsmetoder som tilbys og anbefales. 90 % tilbys såkalt gastric sleeve, resten hvs gastric bypass. Gastric sleeve er såkalt vertikal gastrectomi der halve magesekken fjernes. Her er vekttapet oftest varig, mens ved bypass (båndkirurgi) er vekttapet oftest forbigående. Forekomst av diabetes går ned etter 2 år, men etter 10 år har 50 % fått tilbake sin diabetes. Eterspørsel øker, og det bør opprettes flere regionale sentre og tilbud ved ulike HF. Dessverre er det intet som tyder på at pendelen er i ferd med å snu!

Pasientene får kostråd, fysisk terapi og samtaler med psykolog og pedagog. Strategi for de ulike hjelpetiltak er tredelt, man må vite (informasjon, Ville (motivasjon) og man må kunne Velge (strategi).

Professor ved OUS Tom Tanbo følger opp med et utmerket innlegg om fedme epidemien sett fra et infertilitetssynspunkt. Fedme har funnets til alle tider, særlig hos overklassen (god tilgang på livets goder) og som kanskje ikke har all verdens å gjøre. Hippokrates viser til de infertile husfruer og deres kvinnelige tjenere som er slanke, og blir gravide nærmest i l. møtet med en mann!

Overvekt fører til PCOS, oligo amenore

og infertilitet. Infertile er også de som sulter, den såkalte hypogonadotrope hypogonadisme. 17 % av vekten må inneholde fett for å få naturlig menarche, og 22 % for å opprettholde ovulatoriske sykler. I forhold til assistert befruktning (ART) har de med BMI under 25 større sjanse for svangerskap. Overvekt øker også risiko for spontanaborter.

Fetthormonet eller metthetshormonet leptin ble oppdaget i 1994 og står sentralt. Det dannes i fettvev og stimuleres av økt blodglucose og insulin. Økning av leptin øker metabolsk aktivitet og reduserer matinntak. Overvektige er resistente for leptin. Leptin stimulerer hypotalamus til økt dannelse av FSH og LH, og det fins leptinreceptorer i endometriet. Ved økende BMI faller HCG. Ved PCOS må de produsere mer insulin for å opprettholde normalt nivå i serum. Insulin igjen øker bioaktiviteten av LH.

Hyperandrogenismen ved PCOS bidrar til anovulasjon og vekttap og er spesielt viktig her for effektiv behandling. Selv mindre vekttap kan medføre ovulasjon og graviditet! Realistiske mål er her viktig. Behandling for øvrig er velkjente som klomifencitrat, gonadotropiner, elektrocauterisering av ovarier og IVF. Metformin har trolig mindre betydning. (Han nevnte ikke letrozol, men

det har også vist seg effektivt)
(Kathe Aase)

Etter lunch innledet **prof. Tore Henriksen** med å snakke om **fedmeepidemien og graviditeten**. Han viste hvordan fedmeepidemien har skylt over verden de senere årene. Evolusjonsmessig har dette gått over så kort tid at det må betegnes som en eksplosjon. Dette har mange konsekvenser for både mor og barn på både kort og lang sikt. I tillegg er der i svangerskapet øket risiko for preeklampsi, misdannelser, fosterdød antepartum, trombose etc. En metaanalyse har vist at BMI >30 gir dobling i risiko for sectio og OR 1,63 for akutt sectio. Han har regnet ut at hvis vi halverte antall gravide med BMI >30 ville vi unngå ca. 700 sectio per år, hvorav 550 akutte. Der er en lineær sammenheng mellom mors s-glukose og risiko for stort barn og sectio. I tillegg er der øket risiko for en rekke fødselsrelaterte komplikasjoner for mor og barn.

På lang sikt vet man at fedme går i arv. Studier har påvist epigenetiske endringer i fete mødres fostre som gir fedme senere livet.

Prof. Henriksen gikk også gjennom mekanismene bak årsaken til at fedme er farlig. Fettvevet er et aktivt endokrint organ. Økt mengde fettvev gir økt systemisk inflammatorisk reaksjon, fettlever, økt insulinresistens kan gi svangerskapsdiabetes og aktivisering av endotel i alle vev kan gi hypertensjon og preeklampsi. Forebygging går – ikke overraskende – ut på å redusere prevalensen av obesitet og å øke fysisk aktivitet i hele kvinnepopulasjonen. Alle kvinner bør få generell prekonsepsjonell veiledning slik at de har kunnskap som gjør at de kan gjøre gode valg. Intervenering under svangerskapet krever betydelige ressurser, og effektiviteten er uavklart. Anbefalte Statens ernæringsråds hefte om kosthold og fysisk aktivitet.

Overlege Anne Flem Jacobsen snakket om fedmeepidemien og forlønningssituasjonen – hva kan vi gjøre bedre? Allerede innledningsvis sa hun at noe av det viktigste er å unngå unødvendige akutte situasjoner.

Ved Ullevål har man spesiell svangerskapsoppfølging for kvinner med BMI>40:

de får Folat 4 mg i stedet for 0,4 mg. Glukosebelastning to ganger i svangerskapet. (En skotsk studie har vist at 20 % av disse pasientene hadde GD). Kompresjonsstrømper (det viktigste er ikke om de er høye eller lave, men at de blir brukt). Ingen klare anbefalinger m.h.p. flyreiser og tromboseprofylakse. Anbefalt vektøkning 5-9 kg. Ktr. ved svangerskapspol i uke 24, 32, 36. Tilbud om "overtidskontroll" i uke 40. Tilbud om induksjon innen 7 dgr over termin. Anesteseilegevurdering i uke 36. Evt. tilleggundersøkelser med EKG, spirometri, ECCO Cor. Diskuterer forlønningssituasjon. Kvinnen får grundig informasjon.

I det hele tatt øket risiko for det meste både under svangerskapet og i fm fødselen.

Spesielle tiltak i fm fødsel hos kvinner med BMI>40: Tidlig innleggelse i fødeavd. Anestesi informeres. Kartlegging av situasjonen. Fortløpende oppdatert fødeteam. To venøse tilganger. Blodprøver, screening etc. Tidlig epidural. Jordmor mye til stede i fødestuen. Obs info om endringer i plan. Instrumentell forlønning tilstrebes gjort på operasjonsstuen. Fedme er assosiert med øket risiko for malpresentasjon: obs leie ved fødselsstart! Innkomst CTG. Ekstern CTG evt. intermitterende auskultasjon. Intern registrering med skalp. Utfordring å overvåke rier hos disse kvinnene!

Adipositas gir øket risiko for ineffektivt riarbeid og protraisert forløp; forlenget første, men ikke andre stadium. Erkjennelsen av obstetriske problemer forsinkes fordi de maskeres av fedmen. Obs øket risiko for skulderdystosi.

RCOG har retningslinjer med post partum tromboseprofylakse ved BMI>40 uansett forlønningssituasjon.

Økende andel fødende med fedme gjør at hypertensjon nå er viktigste årsak til maternell mortalitet, med venetrombose som nr. to (50 % er overvektige) og infeksjon som nr. tre.

Ernæringsfysiolog Kristin Kardell er I. amanuensis, PhD, OUS. Hun snakket om **Fedme-epidemien, trening, kost og ernæring**. Flere studier viser at der er mer svangerskapskomplikasjoner ved større vektøkning enn anbefalt i svangerskapet, og det er verre jo høyere BMI er før

svangerskapet. Over halvparten av gravide har en større vektøkning enn anbefalt i svangerskapet. En studie med intervensjon med 1900 kCal og fysisk aktivitet ga ikke reduksjon i vektøkning eller fødselsvekt, men disse kvinnene bibeholdt sin vekt 2 mnd. etter fødselen i motsetning til andre kvinner som gikk opp i vekt mellom fødsler. I retningslinjene for svangerskapsomsorgen er det tatt med anbefalinger om tilskudd av folat, jern og vitamin A/D. Foredragsholderen mente det også burde vært anbefalt tilskudd av jod, kalsium og omega 3 fettsyrer.

ADIPOL på Rikshospitalet tar imot kvinner med BMI>27 og fødeplass ved RH. Her følger man opp vekten, kvinnene får kostholdsveiledning og veiledning om fysisk aktivitet. De får jordmorkontroller og tilvekstkontroller. 85 % har BMI>30. 75 % går ikke opp mer enn 10 kg etter intervensjon ved ADIPOL. Sectiofrekvens: 38 %. Andelen kvinner med glukose >7,8 reduseres ved intervensjon i svangerskapet.

Ofte lett å støte kvinner når man skal gi gode råd i fm overvekt. Et triks: "La meg være ditt barns advokat". Da aksepterer de fleste mer.

LIS Kristin Lindemann har disputert på overvekt og endometriecancer. Hun snakket om **Fedme-epidemien og kreftsykdommer**.

Der er en lineær økning i risiko for endometriecancer ved økende BMI. BMI>40 gir OR 6,36 og ca. 2 % økning i risiko for endometriecancer/ år.

Ingen klar sammenheng mellom BMI og ovarialcancer, men mulig økt risiko for premenstruelle kvinner med overvekt. Ingen sammenheng mellom cervixcancer og BMI, men mulig sammenheng med risiko for adenocarcinom i cervix. Det er vist høyere mortalitet ved cervixcancer hos adipøse, trolig pga. dårligere screeningoppfølging.

39000 nye krefttilfeller kan forhindres per år i Europa ved redusert overvekt. Dette gjelder for eksempel kreft i galleblæren, nyre, Colón og bryst. Effekten av vektreduksjon er ikke dokumentert.

Foredragsholderen gikk gjennom mulige mekanismer for øket kreftisiko ved overvekt: "Unopposed estrogen hypothesis"

ved endometriecancer. Overvekt gir øket konsentrasjon av insulin og insulinlike faktorer, som også gi øket risiko for endometriecancer. Adiponektin har invers assosiasjon med cancer, og er redusert ved adipositas. Leptin øker proliferasjon i invitrostudier, men der er uklare funn i epidemiologiske studier.

Øket risiko for komplikasjoner ved kirurgisk behandling av adipøse cancerpasienter: lengre operasjonstid, øket blodtap, mer sårinfeksjoner. Kanskje mer skånsomt med laparoskopi/ robotoperasjoner. Der er ingen spesifikke studier m.h.p. kjemoterapi av adipøse pasienter. 40 % blir underdosert. Nye retningslinjer sier at alle bør få full vektdose.

En svensk studie viste at fedmekirurgi gir halvering i kreftrisiko. Dette gjelder også en del andre kreftformer enn de man vet er fedmerelaterte, som melanomer og leukemier.

Fungerende assisterende helse-direktør Knut-Inge Klepp snakket om **Fedmeepidemien fra et folkehelseperspektiv**. En studie i 2008/2010 viste økning i andel overvekt fra 16-19 % på kun to år blant 8-9 åringer.

Fedmeepidemien skyller inn over oss og har klar sosioøkonomisk sammenheng. Øket problem med inaktivitet og at energitett mat alltid er tilgjengelig. Staten har kommet med diverse handlingplaner og nøkkelhullskampanjer for fysisk aktivitet og

bedre kosthold. Samhandlingsreformen ble også nevnt i denne sammenhengen.

Man vurderer mer aktiv bruk av prisvirkemiddelet også i Norge for å begrense bruken av fett og sukker. Dette har man fått til i Danmark.

Beregninger har vist at investering i sykkelveier gir besparinger på 3 gange kostnaden i helsegevinst, og samfunnet sparer 30.000 kroner per innbygger som sykler til jobben. Skolebaserte intervensjoner er i metaanalyser vist seg effektive i å redusere barneovervekt på kort sikt.

Takk for et flott møte!
(Oskar Johan Skår)

Norsk kvinnelig inkontinens register inviterer leger, uroterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og sekretærer som er interessert i utredning og behandling av urininkontinens til



Norsk kvinnelig inkontinensforum

Fredag 9. november 2012 Auditoriet Bærum sykehus

Møteleder Rune Svenningsen

11:00	NKIRrapporten datakvalitet og konklusjon	Sigurd Kulseng-Hanssen
11:20	Metodevalg for reoperasjon etter mislykket inkontinenskirurgi	Carl Gustaf Nilsson
	Behandlingsstrategi ved fiksert uretra	
11:55	Bekkenbunnstrening, kritisk litteratur gjennomgang av langtidsresultater	Fysioterapeut
	Nytte av obligatorisk bekkenbunnstrening før kirurgi	
12:20	Urodynamikk fra forskjellige synsvinkler	Ellen Borstad, Sigurd Kulseng-Hanssen
13:15	Lunch	
	Møteleder Yngvild Skåtun Hannestad	
14:10	Den gamle blære	Renate Pettersen
14:35	TVT 10 år	Rune Svenningsen
15:00	Minirin	Mats Ola Kallgraf
15:25	Kaffepause	
	<i>Møteleder Anita Vanvik</i>	
15:45	Botox til hvem og hvilken effekt	Anette Grinde Andersen
16:10	Periurethral injeksjonsbehandling	Carl Gustaf Nilsson
16:35	Reservetid	
17:00	Møteslutt	

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Ingen begrensning på antall deltagere fra hver avdeling. Vi ber om påmelding til møtet innen 15. september.

Bindende påmelding med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklinikken, Bærum sykehus bjorg.tove.johansen@vestreviken.no tlf 67809452

Vestlandsk gynekologforening

Helgen 27. til 29. april møtes gynekologer fra Førde, Bergen, Haugesund og Stavanger til den årlige samlingen, denne gangen lagt til vakre Rosendal. Vestlandsk gynekologforening har tradisjoner tilbake til 1946.

Den gang bestemte overleger ved Kvinneklinikken i Bergen seg for å holde månedlige møter. Kjente deltakere var Jørgen Løvseth. Severin Petersen, Johan Walde og Inger Haldorsen. Siden har møtene blitt for alle sykehus i Helseregion Vest: Stavanger, Haugesund, Bergen, Førde, Voss og Stord, pluss at de privatpraktiserende gynekologene møter trofast opp. Lenge var det halvårlige møter men en har de senere år lagt seg på årlige møter. Vi er så heldige at vi har verdens vakreste natur like utenfor stuedøren og kan velge møtesteder på øverste hylle. De senere år har møtene vært arrangert på Solstrand hotell Os, Kvikne Hotell Balestrand, Ullensvang Hotell og Sola Strandhotell, bare for å nevne noen. Arrangementet går på omgang, og denne gang var det Haugesunds tur. Industrien var til god hjelp og stilte opp med flere representanter.

34 gynekologer i alle aldre, noen ferske LISer, andre pensjonerte ringreiver fra Førde, Bergen, Haugesund og Stavanger samt privatpraktiserende. Innleggene var av god kvalitet og spente fra et observasjonsstudium av hva som har skjedd i Stavanger etter innføringen av nye rutiner for kontroll og induksjon av overtidige, til informasjon om hvordan du kan ta masterstudier i laparoskopi i England. Klaus Oddenes, overlege i Haugesund, styrte det faglige programmet med stø hånd, likedan

som det sosiale senere på kvelden ble meget godt ivaretatt. Det gylnne spekulum ble utdelt til to hedersmenn fra Bergen som har hatt stor innflytelse i vår region. Harald Helland som har beredt grunnen for et unikt og godt samarbeid innen gynekologisk onkologi i Helse Vest og Kåre Augensen for entusiasme og tro på at obstetikk er et fag som krever stor teoretisk men også praktisk kunnskap. Tungen er ikke et instrument som skal støve ned, og i Norge er det først og fremst i vår regionen at tungen fremdeles er i utstrakt bruk.

Værgudene sto oss bi, i alle fall på søndagen. Noen valgte å ta det helt med ro etter en ganske lang og lett fuktig natt, der Klaus Oddenes fikk vist at dersom han mot formodning en gang skulle tenke at gynekologi var kjedelig, så venter det en DJ karriere på ham. Ved hjelp av sin kjære MAC strømmet moderne og ikke fullt så moderne musikk ut av høyttalerne. Dansegulvet var fylt til trengsel. Andre brukte søndagsmorgenen til fotturer i en praktfull vestlandsnatur. Neste årsmøte blir i Haugesund, og det påhviler enhver av deltakerne på årets årsmøte å informere kollegene på egen avdeling om at neste års møte er obligatorisk rett og slett fordi det er et møte en ikke kan gå glipp av.



Vinnere av det gyldne spekel, er Kåre Augensen (t.v.) og Harald Helland begge KK i Bergen



Kongresskalender

Se www.legeforeningen.no/ngf

2012

Imprinting the future, European Congress in Perinatal Medicine

13. juni - 16. juni 2012. Paris, Frankrike

NFOG kongress

16. juni - 19. juni 2012. Bergen, Noreg

Myths and misconceptions versus evidence on contraception. The European Society of Contraception and Reproductive Health

20. juni - 23. juni 2012. Athen, Hellas

Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility

19. juli - 22. juli 2012. Singapore

37th annual Meeting, IUGA

04. september - 08. september 2012. Brisbane, Australia

22nd World Congress on Ultrasound in OBGYN

09. september - 12. september 2012. København, Danmark

FIGO World Congress

07. oktober - 12. oktober 2012. Roma, Italia

Unwanted pregnancy - a fact of life, FIAPAC Congress

19. oktober - 20. oktober 2012. Edinburgh, Skottland

2012

1st Nordic Congress on Obesity in Gynecology and Obstetrics

22. oktober - 24. oktober 2012. Billund, Danmark

Årsmøte NGF

25. oktober - 27. oktober 2012. Tromsø

Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility

08. november - 11. november 2012. Lisboa, Portugal

XIVth Advanced Course in Obstetrics for Scandinavian Obstetricians

19. november - 21. november 2012. London, Royal College of Obstetrics and Gynaecology

2013

1st Global Conference on Contraception, Reproductive & Sexual Health

22. mai - 25. mai 2013. København, Danmark

10th Congress, European Society of Gynecology

19. september - 23. september 2013. Brussel, Belgia

Kolposkopi-kurs

24. oktober 2012 12.00-18.00

Sted: Tromsø, Sykehuset

Kursprogram (foreløpig): 6 sesjoner á 45 min

1. Cervix: Anatomi og patologi / Etiologi av cervixforandringer
2. Kolposkopi av den normale cervix / terminologi
3. Kolposkopi av patologiske cervixforandringer
4. Prøvetaking – praktiske aspekter
5. Avvikende prøvesvar / dysplasier – oppfølging av prøvesvar - spesielle pasientgrupper: gravide, pre- og postmenopausale kvinner
6. Konisering – praktiske aspekter og evt. praktiske øvelser

Foredragsholder:

Prof. Dr. med Bjørn Hagen, Seksjonsoverlege, St. Olavs Hospital, Trondheim

Prof. Dr. med Anne Ørbo, Forskningsgruppe for gynekologisk onkologi v/ UiT, Tromsø

Visanne®

Dienogest



C1 Visanne «Bayer AB» Progestogen. ATC-nr.: G03D

TABLETTER 2 mg: Hver tablett inneh.: Dienogest. 2 mg, lactos. monohydr. 62,8 mg, const. q. s.1

Indikasjoner: Til behandling av endometriose.

Dosering: 1 tablett daglig, helst til samme tid hver dag og med litt væske etter behov. Tablettene skal tas uten opphold, uavhengig av vaginal blødning. Neste pakning påbegynnes uten opphold. Ingen erfaring med behandling utover 15 måneder. Behandling kan igangsettes hvilken som helst dag i menstruasjonsyklus. Enhver hormonell prevensjon må seponeres først. Dersom prevensjon er nødvendig skal ikke-hormonelle prevensjonsmetoder benyttes (f.eks. barrieremetode). Redusert effekt ved uteglemte tablett, oppkast og/eller diaré (inntil 3-4 timer etter inntak). Ved én eller flere uteglemte tabletter tas 1 ny tablett. Barn og ungdom: Ikke indisert til barn før menarke. Sikkerhet og effekt hos ungdom (fra menarke til 18 år) er ikke fastlagt. Eldre: Ingen relevant indikasjon. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. Administrering: Oral bruk. Kan tas med eller uten mat.

Kontraindikasjoner: Behandlingen seponeres umiddelbart hvis noen av nevnte tilstander oppstår. Aktiv venøs tromboembolisme. Nåværende eller tidligere arteriell og kardiovaskulær sykdom. Diabetes mellitus med vaskulære risikofaktorer. Tidligere eller eksisterende alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke har normalisert seg. Tidligere eller eksisterende levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte kjønnsormonnavhengige maligniteter. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Dersom noen av tilstandene/risikofaktorene nevnt nedenfor er til stede eller forverres, bør en individuell nytte-/risikostyring gjennomføres før behandling igangsettes eller gjenopptas. Uterin blødning kan forverres ved bruk, ved adenomyosis uteri eller uterin leiomyom. Dersom blødningen er kraftig og vedvarer, kan det føre til anemi (alvorlig i noen tilfeller). Ved anemi bør seponering vurderes. De fleste får endret blødningsmønster. Ved hypertensjon er risiko for slag potensielt noe høyere ved bruk av preparater som kun inneholder progestogen. Kan foreligge økt risiko for venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme) ved bruk av preparater som kun inneholder progestogen. Risikofaktorer for venøs tromboembolisme (VTE) inkluderer positiv familiehistorie (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder) eller personlig sykehistorie, alder, fedme, langvarig immobilisering, omfattende kirurgi eller alvorlig traume. Ved langvarig immobilisering er seponering anbefalt (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før inngrep), og behandlingen skal ikke gjenopptas før 2 uker etter en fullstendig rehabilitering. Økt risiko for tromboembolisme i puerperium må vurderes. Behandling stanses umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Svak økt relativ risiko for brystkreft (fortrinnsvis ved bruk av både østrogen og progestogen). Økt risiko reduseres gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Sjeldne tilfeller av benigne levertumorer, og enda sjeldnere maligne levertumorer, er observert. Slike tumorer har ført til livstruende intraabdominale blødninger i enkelte tilfeller. Levertumor bør vurderes som differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, leverforstørrelse eller tegn på intraabdominal blødning. Ved økt risiko for osteoporose bør en nøye nytte-/risiko-vurdering foretas før behandling igangsettes. Ved tidligere depresjoner bør pasienten observeres nøye, og dienogest bør seponeres dersom depresjonen vender tilbake i alvorlig grad. Påvirker vanligvis ikke blodtrykk, men ved klinisk signifikant hypertensjon anbefales seponering og behandling av hypertensjon. Tilbakevendende kolestatisk gulsott og/eller pruritus som oppsto første gang under svangerskap eller tidligere bruk av kjønnssteroider, krever seponering. Kan påvirke insulinresistens og glukosetoleranse. Ved diabetes, særlig tidligere svangerskapsdiabetes, anbefales nøye overvåking. Kloasme kan av og til forekomme, særlig ved tidligere kloasme under graviditet. Ved tendens til kloasme bør sollys og UV-stråling unngås. Ektopisk graviditet er mer sannsynlig ved bruk av preparater med kun progestogen enn ved bruk av kombinasjonspreparater. Ved ekstruterin graviditet i sykehistorien eller problemer med egglederfunksjonen, skal preparatet derfor kun brukes etter grundig vurdering av fordeler og ulemper. Vedvarende ovariefollikler kan oppstå. De fleste av disse cystene er asymptomatiske, men noen kan være ledsaget av bekkenmerter. Inneholder laktose, noe som bør tas hensyn til ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Induktorer eller hemmere av CYP 3A4 kan påvirke metabolismen. Fenytin, barbitu-

rater, primidon, karbamazepin, rifampicin og mulig også okskarbazepin, topiramid, felbamid, griseofulvin, nevirapin og produkter med johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan føre til økt clearance av kjønnsormoner, bivirkninger (f.eks. endret uterin blødningsprofil) og nedsatt terapeutisk effekt. Maks. enzyminduksjon observeres vanligvis ikke før etter 2-3 uker, men kan da vedvare i minst 4 uker etter avsluttet behandling. Soppmidler av azolypen (ketokonazol, itraconazol, flukonazol), cimetidin, verapamil, makrolider (erytromycin, klaritromycin og roksitromycin), diltiazem, proteasehemmere (ritonavir, saquinavir, indinavir, nelfinavir), antidepressiver (nefazodon, fluvoksamin, fluoksetin) og grapefruktjuice kan øke plasmanivået av progestogen og føre til bivirkninger. Klinisk relevant interaksjon med cytokrom P-450-enzymmediert metabolisme av andre legemidler er lite sannsynlig. Forskrivningsinformasjon for andre legemidler som gis samtidig, må konsulteres for å avdekke potensielle interaksjoner. Biotilgjengelighet påvirkes ikke ved inntak av et standardisert måltid med høyt fettinnhold.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Begrensete data. Skal ikke gis, da det ikke er nødvendig å behandle endometriose under graviditet. Overgang i morsmelk: Ukjent. Behandling anbefales ikke under amming. Fordeler ved amming for barnet veies mot fordeler av behandling for moren før det besluttes om amming skal opphøre eller behandlingen avsluttes. Fertilitet: Ovulasjon hemmes ved de fleste. Ved behov for prevensjon, skal ikke-hormonell metode brukes. Menstruasjonsyklus tilbake til normalt innen 2 måneder etter avsluttet behandling.

Bivirkninger: Bivirkninger opptrer hyppigere de første månedene etter start behandlingsstart, og avtar ved fortsatt behandling. Endret blødningsmønster, sporblødninger, uregelmessige blødninger eller amenoré kan oppstå. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme, magesmerter, flatulens, abdominal distensjon, oppkast. Hud: Akne, alopeci. Kjønnsorganer/bryst: Ubeklag i brystet, ovariecyster, hetetokter, uterin/vaginal blødning inkl. sporblødninger. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter. Nevrologiske: Hodpine, migrene. Psykiske: Nedstemthet, søvnforstyrrelse, nervøsitet, tap av libido, humørendringer. **Stoffskifte/ernæring:** Vektøkning. Øvrige: Asteniske tilstander, irritabilitet. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Diaré, obstipasjon, abdominal ubehag, gastrointestinal betennelse, gingivitt. Hjerne/kar: Uspesifikke sirkulatoriske lidelser, palpitasjoner, hypotensjon. Hud: Tørr hud, hyperhidrose, pruritus, hirsutisme, onychoclasia, flass, dermatitt, unormal hårvekst, fotosensitivitetsreaksjon, pigmentforstyrrelser. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal candidiasis, vulvovaginal tørrhet, genital utflod, bekkenmerter, atrofiisk vulvovaginit, brystknoter, fibrocystisk brystsykdom, indurasjon i bryst. **Luftveier:** Dyspne. Muskel-skjelettsystemet: Skjelettsmerter, muskelspasmer, smerter i ekstremiteter, tyngdefølelse i ekstremiteter. Nevrologiske: Ubalanse i autonomt nervesystem, konsentrasjonsvansker. Nyre/urinveier: Urinveisinfeksjon. Psykiske: Angst, depresjon, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Vektreduksjon, økt appetitt. Øre: Tinnitus. Øye: Tørr øyne. Øvrige: Ødem.

Overdosering/Forgiftning: Akutte toksisitetsstudier indikerer ikke noen fare for akutte bivirkninger. Daglig inntak av 20-30 mg dienogest (10-15 ganger høyere enn vanlig dose) i over 24 uker ble svært godt tolerert. Behandling: Intet spesifikt antidot.

Egenskaper: Klassifisering: Nortestosteronderivat uten androgen aktivitet, men med antiandrogen aktivitet som tilsvarende ca. 2 av den cyproteronacetat har. Virkningsmekanisme: Reduserer endogen produksjon av østradiol og undertrykker trofiske effekter av østradiol på eutopisk og ektopisk endometri. Vedvarende behandling med dienogest gir hypøstroget, hypergestasjon endokrint miljø som gir decidualisering av endometrievev etterfulgt av atrofi av endometriske lesjoner. Absorpsjon: Raskt og nesten fullstendig. C_{max}: 47 nanogram/ml. T_{max}: Ca. 1,5 timer. Biotilgjengelighet: Ca. 91%. Proteinbinding: 90%, ikke-spesifikt til albumin. 10% er frie steroider. Fordeling: Distribusjonsvolum: 40 liter. Halveringstid: Ca. 9-10 timer. Serumnivået avtar i 2 faser. Halveringstid til metabolitter i urin: 14 timer. Steady state nås etter 4 dager. Cl/F: 64 ml/minutt. Metabolisme: Hovedsakelig via CYP 3A4. Utskillelse: Utskilles i urin og feces i forholdet ca. 3:1 etter administrering av 0,1 mg/kg.

Andre opplysninger: Visse resultater av laboratorietester inkl. biokjemiske parametre for lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivåer av proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid-/lipoproteinfraksjoner, parametre for karbohydratmetabolisme, koagulasjon og fibrinolyse kan påvirkes.

Pakninger og priser: 1 x 28: kr 452,30 (nov. 2011) 3 x 28: kr 1286,80 (nov. 2011)

Sist endret: 23.09.2011

Referanser:

1. Strowitzki T. et al. Eur J Obst Gynecol Reprod Biol 2010;151:193-198
2. Kohler G et al. Int J Gynecol Obstet 2010;108:21-25



Bayer HealthCare

Bayer AS, Drammensveien 147 B, 0212 Oslo,
Telefon 2411 1800, Telefaks 2411 3933

Visanne®

Visanne®

Dienogest



- Signifikant reduksjon av endometriose-assosiert bekkenmerte¹
- Færre endometrioselesjoner²

Indikasjon: Til behandling av endometriose.

Dersom prevensjon er nødvendig skal ikke-hormonelle prevensjonsmetoder benyttes (f.eks. kondom)

Dosering: 1 tablett (2 mg) daglig.

Kontraindikasjoner: Visanne® skal ikke brukes hvis noen av tilstandene nedenfor er tilstede:

- aktiv venøs tromboembolisme
- nåværende eller tidligere arteriell og kardiovaskulær sykdom
- diabetes mellitus
- tidligere eller eksisterende leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke har normalisert seg

Bivirkninger forekommer hyppigere i de første månedene etter behandlingsstart, og avtar ved fortsatt behandling. De hyppigst rapporterte bivirkningene ved behandling med Visanne® er:

- hodepine (9%)
- ubehag i brystet (5,4%)
- nedstemthet (5,1%)
- akne (5,1%)

For fullstendig oversikt, se felleskatalogtekst.

Visanne®



Bayer HealthCare