

24-2  
2011

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## INNHOLD

■ **Hormonbehandling i klimakteriet s. 8** ■ **Vulvasykdommer s. 12** ■ **Årsmøtet i Ålesund s. 37** ■ **Debatt: Surrogati s. 20**





# p = 0.027

- Effektiv etterbehandling ved Bakteriell vaginose  
(ref.: B Stray-Pedersen et al, BMC Women's Health 2008, 8;3)
- Ecovag Balance® inneholder naturlige kvinnelige melkesyrebakterier og har i vitenskapelige, kliniske studier, bevist sin effektivitet  
Les mer på [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net)
- Ecovag Balance skal *kun* doseres én gang daglig
- Ecovag Balance fås på apotek og i Vitaflors nettbutikk



Vitaflo Scandinavia AB NUF  
Fornebuveien 44,  
Postboks 107, 1325 Lysaker  
Telefon: 67 11 25 40  
Fax: 67 11 25 41  
Web: [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net)  
E-post: [infono@vitaflo.net](mailto:infono@vitaflo.net)

  
**VITAFLO**  
Part of the Navamedic Group



# 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

Runa Sigrud Aabø  
Sandvika Spesialistsenter  
E-mail: raa@sandspes.no  
Tlf: 41 51 87 15

## Medredaktør

Tom Seeberg  
Spesialistpraksis, Tønsberg  
E-mail: tomseebe@online.no  
Tlf: 909 13 464

## Redaksjonsmedlemmer

Kristin Skogøy  
Nordlandssykehuset HF  
E-mail: kristin.skogoy@nlsh.no  
Tlf: 952 75 910

Margit Steinholt  
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen  
E-mail: Margit.Steinholt@sasyk.nl.no  
Tlf: 993 55 760

Anne Zandjani  
Ski Spesialistsenter  
E-mail: az@skispes.nhn.no  
Tlf: 926 43 680

## 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

Ellen Lange

## GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

## Materiellfrister 2011

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

# Innhold

■ <b>Redaktøren</b>	4
■ <b>Leder</b>	6
■ <b>Artikkel</b>	
Hormonbehandling i klimakteriet: Oppdatering og terapianbefalinger	8
VULVOVAGINITTER – d'er vanskli' det...	12
Kambodsja: Betydelig reduksjon i maternell og perinatal dødelighet	14
På oppdrag for Leger Uten Grenser	18
■ <b>Debatt</b>	
Barn for enhver pris?	20
Surrogati – bra for hvem?	21
Kommentar til NPE-debatten i Gynekologen 24-I 2011	22
■ <b>FUGO</b>	
Kjære FUGO-medlemmer!	25
FUGO-Kurs: Menopause/Klimakteriet	26
ENTOG-utveksling, Belgia	28
■ <b>Foreningsnytt</b>	
Høring - Utkast til policynotat om mødrehelse	33
Global kvinnehelse	33
EBCOG President's Newsletter	34
■ <b>Årsmøte</b>	
Ta turen til Ålesund!	37
Velkommen til Årsmøte NGF i Ålesund 2011	40
Program NGF Årsmøte	41
■ <b>Kurs/kongress</b>	
Bærekraftig prioritering	42
NGF's Vårkurs 2011	44
Kongresskalender	47



24-2  
2010



Norsk gynekologisk forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING

## Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2010-2011

Leder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinneklippen St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	900 35 427
Nestleder	Knut Hordnes	Spesialistpolikliniken, Hospitalet Betanien, Fyllingsdalen	knut.hordnes@uib.no kevin.s.oppegaard@	915 38 874
Vitenskapelig sekretær	Kevin Sunde Oppegaard	Gyn. avdeling, klinikk Hammerfest	helse-finnmark.no	78 42 10 00
Kasserer	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	toril.kolaas@c2i.net	911 55 703
Styremedlem og Redaktør Gynekologen (PSL)	Runa S. Aabø	Sandvika Spesialistsenter	raa@sandspes.no	415 18 715
Sekretær (FUGO)	Marte Myhre Reigstad	Ringerike sykehus, Hønefoss	martereigstad@gmail.com	990 02 294
Varamedlem	Synnøve Lian-Johnsen	Kvinneklippen, Haukeland universitetssykehus	synnove.johnsen@helse-bergen	909 57 029
Varamedlem (for PSL)	Jørn-Hugo Karlsen	Privatpraksis, Tønsberg	jorn.h@bluezone.no	950 20 854
Varamedlem (for FUGO)	Erik Andreas Torkildsen	Kvinneklippen, Stavanger Universitetssjukehus	toea@sus.no	926 01 220



- Runa Sigrid Aabø
- Sandvika Spesialistsenter
- raa@sandspes.no

# Gjør en frivillig innsats



**H**umanitært arbeid opptar norske gynekologer. Gynekologen har i flere artikler gitt et lite innblikk i det arbeidet som utføres av våre kolleger i utviklingsland, og det er mange som har stor erfaring å dele.

I foreningens regi vil det nå startes en interessegruppe for global kvinnehelse. På kommende årsmøte i Ålesund vil det bli arrangert et formøte hvor interesserte kolleger kan komme sammen og være med å utforme gruppen. Interesserte kolleger oppfordres til å melde seg på.

**S**elv i vårt rike, velfungerende samfunn med et helsevesen som ansees som et av de beste, er det behov for humanitær bistand. Gruppen av papirløse migranter er en marginalisert gruppe med stort behov for helsehjelp og få rettigheter. Legeforeningen har gjentatte ganger påpekt overfor myndighetene behovet for å legge til rette for at denne gruppen skal få dekket nødvendig helsehjelp ut over øyeblikkelig hjelp, rett til svangerskapsomsorg og abort samt barns rettighet til helsetjeneste. Den medisinske etikk grunnleggende prinsipp er å yte helsehjelp til den som har behov, ikke kun til den som kan betale. Ivaretagelse

av god helse er dessuten lønnsomt både for den enkelte og for samfunnet som helhet.

**K**irkens Bymisjon og Røde Kors har fra oktober 2009 i fellesskap drevet Helsesenter for papirløse migranter. Helsesenteret hadde i 2010 1200 registrerte konsultasjoner fordelt på 432 pasienter. 35 % av pasientene er kvinner, de fleste av dem i fertil alder. Disse kvinnene befinner seg i en svært sårbar situasjonen som gir utslag i øket fysisk og psykisk helserisiko. Helsesenteret har per i dag 90 frivillige allmennleger, ulike legespesialister, psykologer, jordmødre, sykepleiere, fysioterapeuter, kiropraktorer, bioingeniører og farmasøyt. Reproduktiv helse er et satsningsområde og det søkes etter frivillig gynekolog. Det er også ønske om et ultralydapparat med vaginalprobe til donasjon.

**D**et hersker en god og entusiastisk atmosfære ved senteret. De frivillige er engasjerte og det er et godt tverrfaglig samarbeid. Er du villig til å bruke litt av fritiden din?

**F**or videre informasjon se annonse s 47, <http://www.bymisjon.no/Virksomheter/Helsesenteret-for-papirlose-migranter/> og <http://www.bymisjon.no/PageFiles/4132/Pair!%c3%b8se%20migranter%20rapport.pdf>

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

### STAN-GRUPPEN

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

### LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Ingeborg B. Engelsen, Anton Langebrekke, Marit Lieng, Eilef Hellem

### NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

### GYNEKOLOGEN

Runa S.Aabø, Tom Seeberg, Kristin Skogøy, Margit Steinholt, Anne Zandjani.

### KVALITETSUTVALGET

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

### FUGO

Erik Andreas Torkildsen (2010/2011), Sjur Lehmann (2011/2012), Kristine Kleivdal (2010/2011), Christian Tappert (2011/2012), Pawel Wilkosz (2010/2011) og Marte Myhre (2011/2012)

### 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 Hofft Kierulf (vara), Sjur Lehmann (vara).

#### NFGO

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

#### EBCOG (For 2010-2011):

Bjørn Backe, Runa Aabø (PSL/NGF), Rolf Kirschner (EXEC)

#### NFOG'S NEMNDER

Tone Skeie Jensen (etterutdanning), Knut Hordnes (vitenskapelig komite)

# Overtid på overtid



**S**om moderat fotballinteressert føler jeg ofte lettelse når fotballkampen på TV går på overtid, for da kan jeg snart gjøre noe annet. Jeg er mer interessert i overtid enn fotball, men likevel er det med stor lettelse at jeg føler vi er i sluttminuttene i overtidssaken. Problemet med overtidssaken er at dette skader oss. Nå kan vi ha pådratt oss et omdømmeproblem.

**J**eg har muligens litt skyld, fordi jeg sammen med Jakob Nakling viste at relativ risiko for perinatal død regnet pr pågående svangerskap – i Oppland - økte signifikant fra uke 41 til uke 42 (AOGS 2006) og vår konklusjon var at retningslinjene (fra 1998) burde endres. Hva som skulle til skrev vi ikke noe om, det visste vi ikke. Runa Heimstad m fl viste det samme mønsteret både for perinatal dødelighet og dødfødsler, først i tall fra Trondheim (Obstet Gynecol 2008) og så for hele landet (AOGS 2008).

**I** diskusjoner om overtid og mulig unngåelige dødsfall bør vi primært fokusere på de intrauterine dødsfallene som kan være relatert til overtid, og mindre på perinatal mortalitet som kan ha mange årsaker. Risikøkningen for intrauterin fosterdød etter termin er nå helt minimal, skriver

Haavaldsen og Eskild (Tidsskriftet 2011). Deres påvisning av at risikøkningen er knyttet til kvinner som er 35 år og eldre, er et viktig funn som bør få konsekvenser for vår praksis. For tiden er risikoen for intrauterin fosterdød rundt 1 promille regnet per pågående svangerskap (Augensen m fl. Tidsskriftet 2011). Dette er sensasjonelt lavt.

**D**e tre norske randomiserte overtidssstudiene (Augensen 1987, Bergsjø 1989, Heimstad 2007) viste ingen nytte av induksjon. Det er et poeng at de som inkluderes i slike studier både er friske og blir fulgt godt opp. Fordi det er to nivåer på svangerskapsomsorgen, primær og spesialisthelsetjeneste, var det en naturlig konsekvens å flytte tidspunktet for overtidsvurdering litt fram i tid slik det ble gjort da overtidskapitlet i Veileder i fødselshjelp ble revidert i 2010. Revisjonen ble initiert av NGFs styre, og vi informerte Helsedirektoratet om at vi på denne måten hadde tatt kritikken på alvor. Direktoratet ble også informert om innholdet i den reviderte prosedyren før den ble lagt ut på nett.

**I** alt oppstyret har vi ikke fått fram budskapet om at perinatal mortalitet i Norge er blant de laveste i verden og aldri har vært lavere. Og heller ikke budskapet om at forskning og diskusjon i fagmiljøene er en drivkraft for å bedre kvaliteten på helsetjenestetilbudet. Man kan godt se uenighet som en forutsetning for utvikling. Fag hvor simpelt flertall avgjør hva som er sant, er fag uten utvikling (for eksempel jus, teologi). Vi tåler godt faglige diskusjoner. Idealet bør være den herredømmefrie dialog (jfr. Habermas), hvor man blant annet

lytter og har respekt for andres argumenter. Det er uheldig hvis vi blir oppfattet som arrogante og stridslystne kamphaner/høner.

**H**va vi derimot ikke kan tåle er usanne og infamerende påstander, som at det dør 11 barn i året som følge av vår praksis. Eller at det dør flere barn ved de avdelingene som venter til 43. uke. Når selveste Folkehelseinstituttet i minst 2 år systematisk driver skremselspropaganda ("Hvor mange barn må dø?") og faktisk fortsetter etter at retningslinjene er revidert og klarert med Helsedirektoratet (for eksempel i NRK Puls og Sykepleien, se lenkene på NGFs hjemmesider), da er toleransegrensen overskredet. Det mente også Helsedirektoratet, og innslaget på Dagsrevyen 10.05 (se lenke på NGFs hjemmesider) med HP Aarseth og P Magnus kan vanskelig tolkes som annet enn full retrett fra Folkehelseinstituttet. Håper at denne støykilden er stoppet nå.

**P**å møtet 10.05 sa Aarseth at Helsedirektoratet kan leve med variasjoner i medisinsk praksis, men de kan ikke tolerere praksisforskjeller som fører til dårligere resultater for noen. Det er et standpunkt det står respekt av.

**D**enne saken har skadet oss. Det spørs om det ikke er plantet et solid inntrykk av at gynekologer er autoritære prestisjeryttere som gambler med ufødte barns liv og mødrenes helse og lar hele skoleklasser (sitat Frøen) av fostre dø, av prestisjegrunner og fordi vi ikke leser internasjonal litteratur osv. Hvis dere googler overtid og kikker litt på det som kommer opp, skjønner dere hva jeg sikter til. For ikke å snakke om Facebook.

I februar 09 foreslo Helsedepartementet i St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet at det skulle lages nasjonale retningslinjer for "en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg." Da Stortingets Helsekomité kom med sin innstilling i mai 2009 (Innst. S. nr. 240 (2008-2009) la komiteen til at "retningslinjene blant annet bør omfatte håndtering av overtidige svangerskap", uten nærmere begrunnelse. Og Stortinget vedtok dette. Så der er vi. Direktoratet har så langt prioritert å få på plass retningslinjer for barselperioden, fordi dette har vært totalt fraværende i Norge.

Vi må altså ta inn over oss at selveste Stortinget har bedt om nasjonale retningslinjer for håndtering av overtid.

Som om vi ikke har hatt det, lenge. Antakelig betyr det rett og slett at Stortinget ikke vil se på at vår overtidspraksis utløser offentlig debatt. Uansett om vi har fortjent dette eller uforskyldt er havnet i denne situasjonen på grunn av et mediekjør hinsides vår innflytelse, er resultatet det samme. Det er lett å se at overskrifter om full splittelse og strid blant gynekologer, total forvirring om overtid osv kan føre til at noen i Stortinget vil ta rotta på oss ved å innføre nasjonale retningslinjer for fødselshjelp. Det er enkelt å lage retningslinjer ved å klippe og lime for eksempel fra NICE, slik det ble gjort da retningslinjene for svangerskapsomsorg ble laget. At det er en dårlig ide sammenlignet med å la familmiljøet utvikle retningslinjene

sjøl, vil ikke Stortinget bry seg om. Vi har fått et sterkt signal. Storting, departement og direktorat vil ha fred og ro, og ikke store mengder misfornøyde og oppskremte gravide.

Jeg tror ikke det går så langt at vi får omfattende og detaljerte nasjonale retningslinjer tredd nedover øra. Men i fortsettelsen av denne saken må vår strategi være å imøtekomme de som ønsker å stramme oss opp (Helsedepartementet, Stortinget) samt hjelpe de som er pålagt å gjøre det (Helsedirektoratet). Og så må vi pleie vårt omdømme. Kanskje en konsensus om hvordan vi skal håndtere våre pasienter vil være tjenlig?

Gardasil «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01

**INJEKSJONSUÆSKE, suspensjon:** Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 LI-protein ca. 20 Mg, type 11 LI-protein ca. 40 Mg, type 16 LI-protein ca. 40 Mg, type 18 LI-protein ca. 20 Mg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborant, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 225 Mg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine for bruk fra 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med visse onkogene humane papillomavirus (HPV)-typer, samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se forsiktighetsregler og egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn <9 år:** Ingen erfaring. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en enkelt kvinne bør tas etter vurdering av risiko for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som kvinner allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mlE/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdititer var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert booster-vaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Grauiditet/Amning:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under grauiditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført grauiditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. **Biivirkninger:** Svært vanlige (>1/10): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pureksi. Vanlige (>1/100 til <1/10): Muskelskjelettsystemet. Smarter i ekstremitetene. Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymfe. Lymfadenopati, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, utmattelse, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er biivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedde viruslignende partikler (VLP) fra hoved LI-kapsid-proteinet hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at LI VLP-vaksiner beskytter ved å induisere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, Valn 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% anti-tistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primær-vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoff-respons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdititer observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke frøs. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller ufullsmateriale skal behandles iht. lokale krav. **Pakninger og priser:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) 098722. Kr.1170,80. Godkjent SPC:18/08/2010. Sist endret: 17.11.2010

# Nyhet: Gardasil<sup>®</sup>, nå for kvinner opptil 45 år!



## Vær med og gjør en forskjell for kvinners helse Tilby HPV-vaksinasjon!

Gardasil<sup>®</sup> er nå godkjent fra 9 års alder til forebygging av:\*

- premaligne genitale lesjoner i livmorhalsen, vulva og vagina relatert til visse onkogene HPV-typer
- livmorhalskreft relatert til visse onkogene HPV-typer
- kjønnsvorter forårsaket av spesifikke HPV-typer

Indikasjonen for Gardasil<sup>®</sup> er basert på effekt av vaksinen hos kvinner fra 16 til 45 år og påvist immunogenisitet hos barn fra 9 til 15 år.\*

Les mer på  
[www.gardasil.no](http://www.gardasil.no) og [www.spmsd.no](http://www.spmsd.no)

  
**GARDASIL<sup>®</sup>**

\* Norsk SPC 18/08/2010

- Erik Qvigstad
- Overlege, Gynekologisk avdeling, Kvinne- og barneklivnikken, Oslo universitetssykehus Ullevål og professor ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- erik.qvigstad@uus.no
- Mette Haase Moen
- Overlege, Kvinneklivnikken, St Olavs Hospital, Trondheim og førsteamanuensis ved Det medisinske fakultet, NTNU, Trondheim
- mette.moen@ntnu.no

# Hormonbehandling i klimakteriet: Oppdatering og terapianbefalinger

**For ti år siden var hormonbehandling peri- og postmenopausalt (HRT) relativ ukontroversiell ved behandling av klimakterielle plager og som forebygging og behandling av osteoporose, selv om en liten/moderat økt risiko for brystkreft og venøs tromboemboli var kjent. Epidemiologiske studier tydet dessuten på at HRT kunne beskytte mot koronar hjertesykdom, men dette ble aldri etablert som indikasjon for behandling.**

Publisering av to store amerikanske studier (WHI, Womens Health Initiative og HERS, The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study) i 2002 medførte et paradigme skifte i hormonbehandling i klimakteriet, som gjennom de følgende årene har ført til sterk reduksjon i bruk av HRT, til ca en tredel. Det er rimelig å stille spørsmål om dette var en adekvat reaksjon og om de amerikanske data kan overføres til norske forhold. Vi vil belyse dette med publiserte data og anbefalinger, egne erfaringer og foreslå terapirutiner.

## Bakgrunn

I juli 2002 ble det publisert to randomiserte studier, HERS II som inkluderte kvinner med tidligere hjertesykdom (1) og WHI friske kvinner (2), som viste at hormonbehandling ikke hadde beskyttende virkning mot koronarsykdom, i WHI endog en økt risiko, og også økt risiko for hjerneslag. Til tross for at de inkluderte kvinnene var eldre og preparatene var andre enn de som ble anvendt i Norge, fikk disse studiene betydelig medieomtale og påvirket brukere, leger og andre i løpet av kort tid. I 2003 ble den engelske observasjonsstudien "Million Women Study" publisert (3), der hormonbehandling med østrogen/gestagen enda sterkere ble assosiert med økt

risiko for brystkreft, og at varigheten av behandlingen var vesentlig for denne risiko. Denne studien omhandlet HRT produkter som brukes i Norge, inkl. tibolon. Omtalte studier og senere subanalyser har blitt behørig analysert, kritisert og kommentert.

En spørreundersøkelse blant norske gynekologer etter HERS og WHI (4), og en tilsvarende skandinavisk (5), viste at gynekologene hadde endret holdning til HRT etter publisering av WHI. Gynekologene hadde tidligere et høyt forbruk av HRT for seg selv og eventuell partner, hvilket indikerte en grunnleggende positiv holdning til denne behandling. Om denne innstilling har endret seg de senere årene er ukjent.

## Oppdaterte anbefalinger

Statens legemiddelverk har gitt sine siste terapianbefalinger om hormonbehandling av kvinner med menopausale symptomer i 2003. International Menopause Society (IMS) siste anbefalinger ble publisert i 2007 (6), European Menopause and Andropause Society (EMAS) i 2008 (7) og North American Menopause Society (NAMS) i 2010 (8). Hovedelementene er:

- Individuelle risikofaktorer skal vurderes før foreskriving av hormonbehandling
- Anbefale livsstilsendringer (mosjon, vektkontroll, kosthold etc)

- Hovedindikasjon er behandling av klimakterielle symptomer
- Behandlingsstart tidlig etter menopausen og før fylte 60 år
- Behandlingsvarighet er kontroversiell, individuell vurdering av nytte og risiko
- Ved tidlig menopause er det sannsynligvis klar helsegevinst med HRT

## Terapianbefalinger

Hovedindikasjonen for HRT er lindring av menopausale symptomer (hetetokter, søvnforstyrrelser etc). Det må være en individuell vurdering av kvinnen og hennes plager og ønsker, og med gunstigste start av hormonbehandling ("window of opportunity") omkring menopausen og i alle fall før fylte 60 år. Ved valg av riktig preparat og dosering kan vi lindre symptomer, redusere bivirkninger og risiko og kanskje oppnå andre helsegevinster. Flere studier har vist betydelig gunstigere bivirkningsprofil med rene østrogener sammenlignet med kombinasjonspreparater med gestagener.

## Preparater

Tilgjengelige preparater er noe begrenset i Norge, sammenlignet med andre land. Her inneholder all HRT østradiol, mens gestagenet kan være noretisteron eller



medroxyprogesteron. De perorale hormonpreparater er helt dominerende, mens depotplaster og kremer anvendes i større utstrekning i andre land.. Det er ingen godkjente preparater med tillegg av testosteron til bruk ved klimakterielle plager i Norge; noen leger forskriver preparater på registreringsfritak, andre bruker –i redusert mengde- eksisterende testosteron-produkter for menn, mens de fleste av oss er nok forsiktige med bruk av testosteron.

I Norge og øvrige Europa omtales perorale preparater inneholdende østradiol med 2 mg som høydoserte, 1 mg som lavdoserte og 0.5 mg som ultralavt. Det er ingen nøyaktig korrelasjon med ekvipotente doser for depotplaster, men dosene varierer fra 25 til 100 ug/24 timer. Kombinasjonspreparatene har ulike gestagener, noe som har liten praktisk betydning. Gestagen gitt syklisk (10-14 dager per 4 uker) medfører regelmessig blødning, gestagen tilført kontinuerlig (kontinuerlig kombinert HRT) gir i de fleste tilfeller blødningsfrihet. I tillegg er tibolon tilgjengelig, et syntetisk steroid med østrogen, gestagen og androgen effekt, med samme indikasjoner og kontraindikasjoner som annen HRT.

### Perimenopausal behandling

Klimakterielle symptomer kan forekomme før menopausen, sannsynligvis på grunn av sterkt svingende østrogennivå. Måling av hormoner (østradiol og FSH) er derfor ikke veiledende for valg av behandling. Hvis kvinnen har symptomer med mer eller mindre regelmessig menstruasjon, vil man anbefale sekvenspreparater med lav østrogendose. Mange av disse kvinnene har varierende egenproduksjon av østradiol, slik at tilskuddet kan gi bivirkninger og føre til autoseponering. Høy østradioldose (2mg oralt) vil for de fleste være unødvendig og oftere medføre bivirkninger. Lavdosert p-pille er et alternativ hvis det ikke foreligger kontraindikasjoner. Det burde være unødvendig å poengtere at HRT ikke er indisert ved behandling av menometroragi. Vi minner om at det kan være andre årsaker til 'klimakterielle plager' enn østrogenmangel (9). Oppfølging av behandling er derfor viktig.

### Postmenopausal behandling

Kvinner med vasomotoriske plager, vil ofte søke hjelp like etter menopause. Med intakt uterus vil det være en avveining om man skal velge kontinuerlig eller sekvens behandling. Kvinnen bør informeres om start av kontinuerlig behandling innen 6-12 måneder etter menopause ofte kan medføre større

blødningsforstyrrelser initialt, noen vil likevel foretrekke dette, men vi anbefaler sekvenspreparater det første året etter menopause. I dag vil man anbefale start med lav dose (oralt 1 mg eller transdermalt 50 ug/24t), og eventuelt øke til høyere dose hvis ikke ønsket effekt i løpet av de første tre måneder.

Hvis det er indikasjon for hormonbehandling over lengre tid, ønsker de fleste et blødningsfritt regime. Man bør holde seg på samme dose østradiol ved overgangen, og etter hvert redusere dosen til ultralav. Hvis ultralav dose ikke har like god effekt på klimakterielle plager, bør kvinnen selv avgjøre dose ut ifra behandlingseffekt og informasjon om potensielle bivirkninger ved langtidsbehandling.

Det er en del kvinner i Norge som tar perorale preparater (lav og ultralav dose) hver annen dag og opplever god effekt. Til tross for at serumkonsentrasjonene vil variere en del er det neppe noen vesentlige innvendinger mot denne praksis, selv om det ikke er publikasjoner som støtter dette. Hvis kvinnen ønsker lavere dose enn ultralav, vil det nok være mer fornuftig å dele depotplaster 25 ug/24t, og dermed opprettholde stabil konsentrasjon.

### Hvor lenge skal man bruke hormoner?

HRT er anbefalt begrenset til 3-5 år av hensyn til den økende risiko for brystkreft, men mange opplever residiv av symptomer og ønsker å fortsette. Det må etter vår mening være kvinnen som tar det endelige valget etter grundig og oppdatert informasjon om fordeler og ulemper. Kvinnen bør informeres om alternativ behandling av symptomer. Det har vært tradisjonell oppfatning at gradvis seponering med stadig lavere østrogendose forebygger tilbakefall, men randomiserte studier har motbevist dette (10, 11).

### Prematur menopause

Noen pasienter har behov for hormonbehandling i relativt ung alder; f.eks. kvinner med Turners syndrom, prematur menopause og etter kirurgisk kastrasjon. Disse kvinnene bør få HRT til naturlig menopausealder (og noen typer av HRT kan utskrives på blå resept). Det er ingen holdepunkter for at tilførte hormoner (østrogen/gestagen) er farligere enn endogent produserte hormoner. I ung alder, spesielt ved raske hormonendringer etter kirurgi, bør man starte med høy dose. I 40-årene, i årene før naturlig menopausealder, kan dosen reduseres til lav, men vi synes ikke man skal bruke ultralav dose før 50 års alder.

### Risikopasienter

**Brystkreft.** HRT medfører en økt risiko for brystkreft, som øker med varighet av behandlingen, og som øker ved tilsatt gestagen (kontinuerlig kombinert i høyere grad enn sekvensiell behandling). Man bør være svært tilbakeholden med hormonbehandling til kvinner som har hatt brystkreft, for det øker risikoen for tilbakefall. Men hvis kvinnen likevel har et sterkt ønske og behov for denne behandling, vil vi etter grundig informasjon anbefale ultralav dose, uavhengig av kvinnens alder.

**Genmutasjon;** Kvinner med BRCA-1 og BRCA-2 mutasjoner vil vanligvis anbefales bilateral salpingo-ooforektomi tidlig i 30-årene. Etter ooforektomi, bør disse unge kvinner få HRT, adekvat østrogen dose.. Det er ikke vist at det øker deres risiko for brystkreft. Ved operasjon bør samtidig hysterektomi overveies, da det vil forenkle hormonsubstitusjon, i form av ren østrogen.

**Tromboemboli.** Oral HRT medfører økt risiko for trombose, og det er relativt kontraindisert til kvinner med tidligere tromboemboli eller med arvelig risiko. Metaanalyse av observasjonsstudier tyder på at transdermal HRT ikke øker risiko for trombose. (12)

**Hypertensjon, adipositas, røyking.** Vi anbefaler noe forsiktighet til kvinner med hypertensjon og adipositas, i og med at de tidlig kan ha karforandringer og være mer disponert for koronarsykdom. Hvis hormonbehandling er aktuell, bør det startes forholdsvis tett etter menopause med så lav dose som mulig, og depotplaster er å foretrekke. Røyking er i seg selv ikke kontraindikasjon for HRT, men noen røykende kvinnene får ikke ønsket effekt av perorale preparater, og depotplaster kan da forsøkes.

**Osteoporose:** HRT er ikke lenger et førstevalg ved forebygging og behandling av osteoporose, men kan være tilleggsindikasjon til behandling av vasomotoriske plager. Hvis annen behandling av osteoporose ikke kan brukes, kan HRT være indisert da reduksjon av frakturer er dokumentert i randomiserte studier. Behandlingen bør starte relativt tidlig etter menopausen og må være langvarig, da effekten fort forsvinner etter seponering.

### Østrogen substitusjon

I Norge er mindre enn 15 % av kvinner hysterektomerte ved naturlig menopausealder (i USA ca 40 %). Hos hysterektomerte er det ingen grunn til kombinasjonsbehandling med østrogen/

gestagen, da gestagen kun er for å beskytte endometriet mot hyperplasi/cancer-utvikling. Å tilføre disse kvinnene unødvendig gestagen øker risiko for subjektive bivirkninger, og flere studier har vist mer ugunstig risikoprofil, spesielt økt forekomst av brystkreft. Et unntak er hysterektomerte endometriosepasienter hvor rent østrogen kan øke risiko for residiv og malign omdanning av rest-endometriose, og kontinuerlig kombinert østrogen/gestagen eller tibolon er derfor å foretrekke.

Subanalyser av WHI-studien har antydnet at ren østrogen har gunstigere bivirkningsprofil med hensyn til koronar sykdom og brystkreft enn kombinert østrogen/gestagen. Nylig ble publisert oppfølgingsdata fra WHI angående østrogenbehandling til hysterektomerte kvinner som hadde brukt østrogen i knappe 6 år, og som ble fulgt i ytterligere 5 år (13). Det ble totalt sett ikke påvist økt eller redusert risiko for koronar sykdom, tromboemboli, hjerneslag, hoftefraktur, colorektal cancer eller total mortalitet. Kvinner som startet med østrogener i 50-årene hadde imidlertid redusert risiko for koronar sykdom. Det er også verdt å merke seg at insidensen av brystkreft i hele perioden (behandling pluss observasjon) var signifikant lavere hos de som fikk ren østrogen i forhold til placebo.

Med kunnskapen om den gunstigere risikoprofil ved bruk av ren østrogen, har spørsmålet vært reist om kvinner med intakt uterus kan behandles med lav eller ultralav østrogen uten tillegg av gestagen under nøye oppfølging med kontroll av endometriet. Vi mener at man bør være tilbakeholdne med slikt regime, ikke minst da den økte cancerisiko persisterer lenge etter seponering av østrogen, men det kan komme mer kunnskap og resultater etter hvert. Et alternativt behandlingsopplegg kan være systemisk østrogen kombinert med levonorgestrel spiral. En finsk studie (14) har imidlertid vist at dette ikke reduserte forekomst av brystkreft i forhold til andre østrogen/gestagen kombinasjoner, men det var en observasjonsstudie som må tas med et stort forbehold.

### Lokal østrogen behandling

Til tross for pakningsvedleggene finnes det knapt kontraindikasjoner ved vaginal bruk av østradiol og østriol. Det er kun pasienter med brystkreft i behandling med aromatase hemmere hvor bruk frarådes, mens brystkreft i tamoxifenbehandling ikke er kontraindikasjon. Østradiol vaginaltabletter 10 µg i anbefalt dosering øker ikke serumnivå av østrogen. Vi vil fraråde bruk av peroral østriol for urogenitale plager, da endometriet kan stimuleres med følgende

hyperplasi og blødninger. Unntak må være behandling av pasienter hvor vaginal applikasjon er umulig. HRT med ultralav østrogendose kan være utilstrekkelig for urogenital effekt og det kan være nødvendig med tillegg av lokal østrogen.

### Alternativer til hormonbehandling

Det er vist at ca 40 % av norske postmenopausale kvinner bruker alternativ behandling for hetetokter, mest soyaprodukter som sammen med promensil tilhører gruppen av phytoøstrogener. Placebo-effekten er stor, og dokumentasjon for virkning og sikkerhet er svak. Konklusjon fra en Cochrane-analyse er at phytoøstrogener ikke har effekt (15). Lavere forekomst av klimakterielle plager hos Østens kvinner forklares ved stort inntak soya i kosten, men det kan ikke sammenliknes med soyaprodukter som kan kjøpes via nettet eller i helsekostbutikker. Da produktkontroll og innholdsbeskrivelse ofte er mangelfull, kan man ikke med trygghet anbefale phytoøstrogener til f.eks. brystkreftpasienter. Cimicifuga racemosa (black cohors) har en beskjeden virkning på hetetokter, men er ikke godkjent i Norge, sannsynligvis fordi det har vært påvist leverskade. Det er en påminnelse om at naturprodukter ikke er ufarlige. Det er dokumentert at følgende farmakologiske behandlingsmetoder er effektive mot hetetokter: gabapentin, klonidin og visse SSRI/SNRI produkter (16). Paroxetin og fluoxetin kan innvirke på metabolismen av tamoxifen og bør derfor ikke gis til kvinner i slik behandling. Gestagen alene kan ha effekt på hetetokter, f.eks. MPA 10 mg (17), men gestagenbehandling medfører ofte bivirkninger. Progesteronkrem har i de fleste kontrollerte studier ikke hatt større effekt enn placebo ved hetetokter (18) og gir ikke endometriebeskyttelse.

### Konklusjon

Det er viktig at vi er faglig oppdaterte og kan gi kvinnene veldokumenterte og individuelle råd om HRT. Indikasjonen er klimakterielle plager, start av behandling bør være ved eller like etter menopause, og dosereduksjon bør tilstrebes. Norske myndigheter foreslår seponeringsforsøk etter 3-5 års bruk, mens de internasjonale anbefalinger ikke setter klare grenser for behandlingsvarighet. Ren østrogen behandling til kvinner som er hysterektomert kan sannsynligvis med større trygghet gis over lengre tid. Lokal østrogen kan brukes av alle med få unntak. Tidligere brystkreft og trombose er kontraindikasjon for HRT, og annen farmakologisk behandling bør foreslås, men effekt og sikkerhet ved 'naturprodukter' er for usikker til at det kan anbefales.

### Referanser

1. Grady D, Herrington D, Bittner V et al. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy. Heart and estrogen/progestin replacement study follow-up (HERS II). JAMA 2002; 288: 49-57.
2. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288: 321-33.
3. Beral V; Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2003; 362: 419-27.
4. Moen MH, Nilsen S-T, Iversen O-E. A significant change in Norwegian gynecologist's attitude to hormone therapy is observed after the results of the women's health initiative study. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 92-3.
5. Pedersen AT, Iversen O-E, Løkkegaard E et al. Impact of recent studies on attitudes and use of hormone therapy among Scandinavian gynaecologists. Acta Obstet Gynecol 2007; 86: 1490-5.
6. Pines A, Sturdee DW, Birkhäuser MH. IMS updated recommendations on postmenopausal hormone therapy. Climacteric 2007; 10: 181-94.
7. Gompel A, Rozenberg S, Barlow DH. The EMAS 2008 update on clinical recommendations on postmenopausal hormone replacement therapy. Maturitas 2008; 61: 227-32.
8. The NAMS position statement. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2010; 17: 242-55.
9. Mohyi D, Tabassi K, Simon J. Maturitas. Differential diagnosis of hot flashes. 1997; 27: 203-14.
10. Haimov-Kochman R, Barak-Glantz E, Arbel R et al. Gradual discontinuation of hormone therapy does not prevent the reappearance of climacteric symptoms: a randomized prospective study. Menopause. 2006; 13: 370-6.
11. Lindh-Astrand L, Bixo M, Hirschberg AL et al. A randomized controlled study of taper-down or abrupt discontinuation of hormone therapy in women treated for vasomotor symptoms. Menopause 2010; 17: 72-9.
12. Olié V, Canonico M, Scarabin PY. Risk of venous thrombosis with oral versus transdermal estrogen therapy among postmenopausal women. Curr Opin Hematol. 2010; 17: 457-63.
13. LaCroix AZ, Chlebowski RT, Manson JE et al. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with prior hysterectomy. JAMA. 2011; 305: 1305-14.
14. Lyytinen HK, Dyba T, Ylikorkala O et al. A case-control study on hormone therapy as a risk factor for breast cancer in Finland: Intrauterine system carries a risk as well. Int J Cancer. 2010; 126: 483-9.
15. Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J et al. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17; (4): CD001395.
16. Nelson HD. Menopause. Lancet. 2008; 371: 760-70.
17. Prior JC, Nielsen JD, Hitchcock CL et al. Medroxyprogesterone and conjugated oestrogen are equivalent for hot flushes: a 1-year randomized double-blind trial following premenopausal ovariectomy. Clin Sci (Lond). 2007; 112: 517-25.
18. Benster B, Carey A, Wadsworth F et al. A double-blind placebo-controlled study to evaluate the effect of progesterone cream on postmenopausal women. Menopause Int. 2009; 15: 63-9.

# Rephresh Vaginalgel

## MOTVIRKER LUKT OG UØNSKET UTFLOD

Regulerer effektivt vaginal pH  
i hele 3 døgn per dosering.

Gjenoppretter normal  
flora vaginalt.

Anbefal Rephresh til dine pasienter som  
ofte har infeksjoner. Klinisk dokumentert  
effekt i form av publiserte studier.

Klinisk  
dokumentert  
– Kjøpes i  
apotek



Ring eller mail oss for  
dokumentasjon og  
pasient informasjon.

Markedsføres av

 **MEDLITE**

Medlite AS, pb 288, 3081 Holmestrand  
Tlf. 33 09 62 12 – post@medlite.no  
www.medlite.no

- Rolf Kirschner
- Overlege Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus
- rkirschn@ous-hf.no

# VULVOVAGINITTER – d’er vanskli’ det...

I 2003 opprettet vi en spesialklinikk for vulvovaginale sykdommer på Kvinneklinikken, Rikshospitalet. Vi fikk rekruttert Karin Edgardh som er dermato-venerolog og gynekolog fra Sverige, som var på Olafiaklinikken, og dermatolog Anne Lise Helgesen fra Hudklinikken, som hadde et par års erfaring fra Kvinneklinikken på Aker i sin tid.

## Nettverk av spesialister

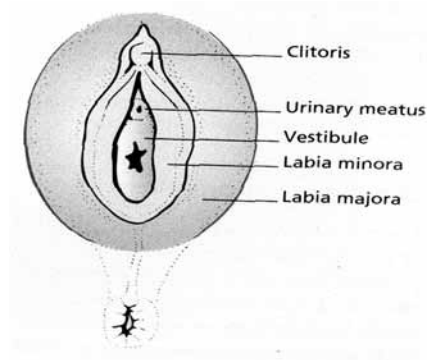
Fra starten av hadde vi god hjelp av sykepleier Signe de Flon på poliklinikken og hun ble etter hvert som en pasientrådgiver, og vi bygget et nettverk av fysioterapeuter med spesiell kompetanse, psykologer og sexologer, og hadde en spesielt interessert patolog, Peter Jebsen. Fra starten av var klinikkledelsen oppmerksom på at dette var ikke sykdommer som ga store takster, og vi fikk i tillegg frihet til å ha konsultasjonstider fra 45 til 30 minutter, avhengig av primærkonsultasjon eller kontroll. Vi baserte oss mye på kunnskaper fra Sverige, der en ARG- rapport ga kunnskaper og tilrådde et intervju-skjema som ble tilsendt pasientene i forkant av konsultasjonen.

Hvorfor var dette nødvendig? Fordi vi begynte å få henvist sykdommer vi ikke hadde sett tidligere, etter hvert i en omfatning som gjorde tiltak nødvendig. Og hvorfor er det nødvendig med denne innledningen? Fordi denne lille spesialpoliklinikken etter hvert begynte å motta henvisninger fra hele landet, og på tross av at det har vært avholdt

en rekke seminarer lokalt for spesialister på Østlandet, og vi har holdt en rekke foredrag på sykehusavdelinger i området, og har snakket om temaet på NGFs Vår møte i Stavanger og har forfattet et kapittel i Veilederen for gynekologi, fortsatt opplever en stor pågang av henvisninger.

E're så vanskl'i a?

## Lite organ med multiple symptomer



I dette lille organet finner vi infeksjoner, hudsykdommer, smertetilstander, tumores og seksuelle dysfunksjoner, primære eller sekundære.

Alle kan diagnostisere infeksjoner som herpes, kondylomer og enkel candida, verre er det med gonorre, syfilis, aftøse sår, pyoderma gangrenosum og Bechet. Andre hudsykdommer og hypertrofier kan være medfødte misdannelser, sekvele strålebehandling og lymfødemer eller granulomatøse betennelser som Mb Crohn. Lichen sclerosus kan være lett- eller vanskelig-, men begrenses gjerne i vulva med resorpsjon av anatomiske strukturer, mens en Lichen planus heller er i vagina, med sår slimhinne og sammenvoksninger, evt kombinert vulva-vagina, obs inspeksjon av munnhulen!

Tumores kan være distinkte eller skjule seg bak uskyldig utseende ulcerasjoner- husk at Lichen sclerosus i ca 5 % kan utvikle seg malignt.

Og så er det de forbannede smertetilstandene- provoserte eller ikke- provoserte, lokale eller generelle vestibulodynier (vestibulitter). Gjerne



kombinert med partiell vaginisme, muskulære sammentrekninger i vagina.

### Undersøkelsen

Det en trenger til undersøkelsen er tid- tid til å bygge en tillitsfull relasjon og kunne foreta en smertefri, skånsom undersøkelse. Godt lys, benken i god høyde, hjelpepersonell til stede, starte med en inspeksjon, informere hele tiden om hva som gjøres. Se etter åpenbar patologi, evt fotografi, evt bruke kolposkop koblet til kamera også for å vise for pasienten.

Se etter Friedrichs kriterier-spesielt viktig ved smertetilstander:



Erythem i vestibulum

Noter også om "underlivet er spent", en kan nesten se hvordan hele bekkenet er "løftet opp" fra benken og vulva nesten lukket. Dernest gjøres en forsiktig digital eksplorasjon av musklene i skjedeinngangen og bekkenveggen, ofte vil dette frembringe kraftig smertefølelse og ikke sjelden en pasientreaksjon, så vær forsiktig! Ta en dyrkning for sopp og gjør en mikroskopisk undersøkelse med NaCl og KOH, da får du med alt som er relevant av tilstander som hun er blitt behandlet for gjentatte ganger. Det gir ingenting å ta en biopsi i slike tilstander som over, histologien vil vise "uspesifikke inflammatoriske forandringer" og prøvetagningen kan gjøre vondt verre. Dersom biopsi av lesjoner er relevant, sett bedøvelse, vent---og bruk en 4 mm stanse, husk det er bare huden som skal med. Blodstilling kan gjøres med Albotyl/Negatol eller best; Jernklorid oppløsning- spør hudavdelingen.

### Residiverende Candidainfeksjon

Typisk for pasientene som henvises for kroniske smertetilstander er at de gjennom mange år har blitt behandlet for en rekke urinveis-,Candida-ogGardnerellainfeksjoner med eller uten positive funn-"det er vel en soppinfeksjon".....!!

Candida må alltid utelukkes, men da bør mikroskopien og/eller dyrkningen vise overbevisende tegn, for tilstanden er jo vanlig, og mer eller mindre relevant. Er det derimot tilstede en "six o'clock split" i bakre komissur, er det indikasjon på en kronisk, "Six o'clock split" residiverende candidainfeksjon, som må langtidsbehandles. Vi bruker med fordel Diflucan kapsler 150 mg 1 x uke i 4-8 uker, deretter med økende intervall opptil 1x måned i 4-6 måneder, eller i et intervall som pasienten titrerer selv ihht residiverende symptomer.



"Six o'clock split"

### Vestibulodyni

Andre tilstander må utelukkes, men dersom en står igjen med en vestibulodyni bruker vi helst en kombinasjon av samleienekt i minst 8 uker, nattlig Xylocain 5 % salve + salvepakning (gauze) og kognitiv fysioterapi med avspenningsøvelser (Mensendieck) enten ved Storo Fysioterapi eller Høgskolen i Oslo. Da får pasientene mindre krav på å "stille opp", smertemodulering lokalt, kombinert med behandling av muskelspenningene- som pasienten ofte har ellers i kroppen også. Det er svært

sjelden vi har utført kirurgiske inngrep med vestibulektomi. Botox-terapi har vært relativt mislykket i et dansk doktorarbeid, dessuten er det svært dyrt, og endrer ikke noe på pasientenes personlighet og erfaringer, som kanskje er en del av årsaksforholdene

### Erfaringsgrunnlag

Våre erfaringer har vi mest fra svenske kolleger, med deres doktorarbeider. Nina Bohm-Starke i "Vulvar Vestibulitis Syndrome: Pathophysiology of the vestibular mucosa" beskriver funn i vev, muskler og nerver. Ingela Danielsson i "Dyspareunia in Women with Special reference to Vulvar Vestibulitis" beskriver personlighetstrekk hos pasientene, og Ulrika Johannesson i "Combined oral contraceptives: Impact on the vulvar mucosa and pain mechanism" finner mulige endrede smerteresponser hos enkelte p-pillebrukere. Dog ikke nok til at verken hun eller de fleste andre mener at det hjelper å seponere. På den andre side; har man ikke hatt samleie på mange år er jo ikke prevensjon det første en tenker på!

Jeg avslutter denne lille introduksjonen med å anbefale følgende web/litteratur:

- [Norsk Gynekologisk Forening, Veileder i generell gynekologi:](#)
- [SFOG Vulva arg:Vulvasjukdomar, rapport 48/2003 ISSN 1100-438XStewart, Elisabeth G: The V Book, Bantam ISBN 0-553-38114-8](#)
- [Black B, McKay M: Obstetric and Gynecological Dermatology Mosby ISBN 0-7234-3182-5](#)
- [Ridley CM, Neill SM: The Vulva Blackwell ISBN 0-632-04768-2](#)
- [Nettsider: ISSVD: www.issvd.org](#)
- [National Vulvodynia Assoc: www.nva.org](#)
- [European College: www.ecsvd.org](#)
- [www.womentc.com](#)
- [www.vulvalpainsociety.org](#)

- Margit Steinholt
- Overlege, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
- margit.steinholt@gmail.com

Mor-barn prosjektet i Kambodsja

# Betydelig reduksjon i maternell og perinatal dødelighet



Nybakt mor, Sangkher river, Tonle Sap. Foto: Harald Sommerseth.

**Tromsø mineskadesenter driver fortsatt sitt mor - barn prosjekt i Battambangprovinsen i Kambodsja, og jeg er i den heldige situasjon at jeg nå jobber nærmest full tid med dette.**

## Hjelpekoner

Tromsø mineskadesenter samarbeider med Trauma Care Foundation – Cambodia – TCF-C – , og aktiviteten er i all hovedsak finansiert av NORAD. I "Gynekologen" nr 1/ 2008 beskrev jeg bakgrunnen for mor – barn prosjektet, og kortversjonen er at vi driver opplæring av hele kjeden fra kvinnene i landsbyene, hjelpekonene, jordmødrene og legene på distriktssykehusene. Foreløpig analyse av de første 3 årene i nedslagsfeltet vårt, tyder på en dramatisk reduksjon i både maternell og perinatal dødelighet. Det mest spennende er at største nedgangen synes å komme i gruppa som føder heime med kun hjelpekone tilstede.

Opplæring av hjelpekoner er kontroversielt i både nasjonal og internasjonal sammenheng fordi WHO har som mål at alle kvinner skal føde med kvalifisert fødselshjelper; lege, sykepleier eller jordmor. I nordvestre delen av Kambodsja

hvor TMC jobber, gir denne politikken nå ganske dramatiske utslag. Kambodsjanske myndigheter har ikke bygd ut noe fødetilbud på landsbygda slik at 80 % av kvinnene ennå føder heime. Det er svært vanskelig å rekruttere helsearbeidere til avsideliggende strøk, og dermed har fattige kvinner ingen andre muligheter enn å bruke landsbyens hjelpekoner. Hjelpekonene risikerer bøter og fengsel fra myndigheten dersom de tar i mot barn, og flere av dem forteller at de samtidig trues av landsbyboere som trenger deres tjenester.

I all overskuelig framtid vil hjelpekoner være viktige samarbeidspartnere i kampen for bedre kvinnehelse i Kambodsja, og TMC's erfaring er at de aller fleste av disse kvinnene ønsker å bli inkludert i et faglig fellesskap med jordmødre og annet helsepersonell. Nettverksbygging er uhyre viktig for at hjelpekonene skal våge å overflytte pasienter når det er nødvendig.

### Opplæring

Suksessen til programmet har ført til at kambodsjanske myndigheter nå ønsker at TCF-C skal utvide opplæring av jordmødre og medic'ere i andre uveisomme strøk av landet. Hjelpekonene "lurer" vi inn i opplæringa ved at de kurses i ernæring, hygiene og det å plukke ut risikofødende. I mars 2011 var jeg derfor med da 40 jordmødre og 10 medic'ere hovedsakelig fra området rundt Tonle Sap sjøen fikk første kursrunde. Dette er helsepersonell med mye praktisk erfaring, men ofte lite formell utdanning og ingen etterutdanning. Læreviljen er dermed upåklagelig, og det er fantastisk å se hvordan de lokale instruktørene nå foreleser nærmest alt pensum sjøl. Målet er jo at vi i Mineskadesenteret skal bli overflødige og kunnskapen forvaltes lokalt.

### Båttransport

Tonle Sap er en stor innsjø der vannstanden varierer 10 -12 meter alt avhengig av flom og regntid. Vannstanden i elvene som renner inn i sjøen har like variabel vannføring, og denne utfordringa har befolkninga løst ved å bygge hus og heim og det meste de trenger på flåter som flyter opp og ned etter som vannet stiger eller synker. Landsbyene ligger i et enormt elvedelta uten veier, og



Utstyrsparken på helsesenter, Tonle Sap. Foto: Harald Sommerseth.



Typiske hus i Tonle Sap distriktet. Alt ligger på flåter. Foto: Harald Sommerseth.

all transport foregår derfor med båt. TCF-C har fått NORAD - midler for å ruste opp et lokalt helsesenter som betjener ca 4500 innbyggere. Helsesenteret har ei bittelita fødestue, men ikke elektrisitet. Vi har nå penger til å utvide helsesenteret til også tilby ventesenger for kvinner som kommer langveisfra, og ikke minst; det er penger til solcellepanel og egen båt for helsepersonellet når de trenger å overflytte pasienter til sykehus flere timers reise unna.

### Knoppskyting

Mor – barn prosjektet; Delivery Life Support, sprer seg, og nå skal en provins i Vietnam tilpasse modellen til sine forhold. Til sommeren reiser jeg og prosjektleder Houy Chandy til Laos for å presentere DLS der. Det beste er at dette er knoppskyting og nettverksbygging mellom fagfolk og land i Sørøst Asia. Det er fattigfolks behov som definerer dagsorden og ikke oss fra det rike nord. Det lover godt for framtida!



## LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneholder: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneholder: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titan-dioksid (E 171).

**INDIKASJONER:** Antikonsepsjon.

**DOSERING:** Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en ny brett dag etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringsplan skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

**SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT:** Medisineringsplan bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestoginjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringsplan kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-pillen ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tablett glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

**KONTRAINDIKASJONER:** Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale nevrologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-pillen av kombinasjonspreparat, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaeundersøkelse, blodtrykkmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slagangfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-pillen. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-pillen må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningsslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogener og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underekstremitetene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er predileger i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboemboli.

**EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER:** Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-pillen er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om incidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-pillen må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retinalvaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-pillen, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-pillen seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-piller kan ha økt risiko for slag. Gjen-

nombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-pillen. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-pillen, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arveditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

**INTERAKSJONER:** Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt incidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og sperm-drepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan binde etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturat, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minke etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minke (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

**GRAVIDITET/AMMING:** Studier antyder ingen teratogen effekt ved utisikket inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogener kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

**BIVIRKNINGER:** Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerte. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Nevrologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -sekresjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskeretensjon, ødeme, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukoseintoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Nevrologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødem, forverring av systemisk lupus erythematosus.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

**ANDRE OPPLYSNINGER:** Bruk av p-pillen kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmamivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

**PAKNING OG PRISER:** 3 x 28 stk. (kalenderpakk.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)



# LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

**Loette** inneholder levonorgestrel og den **laveste tilgjengelige dose** etinyløstradiol (20 µg).<sup>2</sup>

“Anbefalt **førstevalg** er p-piller som inneholder enten **levonorgestrel** eller norethisterone, med lavest mulig dose av østrogen.”<sup>1</sup>

Les mer på  
[WWW.PFIZER.NO/LOETTE](http://WWW.PFIZER.NO/LOETTE)



1. Dunn, N: Oral contraceptives and venous thromboembolism; BMJ 2009;339:b3164 2. Loette SPC 12.08.2010

#### Trygg bruk av p-piller

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

- Gunvor Eikeland
- Overlege ved Kvinneklinikken St.Olavs hospital avd Orkdal
- gunvoreikeland@hotmail.com

# På oppdrag for Leger Uten Grenser

**Fra september 2010 til januar 2011 var jeg gynekolog og obstetriker på Leger uten Grenser sitt sykehus i Bo i Sierra Leone. Sykehuset tok kun imot barn og kvinner med kompliserte svangerskap og fødsler. Personalet besto av 210 lokalt ansatte og 9 internasjonale medarbeidere, deriblant meg. Blant de lokalt ansatte var det sykepleiere og CHOer (Community Health Officers), men det var ingen leger. Fødeavdelinga besto av en stor sal med 21 pasientsenger, ei operasjonsstue og et rom med tre fødesenger. I løpet av tiden jeg var der møtte jeg mange pasienter som jeg ikke vil glemme så lett.**

## Lang reise for å få hjelp

Fatmata måtte ha keisersnitt pga tverrleie. Hun kom ikke til sykehus før vannet var gått, ei hand stakk ut og det ikke lenger var tvil om at dette ikke ville gå. På det offentlige sykehuset i Kenema hvor hun henvendte seg, hadde de ingen lege tilgjengelig. Barnet lå og vifta med handa så det var tydelig at det fortsatt var i live. Sykepleieren på vakt ringte fortløst oss og spurte om vi kunne ta imot. Det kunne vi og forløste med keisersnitt. Både mor og barn var nok litt mørbanka etter forløsningen, men de overlevde begge to. Fatmata var sjuende gangs fødende og svært takknemlig når vi



Visittgang på fødeavdelingen med jordmor Agatha.

tilbydde sterilisering. Har du født seks barn og det sjuende kommer med keisersnitt er sjansen stor for uterusruptur dersom du får nummer åtte. "Please stop me", var en av frasene jeg lærte på krio, det lokale språket. De fleste som hadde født fire eller fem barn ønsket sterilisering ved keisersnitt. Det var de lokale jordmødrene som informerte og når de understreket for kvinnene at Leger Uten Grenser kanskje ikke ville være i landet når de skulle ha sitt neste barn var valget ikke så vanskelig for de fleste.

## Mangel på helsepersonell og medisiner på offentlige sykehus

I Sierra Leone er det innført fri helsehjelp for gravide og ammende fra 2010. Dessverre er det mangel på medisiner og leger på de offentlige sykehusene, så ofte var det ikke behandling tilgjengelig.

I Sierra Leone er det i følge landets egne tall 5 godkjente kirurger til å betjene en befolkning på vel 5 millioner. Vi var mange ganger frustrert over de offentlige sykehusene vi fikk henvisninger fra fordi "legen dessverre ikke var i byen". Det er lett å forstå at det ikke er så attraktivt å være

eneste lege på et sykehus og ha kontinuerlig vakt. De fleste legene som får muligheten til det, drar fra Sierra Leone. En dag hadde vi en pasient som fikk alvorlig dyspnoe postpartum og vi ville sende henne til det offentlige sykehuset siden dette egentlig lå utenfor vårt fagfelt. Det blånektet hun på og etter det klaget hun ikke på noe...

## Etiske utfordringer

Jeneba fødte en fullbåren død baby med anencephali. Det var rart å se. I det her tilfellet lå barnet i seteleie, men det var et stort foster og jeg klarte ikke å dra ned noen fot. Jordmora var veldig skeptisk til at jeg forsøkte meg på vaginal forløsning. For en tid siden hadde det vært en utenlandsk lege som hadde gjort decapitasjon av et barn i seteleie når hodet ikke fulgte med ut. Barnet var dødt så medisinsk sett var det ingen dårlig behandling, men de lokalt ansatte, pasienten og de pårørende oppfattet det hele som fryktelig. Så da står man der med dilemmaet. Skal en følge "god obstetrikk" og gjøre traumatisk forløsning for å unngå et keisersnitt, eller skal man høre på de lokale som vet hva som er kulturelt akseptabelt.



Det ble mange sener kvelder på operasjonsstua. Gunvor flankert av operasjonssykepleier Abu Bakarr og jordmorassistent Janet .

Jeg hadde mange samtaler om dette med min kongolesiske kollega som hadde jobbet med obstetikk i Afrika i 10 år. Han hadde aldri gjort traumatisk forløsning og da gjorde ikke jeg det heller.

#### Autotransfusjon

Adama reddet vi nok livet til takket være god hjelp fra min anestesisykepleier. Anestesisykepleierne satt spinal og ga ketamin og var gode støttespillere å ha på vakt. Vi hadde ingen anestesilege. Adama var tidlig gravid og hadde en blødende ekstrauterin graviditet. Hun var Jehovas vitne, ville ikke ha blod og var sendt videre fra det lokale sykehuset som ikke var så innstilt på å operere henne... Hun hadde flere liter blod i abdomen så min anestesisykepleier foreslo autotransfusjon. Ved hjelp av et blodtransfusjonssett tappet han ut en og en halv pose med blod fra nedre kvadrant. Peroperativt transfundererte vi blodet tilbake, og vi klarte oss uten annen transfusjon. Dette var imidlertid et spesielt tilfelle. De fleste gangene var problemet at vi ikke hadde blod å gi selv om pasienten aldri så mye ønsket og trengte det. De pårørende var forpliktet til å donere blod, men de var av kulturelle årsaker veldig redde for å gi. Å gjøre autotransfusjon fungerte overraskende bra. Det var nok ikke risikofritt men når alternativet var intet blod var det antagelig å foretrekke.

#### Fistula

Mama var ei lita dame som gjorde sterkt inntrykk på meg. Hun kom som mange andre inn på grunn av obstructed labour. I landsbyen hadde de forsøkt med urter både i munnen og i skjeden uten at det hadde hatt den helt store effekten på å få barnet



Formøyde nybakte mødre utveksler erfaringer utenfor fødeavdelinga.

ut....Da hun endelig kom til sykehuset, hadde hun vært lenge i fødsel og både mor og barn var slitne. Det ble gjort keisersnitt men etter noen dager døde barnet. 10 dager etter keisersnittet viste det seg at hun hadde fått en vesicovaginal fistel. Det var ikke helt uvanlig at det skjedde selv etter keisersnitt hvis vevet hadde rullet å bli nekrotisk før forløsningen. I Leger Uten Grenser sine guidelines er anbefalt forebyggende behandling for fistula å gi alle kvinner kateter i 14 dager etter obstructed labour. I Bo samarbeidet vi med WAFF (West Africa Fistula Foundation) som gjorde fistulakirurgi. Organisasjonen var drevet av en amerikansk kirurg som med jevne mellomrom kom og opererte. Så da Mama var utreiseklar sendte vi henne dit for ernæring og rekovalensens i påvente av operasjon noen måneder senere.

#### Urter som abortmiddel

Urter ble ikke bare brukt til å fremskynde fødsel i Sierra Leone, men også til å styrke svangerskapet eller avbryte det. Når vi fikk inn tidlig gravide med blødninger eller smerter var det ofte vanskelig å få noen klar anamnese. I mange av tilfellene viste det seg at diagnosen var en mislykket provosert abort. Abort er ulovlig i Sierra Leone, men organisasjonen Marie Stopes International tilbydde sikre aborter relativt åpenlyst. Problemet for mange var at prisen var på rundt 150 kr. Gikk de via Leger Uten Grenser kunne de få inngrepet gratis, men det var ikke kjent for så mange. Mange oppsøkte derfor heller lokale hjelpere. Urter ble ofte prøvd først og hvis det ikke virket, brukte man instrumenter. Jeg så flere pasienter med hull i vaginalslimhinnen i fornix posterior. Noen fikk alvorlige infeksjoner og et par

så vi dø av multiorgansvikt. Om dette var følge av de forskjellige medisinene og urtene som var inntatt eller det var andre årsaker er ikke så godt å si. Uansett gjorde Marie Stopes International en viktig jobb og de hadde også kampanjer hvor de steriliserte (via minilaparotomi i lokalbedøvelse) og satt inn implantater. Implantater var en populær og sannsynligvis veldig godt egnet prevensjonsmetode spesielt for de som ikke ville ha flere barn. Det var artig å se at en såpass ny prevensjonsmetode hadde fått fotfeste allerede.

#### Basismedisin kan være forskjellen på liv og død

Det var mange kvinner innom sykehuset og skulle jeg fortalt alle historiene måtte jeg nok skrevet en bok. En bok om kvinners manglende rettigheter i verden i 2011 og en bok om sjeldne obstetriske komplikasjoner som man antageligvis aldri vil få se i Norge. I noen av de tomme sengene skulle det også ligget kvinner, men de døde dessverre før de kom så langt. Noen døde hos oss men de aller fleste som døde nådde aldri frem til et sykehus. Legebehovet i Sierra Leone er skrikende og Leger Uten Grenser dekker et behov som det offentlige ikke klarer å dekke alene. Ofte var det ikke mer enn et keisersnitt som skulle til for å redde et barn og en mor og med det ofte en hel familie. Ingen mirakelmedisin i Norge, men i Sierra Leone kan det være forskjellen på liv og død.

Leger Uten Grenser har stort behov for gynekologer til oppdrag av 3-12 mnd varighet! Er du interessert, les mer på [www.legerutenegrenser.no](http://www.legerutenegrenser.no) eller kontakt Vibeke Dahl, tlf 23 31 66 61



- Margit Steinholt
- Overlege, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
- margit.steinholt@gmail.com

# Barn for enhver pris?

– Tanker om surrogati og lengselen etter barn

Første påskedag 2011 landet en kvinne fra Nord-Norge i Bodø etter over ett års ufrivillig opphold i India. Med seg hadde hun to tvillinggutter født av surrogatmor. Egg og sæd var kjøpt av anonyme givere via klinikken som den norske kvinnen benyttet. Nettopp det faktum at kvinnen ikke hadde noen biologisk tilknytning til barna, skapte en juridisk floke som satte barna i en svært sårbar situasjon. Verken Norge eller India ville anerkjenne ansvar for barna, og de er fremdeles statsløse. Norge har innvilget oppholdstillatelse for guttene på 15 måneder, og i første omgang håper sosial mor at hun vil bli oppnevnt som verge. En eventuell adopsjon vil så kunne følge seinere, men foreløpig er altså guttene uten både statsborgerskap og formelle omsorgspersoner.

Norske myndigheter har uten tvil brukt saken med tvillingene fra Nord-Norge for å markere en restriktiv holdning til surrogati, men i ly av samme sak har mange par og enslige menn hentet heim barn til Norge. Til forskjell fra den såkalte Voldensaken, har imidlertid de andre foreldrene tilknytning til barna ved at far er sæddonor og dermed også biologisk far. Disse barna får dermed automatisk norsk pass og kan reise inn i Norge uten problemer. Den av foreldrene som ikke er biologisk mor/ far, må så i ettertid søke om stebarnsadsjon.

**Er det rett at barn kan bestilles som en annen vare? Hva vil de tenke når de blir voksne nok til å grunne over sin egen tilblivelse?**



I følge norske aviser blir det nå født I barn for norske foreldre hver uke av surrogatmor bare i India. I tillegg kommer det barn fra USA og andre europeiske land. Dette innebærer antakelig at flere hundre norske barn hvert år blir til ved at kvinner i andre land stiller livmor og kropp til disposisjon for mennesker som ønsker barn, men ikke kan få det sjøl. I India er surrogati blitt en milliardindustri, og ved søk på nettet kommer det tilbud fra klinikker over hele verden; på Kreta kan du faktisk ha ferie samtidig som du får ordnet din barnløshet – klinikken ordner hotell og anbefaler strand!

Noen klinikker garanterer kaukasiske eggdonor for de som finner dette viktig. Barn født i USA får automatisk amerikanske

statsborgerskap og kan dermed i teorien bli amerikansk president! Mulighet-ene er mange, og det fins altså et marked der ute som lett kan oppfattes som kjøp og salg av barn.

Det er liten tvil om at de aller fleste som blir foreldre ved hjelp av surrogati er ressurssterke mennesker med gode omsorgsevner. Det er neppe heller tilfeldig at mange enslige menn benytter seg av denne muligheten all den tid det nærmest er umulig for enslige generelt å få adoptere barn. At enslige kvinner adopterer er godtatt i noen få land, mens en alenepappa fremdeles vurderes som suspekt mange steder. Ved surrogati får du barnet som nyfødt, og for mange er nok det faktum at barnet faktisk er ditt også biologisk sett, både viktig og betryggende. En adopsjon er minst like kostnadskrevende som surrogati, og slik adopsjonsprosessene har utviklet seg de siste årene, framstår det å få barn ved hjelp av surrogatmor som et betydelig enklere og ikke minst raskere alternativ.



”Gynekologen” har vært i kontakt med personer som har blitt foreldre ved hjelp av surrogati, og det er gjennomgående at de er opptatte av at surrogatmor skal ha sikker og god behandling i hele prosessen. Kvalitet på medisinsk oppfølging kan være avgjørende for valg av land.

For mange av foreldrene er nok likevel denne måten å få barn på ikke helt uproblematisk – ikke minst overfor barna som skal møte samfunnets holdninger etter hvert som de vokser til. Det voldsomme mediefokus tvillingene fra nord har vært utsatt for, kan gjøre det vanskelig for dem å bli oppfattet som ”vanlige” unger i tida framover. De er blitt svært kjente fordi voksne – omsorgspersoner, politikere og byråkrater – har tatt valg som barna ikke har hatt noen innvirkning på.

I dette etiske, moralske og juridiske minefeltet er dog min største bekymring den helseisiklo kvinner utsettes for når andre mennesker ønsker seg barn og ikke kan få det.

I mitt hode er det en stor forskjell reit medisinsk sett allerede ved donasjon av sæd versus egg. Så vidt jeg veit er det ennå ikke beskrevet alvorlige medisinske bivirkninger i forbindelse med å avgi sæd i en plastbeholder. Eggdonasjon er derimot er betydelig mer komplisert både i forbindelse med hormonstimulering og uthenting av egg. Her kan det oppstå livstruende tilstander, og i motsetning til norsk praksis der behandlinga avbrytes når en mistenker overstimulering, har redaksjonen hørt historier om eggdonorer som ble svært sjuke under stimulering og uthenting. I disse tilfellene var det så store summer involvert at kjøper ikke ville avbryte – til tross for at donor var livstruende sjuk.

Kvinnen som så skal bære fram barnet som ikke er hennes verken genetisk eller juridisk, risikerer også sjukdom, skade og i verste fall død. I tillegg kommer den belastning det må være å skulle gi fra seg et barn som man har kjent spark og bevegelser fra i mange

måneder. For at foreldrene skal kunne være tilstede under fødselen, blir barna oftest forløst med sectio, også i tilfeller der det ikke er medisinsk nødvendig. Dette påfører surrogatmor en ekstra risiko – ikke minst med tanke på eventuelt seinere svangerskap.

Det er et tankekors at behandling som ikke er tillatt i Norge likevel kan kjøpes av nordmenn i andre land. Det fødes norske barn hver uke av kvinner som betales for å ta en risiko. Er dette riktig?

Er det rett at barn kan bestilles som en annen vare? Hva vil de tenke når de blir voksne nok til å grunne over sin egen tilblivelse?

Surrogati er individets løsning på eget problem; nemlig ufrivillig barnløshet. Jeg har ingen vanskeligheter med å se hvorfor mange velger denne løsningen. Men – samfunnet må kanskje ta noen upopulære avgjørelser på etisk og juridisk grunnlag til beste for de fleste av oss? Det er ikke sikkert at det er mulighetene teknologien gir som skal styre menneskelig atferd.

## Workshop in 3-4 D and Invasive Ultrasound: Pelvic Floor, Uterus and Adnexa

Ultralydsenteret, Kvinneklubnikken og Bekkensenteret, Akershus Universitetssykehus



### Tuesday 5<sup>th</sup> December The pelvic floor

08.45 - 09.00	Registration and Introduction <i>M. Ellström Engh and Seth Granberg, AHUS</i> Place: Auditorium AHUS.	
09.00-09.20	How to perform a transperineal ultrasound	A. Steensma, Holland
09.20-09.40	Anterior compartment	A. Steensma
09.40-10.00	Posterior compartment	A. Steensma
10.00-10.30	The pelvic floor muscle in the axial plane.	A. Steensma
<b>10.30 -11.00</b>	<b>Coffee</b>	
11.00-11.30	Ultrasound of the pelvic floor why?	M. Starck, Malmö
11.30 -12.15	The complete Pelvic Floor Ultrasound: A colorectal surgeons view .	M. Starck
<b>12.15-13.00</b>	<b>Lunch- (Kantinen, Ahus)</b>	
13.00-13.30	The physiotherapist and transperineal ultrasound	K Bø/ IH Brækken, AHUS/NIH
13.30 -14.30	Live demonstration by two experts.	Steensma/Starck
<b>14.30-15.00</b>	<b>Coffee</b>	
15.00 16.30	You, the patient and the machine. <b>Hands-on</b>	International and AHUS Expertise.
16.30-17.00	Discussion	

### Wednesday 6<sup>th</sup> December Uterus and adnexa

08.30-09.00	The use of 3/4D ultrasound in gynecology: How to manage the ultrasound machine.	N Raine-Fenning, Nothingham, UK
09.00-09.50	3/4D ultrasound of infertility and PCO	N Raine-Fenning
<b>09.50-10.20</b>	<b>Coffee</b>	
10.20-11.00	3D/4D ultrasound of the endometrium and uterine cavity.	N Raine-Fenning
11.00-11.45	Quantitative 3D power Doppler angiography and Vocal assessment of tissue in the lower pelvis	N Raine-Fenning
<b>11.45- 12.30</b>	<b>Lunch - (Kantinen, Ahus)</b>	
12.30- 14.00	Live demonstrations.	N Raine-Fenning and S. Granberg
14.00 -15.00	Invasive procedures: Why, when and how.	S. Granberg
<b>15.00 -15.30</b>	<b>Coffee</b>	
15.30-16.15	The use of 3/4D ultrasound in the diagnosis of ovarian tumors	S. Granberg Ellström Engh/ Granberg
16.15-16.45	Discussion and closing remarks	

- Øystein Magnus
- Privatpraktiserende spesialist
- ALERIS sykehus og medisinsk senter, Oslo

# Surrogati – bra for hvem?

**M**in gode venn og kollega Tom Seeberg har bedt meg om å skrive noen refleksjoner jeg har gjort meg om de etiske problemstillinger moderne reproduksjonsteknologi reiser.

**F**ørst litt om meg selv: Jeg er en mann på 63 år. Agnostiker, men oppdratt i et kristent hjem. Far til tre barn, og bestefar til fem barnebarn (alle etter naturlig befruktning). Gynekologi har vært mitt fag siden 1979 og infertilitet min hovedinteresse fra 1984. Etter mange år på IVF-seksjonen på Rikshospitalet har jeg siden 1999 drevet privat praksis på Aleris sykehuset (tidligere Røde Kors Klinik). De har også har en avdeling for assistert befruktning (heretter ART fra engelsk: Artificial Reproductive Technology). Det betyr at jeg i mer enn 25 år hovedsakelig har jobbet med infertilitet og ART.

**I** alle disse år har jeg satt pris på at vårt samfunn har regulert denne virksomhet gjennom en Bioteknologi lov – vedtatt etter grundige offentlige debatter og vedtatt av Stortinget. Stortinget opprettet også en Bioteknologinemnd som skulle være rådgiver og premissleverandør for regjering og storting. Loven er revidert flere ganger og ved siste revisjon ble retten ART også utvidet til å gjelde parforhold av samme kjønn, dvs. lesbiske, men ikke for homoseksuelle menn. Ved dette vannskille ble et menneskes opprinnelse løst fra det naturgitte: sammenhengen med fusjon av mors og fars kjønnseller. Foreldreskapet var ikke lenger knyttet til det biologiske.

**N**å går debatten om surrogati, en kvinne stiller sin kropp til disposisjon for et svangerskap og fødsel av et barn hun selv ikke skal være mor for. Surrogatmor kan få overført embryo dannet med sine egne egg, egg fra en donor eller egg fra den fremtidige sosiale (og dermed også biologiske mor). Sædcellen kan stamme fra en donor eller

den fremtidige sosiale (og dermed også den biologiske)far. Det siste er den eneste muligheten for en enslig eller homoseksuelle mann for å få "egne" barn. Eksempelet med kvinnen fra Røst som reiste til India og bestilte barn via surrogatmor bidro selv verken med egg eller sæd donor. Hennes tilknytning til tvillingene som kom til er dermed kun som bestiller.

**D**et brukes mange ladede begreper i denne debatten, fra både forsvarere og motstandere av surrogati. Ord og begreper skaper holdninger og danner rammer for erkjennelse. Derfor er ordene vi bruker viktige. Mye kan sies om de medisinske og juridiske komplikasjoner med løsrivelse av reproduksjon fra dens naturlige betingelser (og verre blir det når forskerne etter hvert kan omdanne somatiske celler til spermier). Internasjonalt har reproduksjonen blitt kommersialisert, egg, sæd og barn har blitt varer i et marked.

## Gjør mot andre det du ønsker at andre skal gjøre mot deg

**D**ette prinsipp opplever jeg som et godt hjelpemiddel i refleksjon over de fleste vanskelige moralske valg jeg møter. Oppfølgings spørsmål blir: Under hvilke betingelser ønsker jeg å bli til.

**S**om lege for kvinner og menn med reproduksjonsproblemer står pasienten eller parets savn og håp sterkt hos meg. I min legegjerning er det nesten et imperativ for meg å gjøre det som står i min makt for å lindre og helbrede. Jeg forstår så godt savnet over barnet de ikke får og har sett på nært hold hva dette funksjonstap fører til. Gleden over egne barn og barnebarn står over alle andre gleder i mitt liv. Men

ingen annen medisinsk behandling har som resultat - unnfangelsen og tilblivelsen av et nytt liv. Når samfunnet gjennom sitt helsevesen skal delta i skapelsen av et nytt menneskeliv – skal vi og må vi (slik Bioteknologi loven krever) reflektere over under hvilke betingelser dette skal skje. Den enkelte kvinne og mann skal fritt kunne få bestemme hvordan de selv vil reproducere seg og stå personlig ansvarlig for sitt avkom om hvordan og hvorfor de tok de valg de tok. Noe annet er det når samfunnet skal stille opp og bidra. Da må samfunnet ha et syn om hva som er de moralske og beste betingelser for barnet som skal hjelpes frem.

**D**erfor spør jeg meg selv: er det for meg av vesentlig viktighet å vite hvem jeg kommer fra? Svaret er et ubetinget JA. De observasjoner jeg er i stand til å gjøre rundt meg tyder på at det er viktig for de fleste av oss (jf slektsgranskning, genetiske disposisjoner for sykdom eller egenskaper og som eksempelvis engasjementet ved programmer som Tore på Sporet).

**D**e grunnleggende filosofiske spørsmål vi til alle tider har stilt oss: Hvem er jeg – hvor kommer jeg fra – hvor skal jeg?

**H**ar vi rett til å frata noen mennesker dette grunnlaget? FNs barnekonvensjon sier at ... barn skal så sant det er mulig leve sammen med sine egne foreldre... Å hevde at det viktigste er å ha omsorgspersoner som gir deg kjærlighet (sosiale foreldre av likt eller ulikt kjønn) er en reduksjonistisk påstand. Spør du barn som er født om de ville vært ufødt uansett hvordan de nå er kommet til, vil jeg formode at de aller fleste vil bekrefte sin eksistens. Alle barn som er født – uansett tilblivelses måte har krav på samfunnets beskyttelse og omsorg. Alle har vi lik verdi – uansett hvor vi kommer fra eller hvordan vi ser ut. Kjerne spørsmålet som bør angå oss alle er: hvordan skal vi innrette våre samfunnsregler slik at barn blir til slik vi selv ønsker å bli til – før vi blir til.

# Kommentar til NPE-debatten i Gynekologen 24-1 2011

Jeg takker for kommentarene til mitt innlegg i Gynekologen 23-4 2010 fra Mette Haase Moen, Rolf Gunnar Jørstad og Bjørn Hagen. Jeg vil gjerne få komme med noen kommentarer:

Når det gjelder Haase Moens innlegg, er det ikke vanskelig å være enig at det er lett å forstå pasientens bitterhet. Hun var gjennom mange undersøkelser og det gikk flere måneder før hennes cervix-cancer ble oppdaget. Jeg vil selvsagt gjør hva jeg kan for å forhindre at andre kvinner kommer i samme situasjon. Men likevel kan hverken andre leger eller jeg garantere det selv om vi følger gjeldende retningslinjer og forsøker å gjøre vårt beste. Våre hjelpemidler og instrumenter er ikke helt sikre.

I framstillingen av saken har jeg først og fremst konsentrert meg om den første konsultasjonen hos meg fire måneder før diagnosen ble stilt. Det er denne konsultasjonen som er kritisert av NPE's sakkyndige gynekolog. De andre konsultasjonene var i ukene før diagnosen ble stilt, dvs. så kort tid før diagnosen ble stilt at det neppe hadde terapeutiske eller prognostiske konsekvenser for pasienten. Jeg kan opplyse om at det ble gjort flere inspeksjoner av cervix mens hun var gravid uten at det ble funnet noe patologisk. Det var heller ingen synlig tumor da man tok biopsier og cancer-diagnosen ble stilt, men portio ble beskrevet som noe stor og plump og man hadde mistanke om at hun kunne ha et myom.

Det er nok en kombinasjon av flere uheldige omstendigheter som forsinket diagnosen: En feiltolket cervix-cytologi, en cancer som var intra-cervikal og ikke synlig ved inspeksjon og graviditeten som gjorde at man var tilbakeholden med nye prøver og spesielt histologiske prøver.

Dr. Haase Moen nevner til slutt at takket være NPE-ordningen kan erstatningssaker løses uten at pasient og lege trenger gå den tunge veien i rettsapparatet. Den aktuelle saken har også vært gjennom Helsetilsynet (tilsynssak reist av pasientombudet) og

pasienten har også engasjert privat advokat. Jeg måtte derfor ha advokathjelp via Legeforeningens Ansvarsforsikring. Først etter at forsikringselskapets advokat avviste kravene om erstatning fra pasientens advokat, stoppet saken uten at det kom til retts sak. NPE-ordningen er følgelig ikke til hinder for at pasient og lege kan havne i rettsapparatet. Uttalelsen fra NPE's spesialist bidro vel heller til å helle bensin på bålet.

Hagen summerer opp manglene ved vår viktigste redskap når det gjelder å fange opp cervix-cancer og dens forstadier, nemlig den cervix-cytologiske prøven. Konklusjonen hans er at den eneste sikre feilen som er gjort i den aktuelle saken, er feiltolkningen av den cytologiske prøven. Man vil nok i ettertid se saken kunne vært håndtert annerledes og kanskje bedre. Men det bør vel være et klart avvik fra gjeldende retningslinjer og normer før det blir betegnet som feilbehandling.

Jørstad i NPE kan forteller at: "I NPE's saksbehandling blir både erstatningssøker og påstått skadevolder informert om medisinske vurderinger og sakkyndige uttalelser som innhentes og legges til grunn for videre saksbehandling og tiltak. Begge parter blir samtidig invitert til å komme med merknader. Dersom det ut fra innkommende merknader er grunn til å reise spørsmål ved de medisinske vurderingene som er foretatt, vil dette bli forelagt spesialisten som har uttalt seg. I et ikke ubetydelig antall saker der det foreligger viktige innsigelser fra pasient eller behandling sinstitusjon/helsepersonell, blir saken framlagt for ny medisinsk vurdering hos annen spesialist." Jeg lurer da på hva eller hvem som avgjør hva som er "viktige innsigelser". Jeg sendte straks inn merknader til den medisinske vurderingen fra NPE's spesialist. Vurderingen fra NPE pekte ikke på hvilke medisinske normer eller retningslinjer som var brutt. Vurderingene av spesialistene Haase Moen og Hagen er at det ikke ble gjort noen klare feil ved den første konsultasjonen av pasienten. Det var denne konsultasjonen NPE-spesialisten trakk fram som årsak til at pasienten burde tilkjennes erstatning. Jeg fikk aldri noen reaksjon fra NPE på min merknad.

Jørstad mener at det kan være flere forklaringer på den økende saksmengden til NPE. Jeg tror nok likevel at de fleste som har arbeidet i helsevesenet noen år er helt sikre på at terskelen for å klage har blitt lavere og at samfunnets holdning til pasientklager og erstatningskrav har endret seg. Jeg tror nok vi trenger NPE, men jeg synes at det er grunn til diskusjon både i Legeforeningen og ellers i samfunnet. Bidrar et økende erstatningsfokus til bedre medisin med redusert antall og omfang av pasientskader? Står utgiftene i forhold til nytten? Kan det bidra til å sykeliggjøre pasientene? I den aktuelle saken var pasienten sykemeldt 3 år etter behandlingen - dette iflg. pasientens advokat. Det kan neppe gjøre det lettere å komme ut av en sykemelding når pasientens advokat nettopp bruker det at pasienten er sykemeldt som argument for å understreke hvor alvorlig pasientskaden er.

Til slutt vil jeg gjerne ta med et lite utdrag av en artikkel av vår kollega Per Fugelli som 18. april 2011 skrev i Stavanger Aftenblad om "Den norske klagemuren? Hvem kan helbrede den sure syken?":

“Det sorte gull har gjort Norge rikt og driver forventninger og bekymringer for fattig og rik. Vi har råd til alt. Vi har krav på alt. Vitenskapen, teknologien og ekspertsystemene legger stein på stein på Klagemuren. I overmott lover forskerne og beskytterne og hjelperne for mye. Bare vi får nok ressurser skal vi gi deg null risiko, null lidelse, null aldring og snart null død. Markedsføringen av allmakt skaper urealistiske forventninger og, i sannhetens øyeblikk, skuffelser og klage. Erstatningsjuss legger mil etter mil til Klagemuren. Noen mennesker blir besatt av rettigheter og får dollartegn i øynene når de møter svakhet eller feil. "Salsakurs kan redde ekteskapet," reklamerte en danseskole muntert for et par år siden. Et ungt par som trengte redning prøvde salsa, men det virket ikke. Nå har de fremmet erstatningskrav mot danseskolen. Ved Klagemuren i Jerusalem klager de til Gud. Adressat ukjent i Norge. Derfor sukker og stønner vi til sivilombudsmannen og pasientombudet og VG og Frp og stemmeurnene”.

# ReplensMD – et førstevalg

Veldokumentert **HORMONFRI  
VAGINAL GEL** – en rekke  
publiserte studier **VISER EFFEKT.**

Effektiv mot **VAGINAL TØRRHET**  
i hele **72 TIMER** per dosering.

Hormonfri markedsleder i snart 20 år.  
Anbefales av gynekologer over hele verden.



Klinisk dokumentert  
– Kjøpes i apotek

Ring eller mail oss for dokumentasjon og pasient informasjon.

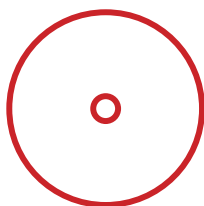
Markedsføres av

 **MEDLITE**

Medlite AS, pb 288, 3081 Holmestrand  
Tlf. 33 09 62 12 – post@medlite.no  
www.medlite.no



# Kjære FUGO-medlemmer!



## FUGO

Vinteren har takket for seg og våren har begynt å banke på døren. Påsken kom sent i år og med lite snø mange steder. Våren begynte med NGFs Vår møte i Bergen. De privatpraktiserende gynekologene hadde laget en fin ramme rundt arrangementet og med et flott og variert program.

I begynnelsen av mai arrangerte ENTOG sin årlige utveksling, som i år ble avholdt i England. Vi hadde mange gode søkere, men kunne dessverre bare sende to stykker. De som ble valgt ut for å representere FUGO og Norge var Yngvild Skåtun Hannestad og Agnethe Lund, begge fra Bergen. Vi vil få høre mer om deres opplevelser i en senere utgave av Gynekologen.

FUGO er godt i gang med årets kurs om menopause/klimakteriet i Ålesund. Vår kursleder Christian Tappert har begynt å få de fleste detaljer på plass og vi håper flest mulig kan være med på kurset. Dagen etterpå vil vi avholde årsmøtet til FUGO og vi håper så mange som mulig kan være med å delta. I tillegg kommer NGFs Årsmøte og i den forbindelse håper vi at det kommer mange innsendte abstrakter fra leger i spesialisering.

Legeforeningen har 125 års jubileum i år, som har blitt markert både sentralt og lokalt. YLF hadde sitt arrangement i april og i Rogaland vil dette markeres 27. mai. Under landsstyremøtet i Oslo vil Legeforeningen markere foreningens 125 år med bl. a. festforestilling i Operaen. Mye har skjedd i foreningens lange historie og mer vil skje fremover. Noe som jeg mener vi bør være opptatt av er diskusjonen rundt turnustjenesten.

Det finnes argumenter for og imot turnustjenesten, men det kan se ut som om at denne tjenesten i nåværende form vil falle bort. Innføring av en eventuell basistjeneste vil måtte føre til at utdannelsen av nye spesialister må endres noe. Jeg vil derfor oppfordre alle medlemmer til å følge godt med i debatten, samt komme med innspill, slik at utdannelsen til vår spesialitet ikke blir dårligere, men heller mer spennende og attraktiv for nye kolleger.

Helt til slutt vil jeg påny minne om FUGOs og NGFs Årsmøte i Ålesund. Det blir mange spennende temaer og ikke minst blir det hyggelig å samle mange kolleger fra hele landet.

En god vår til dere alle,  
Erik Andreas Torkildsen  
Leder FUGO  
Kvinnesklinikken  
Stavanger Universitetssjukehus



## FUGO-styret 2011

Erik Andreas Torkildsen	Leder	ENTOG-representant, vara-NGF representant	toea@sus.no
Sjur Lehmann	Nestleder	ENTOG-representant, Spesialitetskomiteén	sjur.lehmann@gmail.com
Kristine Kleivdal	Sekretær	NFYOG-representant	kristine.kleivdal@gmail.com
Christian Tappert	Kasserer	Kursansvarlig	ctappert@broadpark.no/ christian.tappert2@stolav.no
Pawel Wilkosz	Styremedlem	NFYOG-representant, Nettansvarlig	pawelwilkosz@hotmail.com
Marte Myhre Reigstad	Styremedlem	NGF-representant	martereigstad@gmail.com

FUGO-kurs 2011:

# Menopause / Klimakteriet

Dato: 7.9.2011

Sted: Ålesund, Sykehuset

Tidspunkt: 12:00 – 18:00

Søknadsfrist: 1. august 2011

Kurskatalogen: O-25737

Kurset er godkjent som valgfritt kurs både i videreutdanning og etterutdanning for Fødselshjelp og Kvinnesykdommer med 7 timer og Allmenntidspunkt med 6 timer/poeng.

## Foreløpig kursprogram:

1. Fysiologi og endringer
2. Klimakteriske symptomer
3. Patologiske tilstander som klimakterium praecox
4. Hormonterapi: behandling / praktisk bruk / bruk av androgener
5. Risikofaktorer, risiko for cancer utvikling og hjerte-kar-sykdommer
6. Bruk relatert til andre patologiske tilstander, for eksempel brystkreft

## Foredragsholder:

Dr. med Inger Øverlie, privat praktiserende spesialist, Oslo

Inger Øverlie er gynekolog med mange års erfaring og hun har i 2003 disputert om "Menopause, sex hormones and subjective complaints among a sample of Norwegian women". Sammen med Ole-Erik Iversen var hun medforfatter i kapitlet om Menopause i Gyn.veileder i 2004. Vi setter stor pris på at Øverlie har sagt ja til å være foredragsholder for vårt kurs.

Prof. Dr. med Ole-Erik Iversen, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

Ole-Erik Iversen kjenner de fleste av oss gjennom sitt store engasjement rundt forskjellige temaer innen gynekologi, og spesielt gynekologisk onkologi, men også innen hormonsubstitusjon (og gjerne forbindelse av disse to temaene). Som medforfatter av kapitlet om menopause i de 2 siste utgavene av veilederen i Gynekologi er vi glad for at også han har sagt ja til å være foredragsholder for kurset vårt.

## Nyttige websider

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



WWW.NFOG2012.NO

WELCOME TO  
**38TH NORDIC CONGRESS  
OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**  
17-19 JUNE 2012, BERGEN, NORWAY



38TH NORDIC  
CONGRESS  
OF OBSTETRICS  
AND GYNECOLOGY



Norsk gynekologisk  
forening  
DEN NORSKE LÆGEFORENING



- Michael Tadeusz Tomala
- LIS KK A-HUS
- Michael.Tadeusz.Tomala@ahus.no

ENTOG utveksling, Belgia 2010:

# Sykehuslegen gjør alt

Jeg sitter på bussen hjem fra et kurs i Trondheim. Tilfeldigvis havnet dette sammen med et årlig Gynforeningsmøte. Vær og vind umuliggjorde retur til Oslo med fly og kolleger med forskjellige destinasjoner og avreisetider har blitt presset inn i stappfulle busser. En gyllen anledning til å bli bedre kjent. Gjennom min arbeidskollega på AHUS blir jeg kjent med Sissel Oversand. Hun er leder i FUGO og er på jakt etter noen å sende på utveksling til Belgia. Det er mitt første møte med både Sissel og FUGO. Avreise er om 2 uker. Jeg takker ja og resten ordnes på mail.

Det mailes an mass. Tanken er å sende meg til den sørlige delen av Belgia hvor folket snakker tysk og har gode engelsk kunnskaper. Jeg blir flyttet 4 ganger før jeg

til slutt ender opp sammen med en hyggelig ung assistentlege vert i Liège, like utenfor Antwerpen i den franske delen av Belgia.

## Belgisk helsevesen

Belgia er et lite, tett befolket land i Vesteuropa med like over 10 millioner innbyggere. Landet har en uvanlig administrativ inndeling der landet er delt inn i både tre regioner og tre samfunn. Disse administrative strukturene har egne politiske institusjoner og et utstrakt indre selvstyre og overlapper også til en viss grad geografisk.

Belgiastreregioner er det nederlandsktalende Flandern, det hovedsakelig fransktalende Vallonia, og den tospråklige fransk-nederlandske hovedstadsregionen Brussel. Mer enn halvparten av befolkningen snakker nederlandsk (55 %), fransk er det nest største språket (44 %). Til sist kommer tysk som snakkes av en liten minoritet (under 1 %).

Helsevesenet er tilgjengelig for alle, men valg av behandlingssted og behandler er styrt av hvor god forsikring eller hvor mye penger du har. Alle har tilgang til offentlige



Sykehusets hovedinngang.





Togstasjonen i Liege.



Velfortjent belgisk øl etter jobb.



Foran togstasjonen.

sykehus. Private sykehus og allmennleger er forbeholdt de med god forsikring. Det er bedre betalt å jobbe på private sykehus, men skillet mellom de to er vanskelig å forstå og ofte overlappende. Legene kan være tilknyttet flere sykehus på tvers av eieform. Det mest spesielle er at private gynekologer kan behandle sine pasienter på et offentlig sykehus. De betaler da selv for det de bruker av personal og tjenester i behandling av pasienten.

### Spesialistutdanningen

I den nordlige eller Flanderske delen er det 4 medisinske universiteter – Antwerpen, Brussel, Gent og Leuven. De utdanner samlet 400 leger årlig. Det tar 7 år å fullføre medisinerstudiet. Dette er delt opp i 5 år med teori, deretter 2 år med klinisk praksis. 6 uker av dette er i obstetrikk og gynekologi. Det siste året jobber man som turnuslege og går igjennom eksamener og søknader for veien videre. Over halvparten ender som allmennleger. Av de som får stilling på sykehus får 20-40 i året plass innen gynekologi der det er dobbelt så mange kvinner som menn.

Det tar 5 år å bli spesialist. De har årlige rotasjoner mellom gyn og føde og sykehusene

samarbeider om utdannelsen som gjør at du kanskje må flytte mellom mer sentrale og avsidliggende universitetssykehus, både offentlige og private. Belgia har gode avtaler med Nederland, Storbritannia, Sør-Afrika og Australia og turnuslegene oppfordres til å ta et år med utveksling der.

### Arbeidsfordeling

Sykehuset jeg var tilknyttet – CHR Citadelle var et offentlig universitetssykehus. En monumental bygning som ruver ene og alene på en høyde nesten 100 meter over resten av byen. Sykehuset var frem til 1980 fengsel og er relativt moderne utstyrt, men adkomsten og plasseringen er en historie for seg. Tenk deg et ombygd Oslo Kretsfengsel (gammel Botsen) flyttet opp til Holmenkollen.

Under hospiteringen var jeg tilknyttet en "Senior" assistant doctor. Som LIS lege skiller de mellom de ferske – Juniors som man er ca 2 år og de med mer erfaring. De har ca 1500 fødende i året og er alltid 5 på vakt. Turnuslegen styrer gynekologisk øyeblikkelig hjelp i mottaket sammen med en medisinerstudent frem til kl 23 om kvelden. LIS legene har posten og føden. Overlegen er på sykehuset frem til 2300 og

har hjemmevakt resten. De 2 første årene som LIS lege går du heller ikke nattevakter. Sammenliknet med det jeg er vant med fra AHUS høres dette ut som en drømmeordning. Sykehuset er ansvarlig for ca 200 000 innbyggere, har 1500 fødsler årlig og 5 på vakt frem til 23, deretter 2 på natt med en hjemmevakt. Til sammenlikning har AHUS ansvar for nesten 500 000 innbyggere med 4700 fødsler i 2010. Vi er 3 på vakt til ca 20, deretter 2 på natt med en hjemmevakt.

Drømmeordningen falmer fort når jeg skjønner hvor mye legene jobber og alt legene må gjøre selv på vakt. En vanlig arbeidsuke jobber de 50 timer. 10-15-10-15-10. I tillegg har de helgene en gang i måneden, enten på dagen, dvs. 8-23 eller natten, dvs. 23-8. De har aldri avspaseringsuke og får ikke ekstrabetalt for overtid eller vakt. Lønningen tillater dem å bo i en egen hybelleilighet eller dele leilighet med andre. Få av dem har råd til egen bil.

Det er ikke bare arbeidsmengden som er annerledes enn hos oss, men hva legene faktisk gjør på jobb. De dagene man er på operasjon er det satt opp inngrep fra 0800 til 1800. På det operative har sykehuset et større pasientopptaksområde. Assistent-

legene får sluppet lite til på operasjoner de første 2-3 årene. De blir som regel stående å assistere. Hun jeg var tilknyttet hadde 5 års erfaring i en 50% forskerstilling og hadde gjort 2 keisersnitt. Jeg ble overrasket på det første inngrepet jeg fikk sett. De har 16 operasjonssaler fordelt på 2 fløyer og 2 anestesileger. Pasientene blir lagt i narkose og ligger på stuen uten personlig overvåkning, maskiner varsler om det er noe. Anestesilegene går fra stue til stue der det er behov når de blir varslet. Sykepleiere er også hjelpelige. LIS legene får beskjed om at pasienten er klar og møter en pasient som ligger alene i generell anestesi på stuen. Så begynner LIS legene å vaske pasienten, dekke og finne frem nødvendig utstyr, deretter ringer man overlegen, vasker seg sterilt og gjør seg klar til å assistere. Pasientene lå ofte i narkose 30-40min før operasjonen var i gang. Etter operasjonen er det LIS legene som rydder, teller utstyr og gjør pasienten klar til overflytning til postop. Det er greit å få med seg et par ganger hvordan gangen i det er, men fryktelig kjedelig i lengden.

### **Fødeavdelingen**

På føden er det LIS som tar imot alle nye pasienter. De tar innkomst CTG som rutine på alle fødende, eksplorerer og tar innkomstjornal og igangsetter tiltak. Hvert nytt tiltak blir gjort av leger. Ved induksjoner er det legene som setter neste runde Cytotec eller prostin og det er legene som vurderer om syntocinon dryppet skal økes. I mellomtiden overvåkes de fødende av sykepleiere til de er i full fødsel. Det er legene som tar imot alle fødsler. Dette genererer utrolig mye arbeid for legene som flyr rundt for å underskrive på alt fra paracetforordninger for hodepine til normale CTG registreringer.

En større frustrasjon og skremsel var de fødende med private avtaler. De kommer

inn etter avtale med egen gynekolog og blir undersøkt og klargjort av LIS legene i samarbeid med sykepleiere som beskrevet over. Deretter blir de varslet ved all patologi av LIS legene. Går det tregt ringes den private gynekologen og tillatelse gis til å sette neste cytotec, skru opp dryppet, gi smertelindring osv. Indikasjon for induksjon på de private pasientene kan være frykt for barn som er større enn snitt eller frykt for å gå over termin. Jeg var med på å indusere en 2.gangsfødende på indikasjon makrosomi – målt til 3700g. Når pasienten er i fødsel varsles gynekologen. Vi hadde en pasient der fosterflyden falt til 60 i utrivningsfasen. Den private gynekologen ble varslet etter 3 minutter. LIS legen ville ikke gå inn da det ikke var hennes pasient. 10 minutter senere ankom pasientens private gynekolog, fosterlyden var fremdeles 60 og barnet kom til verden etter en 17minutters bradikardiepisode. Legen snakket ikke engelsk, men sykepleier smilte til mitt fortvilte fjes og sa "no problem, Apgar 10". Ph fra navlesnor blir ikke tatt.

Keisersnitt gjøres av erfarne overleger med en erfaren LIS. De syr alltid peritoneum og syr fascien i 2 lag, alle karr som blør underbindes eller koaguleres. Alle får antibiotikaproylaks og de 2 snittene jeg fikk se tok ca 1,5 timer.

### **Undervisning**

Jeg fikk ikke helt oversikt over internundervisning. Hver morgen starter med et veldig hierarkisk morgenmøte der avdelingssjefen samt professorer og andre overleger sitter rundt et panel 5 meter ovenfor flere stolrader med LIS leger. Vakten og inneliggende pasienter rapporteres og ukesplanen legges frem. Under mitt opphold fikk jeg en halv dag på et perifert privat universitetssykehus. Der fikk jeg trent laparoskopi i 3 timer på kadaver samt undervisning i disseksjonsteknikker og annet

faglig påfyll. Det viste seg å være en kongress som LIS legene fikk ta del i. Alt gikk på engelsk og var meget lærerikt.

### **Sosialt**

Siste dagen i Liège spanderte avdelingssjefen middag på alle LIS legene som hadde ansvaret for utvekslingsstudenter. En veldig hyggelig gest der vi fikk delt erfaring på tvers av nasjoner samt fortalt om våre egne utvekslingsdager. Under oppholdet bodde jeg privat hos LIS legen jeg gikk sammen med og fikk tatt del i hennes hverdag. Vi var hjemme etter 19 to av dagene og etter 23 på tirsdagen. Likevel fikk hun vist meg litt av byen og vi fikk smakt litt Belgisk øl og sjokolade. Den siste dagen deltok jeg i ENTOG konferansen. Her presenterte 4 LIS leger sitt sykehus og arbeidsforhold i sine hjemland. Derpå var det valg land til neste års utveksling med fargerike presentasjoner blant annet Tyrkia, Skottland og England. EUs arbeidsdirektiv ble diskutert til sist. Kvelden ble avsluttet med kanapeer og en sosial tur ut for se Antwerpen "by night".

### **En spennende opplevelse**

Dette har vært en utrolig spennende og lærerik opplevelse. Du får nytt syn på eget arbeidssted, prosedyrer og arbeidsoppgaver. Jeg har sjelden satt pris på at vi har et såpass sammensveiset offentlig helsevesen og høyt utdannede kompetente sykepleiere. Det er med på å muliggjøre at vi som leger i spesialisering får utviklet spisskompetanse relativt raskt. Å oppleve et annet lands helsevesen fra innsiden kombinert med et lite innblikk i et annet lands kultur og leveste er en rik erfaring å ta med seg videre. Jeg fikk også gleden av å bli kjent med LIS leger fra andre land med interesse i utveksling på AHUS. En av dem var på besøk hos oss i nesten tre uker fra Romania. Den andre var på snarvisitt. Jeg har også blitt invitert til hospitering utenom FUGO. Verdifulle broer som er verdt å få med seg.

# Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på **KUN 3 dager**<sup>1</sup>

## Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



### Dalacin Pfizer

Antinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10  
VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetylalm., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.  
VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

**Indikasjoner:** Bakteriell vaginose.

**Dosering:** Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

**Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

**Forsiktighetsregler:** Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer,

spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Sameie frarådes under behandlingen. Latekskondomer og latekspressar kan svekkes i kontakt med innholdstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amning.

**Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginit, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointes-

tinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

**Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

**Egenskaper:** Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginit: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon: Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C. Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40. Sist endret: 27.01.2004

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

E2010-1026



Ref. 1) Paavonen J. et al. "Vaginal Clindamycin and Oral Metronidazole for Bacterial Vaginosis: A Randomized Trial", Obstetrics and Gynecology 2000;96: 256-260.

**Dalacin**<sup>®</sup>  
Klindamycin



# 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.<sup>1</sup> 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 inneh.: 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  $\leq 30$  ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Tabletten 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 øsofagitt, 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 hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens 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, neflavinir, itraconazol). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Klasespesifikke, 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: Somnolens, dysgeusi. Syn: Tørr øyne. Urogenitale: Vannlatingbesvær. Øvrige: Tretthet, perifer 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, kloe, 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 brekninger. 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, arytm, kongestiv hjertesvikt). Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D08 side d. **Pakninger og priser** (pr. 01.01.2010): **5 mg:** 30 stk. 385,60 kr., 90 stk. 1086,70 kr., 100 stk. 1203,50 kr. **10 mg:** 30 stk. 472,70 kr., 90 stk. 1348,10 kr., 100 stk. 1494 kr. **T: Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode: ICPC:** U04 Urininkontinens **ICD:** N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 20.11.2009. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 16.09.2010. 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.





# Høring - Utkast til policynotat om mødrehelse

Vi viser til brev fra Dnlf datert 23.03.2011 hvor det bes om innspill vedrørende utkast til policynotat om mødrehelse.

Norsk Gynekologisk Forening er helt enig i at mødredødsfall er vår tids sterkeste uttrykk for sosial ulikhet og manglende tilgang til grunnleggende helsetjenester. Vi synes imidlertid at policynotatet mangler noen viktige elementer i forståelsen for årsaker til at kvinner i ressursfattigeland dør. Vi er også til dels uenige i løsningsforslagene i policynotatet.

David Grimes og medforfattere har påpekt at kvinneforakt og apati er de viktigste underliggende årsaker til morbiditet og mortalitet hos kvinner i ressursfattige land. WHO estimerer at 1500 kvinner dør hver dag fra svangerskaps- eller fødselsrelaterte komplikasjoner, 99% i såkalte utviklingsland, hvorav halvparten av disse i Afrika sør for Saharaørkenen. Blødninger etter fødsel, septiske aborter, svangerskapsforgiftning, infeksjoner og fødselsdystoci er en hyppig årsak til dette. I kontrast til legeforeningens policynotat, oppgir WHO som første, og viktigste steg for å redusere mødredød, at kvinner er sikret fri tilgang til prevensjon og trygge svangerskapsavbrudd. Dette støttes av andre organisasjoner, bl.a. USAID. Det estimeres at det utføres ca. 20 millioner illegale og utrygge aborter årlig, og man tror at forekomsten er i ferd med å øke. Opptil 25% av maternelle dødsfall i Asia og 30-50% av maternelle dødsfall i Afrika og Latin Amerika antas å ha sammenheng med utrygge aborter.

Etter at en har fått tilgang til prostaglandinet misoprostol i ulike land har mødremorbiditeten og mortaliteten minsket dramatisk i disse landene. Årsaken er ikke at antallet illegale aborter har minsket men at illegale aborter kan utføres tryggere. Misoprostol er et effektivt middel for å indusere aborter i første og andre trimester, i behandling av spontanaborter, forbehandling før kirurgiske aborter og igangsetting av fødsler. Det kan også brukes til å behandle postpartumbledninger der mer effektive medisiner ikke finnes. Misoprostol er sammen med antiprogesteronet mifepristone oppført på WHO's liste over livsviktige medisiner. Til tross for dette, er det mange land som ikke tillater salg av misoprostol eller mifepristone, fordi det kan brukes i forbindelse med abort.

Ressurssvake land bruker fortsatt i stor grad et lovverk arvet fra kolonilandene for 50-100 år siden og den katolske kirken tillater ikke bruken av prevensjon eller abort uansett omstendighetene. Det er dermed desto større grunn til at Norge skal synliggjøre den rollen utrygge aborter har når det gjelder mødredød. Så lenge disse fakta er politisk tabu er det lite sannsynlig at de foreslåtte tiltak rettet mot å redusere svangerskapsrelatert dødelighet vil ha noen effekt.

Å bygge opp gode tilbud for undervisning, klinisk spesialisering og forskning, slik det foreslås i policynotatet, er etter vår mening kostbart, udokumentert og feil bruk av ressurser. I stedet for å foreslå

programmer for personellutveksling, kunne man foreslå økte ressurser til familieplanleggingskontorer. Å øke tilgangen til og kunnskapen om misoprostol i fattige land vil sannsynligvis også være et langt mer effektivt tiltak for bedre mødrehelse enn de ovennevnte tiltak.

Policynotatet nevner kvinners lave sosioøkonomisk status og betydningen dette har for fødsel. Vi savner bekjempelse av kvinnelig kjønnslemlestelse, giftemål av barnebruder eller voldtekt av kvinner som ledd i krigshandlinger som tema i policynotatet.

Norsk Gynekologisk Forening foreslår disse tiltakene for å redusere mødredødsfall med følgende prioritering:

1. Økt innsats for at prevensjon blir fritt tilgjengelig og at familieplanleggingskontorer får finansiering.
2. Øke tilgjengeligheten av misoprostol og mifepristone.
3. Opplæring av fødselshjelpere.
4. Prioritere utdanning av jenter og kvinner.

Med hilsen

Bjørn Backe, Leder NGF

Kevin Sunde Oppegaard, Vitenskapelig sekretær NGF

Mette Løkeland, Nettredaktør NGF

## Global kvinnehelse

Vi starter en interessegruppe for kvinnehelse innen NGF og vil gjerne ha kontakt med interesserte kolleger. Noen har mye og verdifull erfaring i u-landsarbeid, noen har spesialkompetanse som kolleger i u-land kan dra nytte av, noen vil ha interesse av å gjøre en praktisk innsats i direkte klinisk arbeid eller i undervisning, kurs eller kollegastøtte. Vi forestiller oss en relativt vidtfavnende gruppe der ressurser kan legges inn og søkes.

1. Vi oppretter et register/en database av interesserte kolleger og deres profil når legeforeningens nettsideoppdatering er på plass høsten 2011.
2. I mellomtiden ønsker vi å ha en epostliste av interesserte kolleger. Epostadresse kan sendes til Torvid Kiserud (torvid.kiserud@kk.uib.no) eller Einar Lande (einlande@online.no).
3. Førstkommende årsmøte vil ha et formøte for Global kvinnehelse. Det er en fin mulighet til å være med og forme gruppen fra starten. Er du interessert, meld deg på.

Torvid Kiserud og Einar Lande



# EBCOG President's Newsletter

**April 2011**

Well, time marches on and whilst it seems no time at all since our last Council meeting, it is less than a month to the next one, which will take place in London on 7th May. As you know, our meetings are normally held in Brussels, but in non-Congress years, our Spring/Summer Council meeting is always held in same the place as the ENTOG Exchange Programme and Meeting. This year's ENTOG Exchange Programme looks set to be a success as usual, and at the time of the last EBCOG Executive meeting, approximately 30 trainees from 18 countries had registered to take part. I would like to wish ENTOG every success for the 2011 programme.

At the last Council meeting, a lot of decisions were taken in principle, and one of these was to replace the position of Vice-President with that of President-Elect. This will require a change to the Constitution and so the formal vote on this motion will be taken at the next Council meeting. If this change is agreed, this position will come into effect at the end of my term of office, at the end of November. This of course means that we will have elections for a new President, Treasurer and President-Elect at Council in November. The elections will be slightly more formal than in the past, and candidates will be asked to submit a brief CV and present their ideas to Council on what they would propose to do during their terms of office.

In February, UEMS circulated a "Consultation Paper by DG Internal Market and Services on the Professional Qualifications Directive", issued on 7.1.11 (MARKT.D.4 (2010)). Essentially this Directive concerns patient safety. There are concerns about the mobility of specialists in Europe because some people moving abroad to practice are under-qualified. The percentage of specialists travelling abroad to work is still less than 10% because there is a lack of clarity about the comparability of professional qualifications which is further complicated

by the problems involved in understanding qualifications in different languages.

We had a very limited time in which to respond, so it was impossible to consult as widely as I would have liked. However, Dr Mahmood and I prepared a swift response and I am very pleased that UEMS incorporated our views into its overall response to the paper. This really is an important Directive for our profession and I would urge you to take a look at it: [http://ec.europa.eu/internal\\_market/consultations/docs/2011/professional\\_qualifications/consultation\\_paper\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/docs/2011/professional_qualifications/consultation_paper_en.pdf) I believe that it is a good opportunity for EBCOG to emphasise its work to standardise post-graduate education in Europe and ultimately, it could have significant implications for EBCOG's entire visiting and accreditation system. I am pleased that EBCOG, via UEMS, was able to respond and have, hopefully, a positive input into the development of EU policy in this area.

EBCOG, via its membership of UEMS, has of course always had links with the EU institutions. However, the EBCOG and Section Council also agreed that it was desirable for us to develop our own direct, more personal contacts with members of the European institutions. Therefore, thanks to the assistance of Senator Marleen Temmerman and our Vice-President, Dr Johan Van Wiemeersch, in January 2011, representatives of EBCOG met with Dr Antonyia Parvanova, Ms Nessa Childers and Ms Kathleen Van Brempt, who are all members of the European Parliament Public Health Committee. This was an excellent and highly constructive meeting at which we discussed ideas about how EBCOG and the European Parliament Public Health and FEMM (the Committee on Women's Rights and Gender Equality) Committees could best cooperate. As a first step, EBCOG was asked comment on the Non-legislative Initial Document "Reducing health inequalities in the EU."

Ms Parvanova also raised EBCOG's key points from the meeting in January during the meeting of the European Parliament Working Group on HIV/AIDS, Reproductive Health and Development (EPWVG), which took place in February. An on-going initiative of the working group was to table a Written Parliamentary Question on the fight against maternal mortality in developing countries. This Working Group proposed a modification to the draft Parliamentary Question in order to include the facts supplied by EBCOG and the need for standards of care, with regard to maternal mortality within the EU. This idea was supported by the other Vice-Chairs of the EPWVG and a Parliamentary Question subsequently tabled on "EU initiatives and commitment in fighting maternal mortality in developing countries, and within the Union."

In January 2012, Denmark will take over the EU Presidency, and at our meeting with the MEPs, we agreed that EBCOG should write a letter to the Danish government, asking it to address the issue of women's healthcare and in particular, maternity care and inequalities associated with that care, during its Presidency. The MEPs agreed that the European Parliament's FEMM Committee would then endorse it and support us by writing a letter of its own to the Danish Government.

EBCOG was also invited to attend an expert meeting of the EP Working group on Reproductive Health, HIV/AIDS and Development on "Maternal Mortality: The way forward" on 23 March 2011. In 2010 many initiatives were taken by the UN, the EU, the G8 and the US to reduce maternal mortality. The meeting involved representatives of different institutions and aimed to examine the role the EU and the European Parliament need to play to accelerate progress towards MDG 5. I was invited to speak about maternal mortality in the EU and beyond and I felt that the messages I presented on EBCOG's behalf

were very much heard. I was very interested in an initiative that I was informed about by Senator Temmerman at this meeting, the 'Mothers' Night' initiative. This is a UN project, focusing on maternal mortality, which takes place on the evening before mother's day in eight European countries. I think this is a very interesting project which we could perhaps all help to support and promote. If you would like to know more about it, you can visit its website at: [www.mothersnight.com](http://www.mothersnight.com)

One of the main subjects of discussion at our initial meeting with the European Parliament in January was that of standards of care, as this is an area we are keen to see addressed at European level. It is one of EBCOG's current focuses and a Working Group, Chaired by Dr Tahir Mahmood, has now been set up to explore how some common European standards might be defined. We discussed this project with the MEPs and asked them to support us in developing European standards which can eventually be used by any medical specialty. The MEPs with whom we met felt that this issue was extremely important but by no means straightforward, because of the subsidiarity principle.

As you know, EBCOG's stated aim is to ensure the highest possible standards of healthcare for the women of Europe and their babies, both now and in the future. However, future standards depend upon high quality specialist training. As part of our goal of harmonising the standards of training and care in Europe, Council agreed that EBCOG should introduce a pilot Trainee Fellowship Programme in 2011.

Under this project, EBCOG will offer 3 three-month East – West Fellowships of €3,000 to carefully selected trainees and the Treasurer, Prof Wolfgang Holzgreve, has already factored the associated costs into our 2011 budget. A small Working Group is currently developing practical proposals for this project which it will present to Council in May, and hopefully we will soon have all the information, application forms and selection criteria available on our website.

The EBCOG site has now been completely revamped by our Webmaster, Dr Erica Werner, and has had a temporary change of address to: [www.ebcog.eu](http://www.ebcog.eu). The site has different levels of access and we are still considering having a forum and including E-Learning materials which can be downloaded and used as a resource. The Chair of our Working Party on E-Learning, Prof Juha Mäkinen, is currently collecting E-Learning resources across the EU. If you use or know of any E-Learning materials, please let Juha know. Also, don't forget to keep us up to date with what your own national societies are doing and please give your colleagues our web address. As the voice of obstetrics and gynaecology in Europe, we would very much like all national society members to be aware of what we are trying to do for our specialty and, most importantly our patients, in Europe.

Another issue that EBCOG is addressing is that of Clinical Studies Groups. At the recent Executive meeting, the Chair of the Working Group on Clinical Studies, Prof Allan Templeton, raised the question of whether promoting research is in fact an appropriate route for EBCOG to take. Prof Templeton is going to look further at the desirability, and indeed feasibility, of EBCOG pursuing this matter and we will discuss it again at our next Executive meeting in September.

Council also took the decision that EBCOG should participate in the Multi-Disciplinary Joint Committee (MJC) on Sexual Medicine, which is being set up under the auspices of UEMS, via the European Board of Urology. The MJC has met several times and drafted By Laws and EBCOG, represented by Dr Rolf Kirschner and Prof Johannes Bitzer, is delighted to be involved in this initiative together with the European Board of Urology, the European Board of Psychiatry and the European Society for Sexual Medicine.

The accreditation of training programmes is one of the key areas of EBCOG's work and the Standing Committee on Hospital Recognition (SCHR) has been re-constituted to try to alleviate some

of the heavy work-load of the Chair of the SCHR, Prof Yuriy Wladimiroff. The aim is to encourage countries to introduce their own visiting systems and at our last Executive meeting, Prof Chiara Benedetto, our Secretary-General, was able to inform us that Italy has now introduced a national accreditation system and that a voluntary visiting system is likely to be introduced. Although still a proposal, EBCOG would be keen to discuss joining the Italian visitors to provide joint quality assessment. To date, over 90 specialist visits have been carried out and the number of joint EBCOG and Subspecialist visits is continuing to rise.

One of the issues that has become clear from the visits carried out so far is that basic training in ultrasound is often insufficient. ISUOG is reviewing the basic training programmes and the SCHR felt that ISUOG could develop a proper basic ultrasound training programme in Europe which could be monitored by EBCOG's SCHR. The Chair of the SCHR and Dr Pille Pärngmäe met with ISUOG and I am delighted that the process of developing this programme has now begun.

As you may remember, at its last meeting, Council proposed that that Training of the Trainers (TTT) be made a compulsory part of EBCOG accreditation. The Secretary-General, Prof Chiara Benedetto, organised a TTT course in Turin in December and is organising another such course in the first part of this year. The course programme will be available on the web site soon, so if you are interested, please contact Prof Benedetto. However, please remember to book early, as places are limited.

The Standing Committee on Training and Assessment (SCTA), Chaired by Prof Klaus Vetter, is continuing to focus on CME/CPD, Training the Trainers, surgical skills training and clinical research methodology. The SCTA is currently in the process of revising the specialist Log Book and Training Programme. These documents are available on the web site and we would welcome any comments and suggestions you might like to make.

Prof Vetter also Chairs the Scientific Committee for the European Congress in Tallinn in 2012. Progress is good and the Estonian PCO, ERP, and the Danish PCO, ICS, are working very hard to make sure everything is well prepared. The First Announcement is being finalised as I write. We also hope to have a high-profile speaker from one of the European Institutions, to give us an 'insider's guide' to current and future EU health policies and initiatives.

One of the changes we have made for the 2012 Congress is to significantly reduce all of the congress registration fees and combine this with the introduction of a fee for training and courses. This concept has worked well for other organisations and we look forward to seeing it work for EBCOG. For more information, you can visit the web site at: [www.ebcog2012.com](http://www.ebcog2012.com) I sincerely

hope you can join us in beautiful Tallinn for what we hope will be a very special Congress.

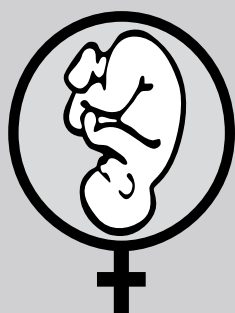
The 2010 Congress in Antwerp was successful but, unfortunately, negotiations on the financial outcome with the Belgian PCO, Semico, are still on-going. We continue to hope that the situation may yet be resolved without resorting to legal measures.

As I mentioned at the beginning, the EBCOG Council meeting will take place in London because of the ENTOG (European Network of Trainees in O & G) Exchange Programme and meeting. ENTOG works tirelessly on behalf of European trainees and I would ask you to please make sure that trainees in your country are aware of ENTOG's work. EBCOG strongly supports ENTOG and our collaboration is as close and fruitful as

always. At its London meeting, ENTOG will hold elections for various posts, including that of President and I would like to take this opportunity to thank the outgoing President of ENTOG, Dr Nuno Martins, for his cooperation and congratulate him on his achievements.

So, as you can see it has been a busy time for EBCOG. I would like to thank my fellow Officers, Executive Members and National Delegates for all the time, effort and support you give so freely to EBCOG. Let's continue to work together to support, harmonise and improve training, and thus standards of care, in our specialty in Europe.

Professor Peter Hornnes  
President of EBCOG



## Årsmøtet i Norsk gynekologisk forening 2011

Medlemmer som ønsker saker satt på dagsorden til **GENERALFORSAMLINGEN** fredag 9. september 2011 bes melde disse til styret så snart som mulig og senest innen fire uker før årsmøtet. Valgkomiteen oppfordrer medlemmene til å melde sin interesse for og/eller foreslå kandidater til styreverv.

Norsk gynekologisk forenings  
**HEDERSPRIS og FORSKNINGSPRISEN**  
utlyses på senere tidspunkt.

Det oppfordres til å følge med på NGF's hjemmesider  
[www.legeforeningen.no/ngf](http://www.legeforeningen.no/ngf)





NGF's årsmøte Ålesund 8.-10. september 2011

# Ta turen til Ålesund!

**Årsmøtet er i år i Ålesund og her følger ein presentasjon av avdelinga, byen og omlandet vårt.**

## Ålesund og omegn

Ålesund er kjent for sin jugendstilarkitektur og omliggande øyer, fjordar og fjell, og er med sine 43.670 innbyggjarar (01.01.11) største by mellom Bergen og Trondheim. Befolkninga er i sterk vekst. Ålesund kommune er ca. 98 km<sup>2</sup> og ligg på fleire langstrakte øyer ved utløpet av fjordsystema på Sunnmøre. Kommunen fekk sine grenser etter samanslåing av Ålesund og Borgund kommunar i 1968 og utskiljing av Sula kommune i 1977. Bysentrum ligg på Aspøya og Nørvøya, som ligg på kvar side av det karakteristiske Brosundet, kor Ålesundet utgjer ein kort del. Den flotte jugendstilarkitekturen reiste seg på

branntomtene etter den store bybrannen i 1904 og er nok mykje av grunnen til at Ålesund vart kåra til Noregs vakraste by i 2007.

Turisme er ein veksande bransje og det er ikkje få turistskip som passerer Ålesund på veg inn Storfjorden for å ta den storslåtte naturen og Geirangerfjorden i nærare augesyn. Folk frå både Noreg og heile verda dreg også hit for å vandre og klatre i dei ville fjella og stå på ski ned stupbratte fjellsider mot den blågrøne fjorden. For dei som vil fiske er det mange spanande alternativ, og her er ei eiga kysttorskstamme i Borgundfjorden ved Ålesund kor det

tradisjonsrike Borgundfjordfisket finn stad kvar seinvinter. Fiskeri og oppdrett er store og viktige næringar på Sunnmøre, og Ålesund har då også ei travel fiskehamn. Vidare er her kompetansesentra innan maritim verksemd, ei såkalla maritim klynge, og Kystverket har sitt hovudkontor i Ålesund. Totalt sett er Ålesund i sterk vekst, noko som bl.a. viser seg i stadig større detaljhandel med ei omsetning pr. innbyggjar i Noregstoppen. Dei siste åra har byen også fått oppleve fotballstoltheita AAFK i tippeligaen med kampar på Color Line Stadion. Av severdigheter har ein byfjellet Sukkertoppen, akvariet Atlanterhavsparken, utsiktspunktet Fjellstua, og ikkje minst det pittoreske Brosundet som ved innløpet har den karakteristiske raude fyrlykta Molja.

## Organiseringa av Kvinneklivikken i Helse Sunnmøre

Kvinneklivikken i Helse Sunnmøre har sidan 2002 vore ei felles avdeling lokalisert både i Volda og Ålesund, og etter siste omorganisering i 2010 vart vi innlemma i Kirurgisk klivikk Ålesund. Avdelingssjef er Janita Skogeng (jordmor), og Klivikksjef er Ståle Hoff (psykolog). Nestleiar i Kvinneklivikken er gynekolog Idunn Myklebust, som til dagleg jobbar ved avdelinga i Volda. Kvinneklivikken har inntil nyleg hatt éin medisinsk fagleg rådgjevar





både i Volda og Ålesund, men frå 01.05.11 er Idunn Myklebust vår felles medisinsk faglege rådgjevar for dei neste 2 åra. Vidare har vi også ei felles fagutviklingsjordmor, Elin Ytterbø. Det er felles avdelingsråd og kvalitetsråd om lag ein gang i månaden, og desse møta alternerer mellom Volda og Ålesund.

Å vere ei felles avdeling har gitt, og gir, betydelege utfordringar, og ein kan utan tvil hevde at dette er eit krevjande "tvangsekteskap." I den praktiske kvardagen har vi lite med kvarandre å gjere, om ein ser bort frå kontakt knytt til praktisk handtering av enkeltpasientar. Utvikling av prosedyrar medfører jo ein del felles arbeid og forståing av problemstillingar. Likevel har dei to underavdelingane nokså ulike ståstar, som dreier seg mykje om det å vere ei lita avdeling og ei mellomstor avdeling, der ein slit med kjente problemstillingar som eksistensgrunnlag, legetilgang, vaktordningar, økonomi, seleksjon av fødande, gynekologisk tilbod, m.m.

#### **Tal og tilbod ved Kvinneklubben på Ålesund sjukehus**

Kvinneklubben i Ålesund består av Gynekologisk avdeling, Gynekologisk poliklinikk og Føde-/ Barselavdelinga. Gyn. avd. er ein sengepost med 6 inneliggande senger og 4 dagkirurgiske senger, altså

10 senger, og er i dag i ein fellespost med Augeavdelinga og ein del av Ortopedisk avdeling. Gyn. pol. ligg i same etasje og har 4 undersøkingsrom. I etasjen under ligg Føde-/ Barselavd. som disponerer 1 mottaksrom, 4 fødestuer og 16 barselsenger inkludert 3 observasjonssenger til uforløyste. Til sist har Barselhotellet ytterlegare 10 barselsenger. Avdelinga i Volda disponerer 3 gynekologiske senger og 10 føde-/barselsenger, og har sjølvsagt også Gynekologisk poliklinikk. Kvinneklubben HSM har totalt nær 150 tilsette i 105 stillingsheimlar og eit budsjett på ca. 100 millionar kroner.

Avdelinga i Ålesund har sentralsjukehusfunksjon for 240.000 i Møre

og Romsdal og lokalsjukehusfunksjon for 100.000 på Sunnmøre. I 2010 utførte vi 443 inngrep på inneliggande, 440 dagkirurgiske inngrep, 223 inngrep på Fødeavd. og dermed totalt 1106 operative inngrep. Det totale antal inngrep har lagt stabilt over fleire år. Det var 10363 polikliniske konsultasjonar, kor UL-undersøkingar utgjorde 2364. Fødetalet i Ålesund for 2010 var 1357 fødsalar med 1389 fødte barn, noko som er eit nokså gjennomsnittleg fødetal hjå oss. Føde-/Barselavd. ved Ålesund sjukehus gir eit komplett tilbod til gravide, fødande og barselkvinner, og for å klare det har vi ein overlege med særskild ultralydkompetanse og ei fullverdig neonatal avd. ved den nyopna Barneavd., som truleg er og



landets flottaste Barneavd. Vi samarbeidar med Nasjonalt senter for fostermedisin innan fosterdiagnostikk og med Lade behandlingssenter innan rusbehandling, men i praksis sender vi ingen av våre pasientar vidare.

Gyn. avd. og gyn. pol. har òg eit godt utbygd og oppdatert pasienttilbod. Utgreiing av ulike tilstandar skjer i stor grad poliklinisk, og innan kirurgi tilbyr vi det meste innan laparotomiar, laparoskopiar, hysteroskopiar, endometriedestruksjon, vaginalkirurgi, inkontinenskirurgi og abortar. Dei vi sender vidare er gynekologiske kreftpasientar til St. Olavs hospital i Trondheim og Radiumhospitalet i Oslo, og seleksjonen skjer i tråd med Vegleiarer i gynekologisk onkologi. Cellegiftbehandlinga vert styrt av oss, men finn stad ved Kreftpoliklinikken. Ein sjeldan gang sender vi pas. som treng avansert laparoskopisk kirurgi vidare til KK Ullevål. Vi hadde 30 % opne og 70 % lukka hysterectomiar i 2010.

### **Legebemannning og legeorgansering Kvinnelinikken på Ålesund sjukehus**

Kvinnelinikken ved Ålesund sjukehus har i dag av 14 legestillingar fordelt på 9 overlegar og 5 legar i spesialisering (LIS). Vi har nyleg fått tildelt vår 9. overlegeheimel og vonar å få nokon tilsett i løpet av året. Det er 3 seksjonsoverlegar for høvesvis Gyn. avd., Gyn. pol. og Føde-/Barselavd., men i tillegg har ein "fagansvarlege" overlegar innan gynekologisk onkologi, gynekologisk operasjonsverksemd, urogynekologi, ultralyd og infertilitet, samt personalansvarleg. Vi har i dag 6-delt tilstede forvakt bestående av 5

LIS og 1 overlege (lang reiseveg), og 6-delt passiv bakvakt då vi ofte har ein spesialist i overlegepermisjon og i lengre tidsrom berre har hatt 7 overlegar fast tilsett. Overlegestaben i dag er relativt ung, men har likevel over tid vore brukbart stabil. I skrivande stund har vi imidlertid berre 6 faste overlegar i drift og er inne i ein litt tung periode. Ingen av legane har doktorgrad og det er minimal forskingsaktivitet ved avdelinga. Derimot gjer "fagoppdelinga" at vi er godt oppdaterte og vi held ein god fagleg standard, noko ulike tilsyn også har synt. Miljøet mellom legane er godt.

### **Utfordringar**

Sjølv om vi har ei bra avdeling og eit godt miljø, merker vi at vi bur i ein utkant. Vi har tidlegare strevd med rekruttering, men den største utfordringa i dag består i å halde på dei unge nyutdanna spesialistane. Dei siste 4 åra har vi tilsett 2 nyutdanna spesialistar i faste stillingar og 2 nyutdanna spesialistar i vikariat, men pr. dags dato har vi berre éin av desse i drift i avdelinga. Dei 3 andre har gått ut i privat praksis. Argumenta for å skifte beite er dei vanlege; tung vaktbelastning kontra familie og fritid, løn, travel arbeidskvardag med lite autonomi, stadige nye oppgåver utan å miste gamle oppgåver, m.m. Det er svært bekymringsfullt at våre yngre kollegaer går ut av sjukehusfaget og ei løysing på dette er å få ned vaktbelastninga ved å etablere eit større miljø med fleire overlegestillingar.

Ei anna utfordring er å halde tritt reint fagleg. Påfyll får vi, som andre, gjennom tidsskrift, kurs og overlegepermisjonar, men også gjennom flinke vikarar, deltaking i fagnettverk

og på ulike nasjonale arenaer. Fagutvikling blir stadig viktigare og det er ikkje alltid lett å finne tid til dette. For tida skjer det jo mykje innan nye operasjonsteknikkar og vi prøver å henge med på det som verker fornuftig.

Kvalitetssikring med bl.a. utvikling av nye prosedyrar og standardiserte pasientforløp bruker vi mykje tid på. Etter ei lang ventetid får vi omsider installert ein laparoskopisimulator i løpet av mai og vi trur dette vil gi eit løft til vår laparoskopiske verksemd og ikkje minst bidra til betre pasienttryggleik. Eit anna viktig ledd i vår kvalitetssikring og faglege tryggleik er gjennomføring av Akuttveka 2 gangar i året der vi trener på skulderdystoci, seteforløysingar, post partum blødingar, og resuscitering av både mor og barn.

I desse dagar held vi på med å lage ein ny organisasjonsplan, sjølv om denne fort kan vise seg å bli utdatert. Som den observante leser kanskje veit, skal vi igjennom nok ei større omorganisering alt i år då Helse Sunnmøre (HSM) og Helse Nordmøre og Romsdal (HNR) skal bli eitt nytt felles helseføretak; Helse Møre og Romsdal (Helse MoR – alle føretaks mor?). HNR har i dag Gyn./Fødeavdelingar i Kristiansund og Molde, så det nye føretaket vil få 4 avdelingar. Det er bestemt at administrasjonssete for det nye føretaket skal ligge i Ålesund, men utover det veit vi fint lite om kva framtida vil bringe av utfordringar knytt til nok ei omorganisering. At fødeavdelinga på Nordfjordeid er bestemt nedlagt byr også på fleire fødande og nye utfordringar til særleg avdelinga i Volda. Legg så til omlegginga av Følgjeteneste for gravide, ein fersk Regional heilskapleg plan for svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg og den nye vegleiarer "Et trygt fødetilbud" og du skjønner at utfordringane står i kø! Det kviskrast i krokane om éin felles kvinnelinikk for Møre og Romsdal, noko som truleg vil gi eit løft reint fagleg sett.

Kollegiet i Ålesund ser i alle fall spent framover og vil ønskje alle hjarteleg velkomne til Årsmøtet i Ålesund i september!



NGF's årsmøte Ålesund 8.-10. september 2011

# Velkommen Ålesund!

## Påmeldingsfrist og Abstraktfrist 15. juni 2011

Abstrakt til fri foredrag og plakat sendes som vedlegg til e-post til Kevin Sunde Oppegaard, adresse titch[krøllalfa]online.no, altså senest 15.06.2011.

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 fri foredrag eller plakat. Til hvert foredrag er det avsatt 8 min + 2 min til diskusjon.

Selve foredraget medbringes i Microsoft PowerPoint eller Apple Keynote på minnepinne og leveres under årsmøtet. Foredragets filnavn skal være "Etternavn foredragsholder" + "stikkord for emne". Det skal gis beskjed ved innsending av abstraktet om presentasjonen er Mac- eller Windows-formatet.

### Støtte til LIS (Lege i spesialisering) og stipendiater

LISer og stipendiater 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. Vennligst opplys til undertegnede om du er LIS ved innsending av abstrakt! LIS som ønsker å søke støtte må av regnskapsmessige grunner innsende fullt navn, adresse, fødsels- og personnummer og skattekommune sammen med abstraktet.

### Priser

Det utdeles pris til 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 poster.

### Vel møtt i Ålesund!

Kevin Sunde Oppegaard  
Vitenskapelig sekretær NGF

Knut Hordnes  
Nestleder NGF



Foto: Susanne Woerne.



# Program NGF årsmøte i Ålesund 8. - 10. september 2011

Årsmøtet pågår i Bankettsalen på Rica Parken Hotel (enkelte formøter og symposium foregår i andre møterom enn plenumsal). Lunsj foregår i frokostsalen og Brasserie Normandie

## Onsdag 7/9

Arrangement tilsluttet i tid men forøvrig uavhengig av Årsmøtet: FUGO: Menopause + HRT

Se program i Kurskatalogen eller på FUGOs hjemmeside –

[http://www.legeforeningen.no/id/143?kurskatalog\\_side=kurs\\_detaljer&Kurs\\_ID=O-25737&soekestring=klimakteriet](http://www.legeforeningen.no/id/143?kurskatalog_side=kurs_detaljer&Kurs_ID=O-25737&soekestring=klimakteriet)

## Torsdag 8/9

**Alle Formøter på Rica Parken Hotel unntatt Internasjonal Kvinnehelse (For formøteprogram se på NGFs nettsider)**

10.00-12.00 **Internasjonal Kvinnehelse ved Torvid Kiserud og Einar Lande:**

*OBS: Møterom Løvenvold på Rica Hotel Scandinavie*

10.00-12.00 **Norsk Urogynekologisk Gruppe: NUGG**

*Møterom Gange Rolv C*

10.00-12.00 **Forening for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrik: FUGO**

*Møterom Amfi*

10.00-12.00 **Praktiserende Spesialisters Landsforening: PSL**

*Møterom Polarbjørn*

10.00-12.00 **Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi: NFGO**

*Møterom Rica V*

12.15-13.45 **Lunssymposium i regi av Bayer Schering.**

12.00-13.45 Lunsj for resten av deltagerne

### Årsmøte 2011

14.00-14.25 Ordfører i Ålesund Bjørn Tømmerdal ønsker velkommen

Åpning av Årsmøtet: Leder i NGF, Bjørn Backe

14.30-15.30 Arne Sunde: Om egg, embryo og livsstil; epigenetisk tilpasning til omgivelsene

15.30-16.00 Pause

16.00-16.05 **Fagpolitisk debatt:**

Jostein Tjugum: Informasjon om laparoskopiregisteret

16.10-16.45 Torbjørn Eggebø: Hva vil rutinemessig ultralyd i første trimester innebære for oss?

16.50-17.30 Heidi Merete Rudi: Når alvorlige, uventede hendelser oppstår - varslingsplikt og utrykningsgruppe

18.30-24.00 **"Get Together" i Teaterfabrikken**

## Fredag 9/9

08.30-10.00 **Gynekologi/Obstetrik:**

08.30-09.00 Carl Nilsson: Kirurgisk behandling av inkontinens de siste 40 år

09.00-09.30 Bo Jacobsson: Spontan for tidlig fødsel - nye data fra Mor-Barn undersøkelsen

09.30-10.00 Helga B. Salvesen: Endometriecancer: individuelle kvinner – individuell behandling. Hva bør vi vektlegge i vår behandlingsstrategi?

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: Obstetrik/Gynekologi**

14.30-15.00 Pause (posterbesøk)

15.00-16.00 **Frie foredrag sesjon 3: Gynekologi/Obstetrik**

16.00-16.30 Pause

16.30-18.00 **Generalforsamling i Amfi**

19.30 **Årsmøtemiddag**

## Lørdag 10/9

09.00-10.30 **Obstetrik/Gynekologi:**

09.00-09.30 Guttorm Haugen: Mors ernæring påvirker barnets blodsirkulasjon. Har dette betydning for barnets helse senere i livet?

09.30-10.00 Usha Hartgill MRCP, Specialist in Genito-Urinary Medicine: Seksuelt overførbare sykdommer – what's new this season?

10.00-10.30 Sigrun Kjotrød: Klokken tikker – når slutter eggstokkene å ringe?

10.30-11.00 Pause

11.00-12.00 **Frie foredrag sesjon 4:**

12.00-13.00 Lunsj

13.00-13.50 **Frie foredrag sesjon 5: Obstetrik/Gynekologi**

13.50-14.00 **Avslutning. Priser for beste foredrag.**

- Tove Myrbakk
- Artikkelen er tidligere publisert i "Doktor i Nord" 2/11

Overlegeforeningens jubileumsseminar april 2011

# Bærekraftig prioritering

**Hvordan må det prioriteres fremover nasjonalt og internasjonalt for å få til et bærekraftig helsevesen? Hva er og helse og hvordan bli bedre på å dele medisinsk kunnskap og teknologi med de aller fattigste landene?**

Dette var noen av de vanskelige spørsmålene som Overlegeforeningen satte fokus på i sitt jubileumsseminar i april. Og til å prøve å svare på disse hadde de invitert en knippe nasjonale og internasjonale kapasiteter.

## Kvalitet handler om legers identitet

Barnelege og professor Paul Batalden har vært sentral i de viktigste tiltak for å fremme kvalitetsforbedring i klinisk medisin gjennom de siste 25 årene. Han mener profesjonell kunnskap og forbedringskunnskap til syvende og sist handler om legers faglige identitet som doktor. Kvalitetsforbedring er i følge ham er en kontinuerlig prosess som må implementeres både i diagnostikk og behandling, prosesser og systemer.

Hans Petter Aarseth reflekterte i sin innledning over myndighetenes føringer for prioritering versus det beslutningsrommet leger rår over i sin kliniske hverdag.

– Leger har plikt til å ta helhetlig hensyn, også når det gjelder økonomi. Det er ikke

slik at mer behandling er bedre behandling. I USA brukes 20 prosent av sykehusenes inntekter på unødig eller skadelig helsehjelp.

## Kø av friske pasienter

Ragnar Breckan og kollegaer på Nordlandssykehuset neddynges av henvisninger på gastroskopi. På konferansen filosoferte han rundt spørsmålet om nytten av å undersøke friske folk.

– Hva er en pasient? Er det alle som står i en eller annen form for helsekø? Da er vi i så fall kanskje 8 millioner pasienter i Norge i dag, og de fleste er nesten ikke syke. Are Helseth er politiker og lege og frustreres til tider over den korte horisonten i det politiske liv. Han tror de politiske skillelinjene kan bli større når mangelen på helsepersonell blir mer gjeldende.

– Hva skjer da med privatisering og utviklingen av det offentlige helsetilbudet. Hvilken fordelingspolitikk får gjennomslag?

## Prioritering er verdiarbeid

Reidun Førde mener legene må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer.

– For at idealene skal fungere i praksis kreves det evne til refleksjon og mot og vilje til endring. Prioritering er verdiarbeid og dette er et område som trenger mer forskning. Vi vet at det er mange skjulte prioriteringsdrivere som det er viktig å være bevisst på.

Pernille Brusgaard mener god sykehjemsmedisin noen ganger er å fravike forskriftene.

– Vi er pålagt å veie våre pasienter regelmessig. Det resulterer i 1344 veiinger i året på Smedstadhjemmet der jeg jobber. Det er tre fulle arbeidsuker i året. Influensavaksine er anbefalt gitt til alle pasienter på sykehjem. Er det rett? Før vi oppgraderer sykehjemmene med enda mer teknisk og medisinsk utstyr bør vi kanskje

reflektere på hvor fokuset skal være i dødsprosessen. Palliativ behandling med et holistisk menneskesyn krever faglig dyktighet og mot.

### Fattige land holdes utenfor

– Et globalt perspektiv på helse er helt nødvendig og i alles interesse. Den medisinske fremgangen er veldig stor for veldig mange, men størst for oss som er privilegerte fra før. De fattigste landene holdes fortsatt utenfor den medisinske utviklingen. Det sa Jan Egeland, direktør i Norsk Utenrikspolitisk Institutt. Han erfarer at fremgangen på det medisinske området bidrar til at man bedre hankses med store medisinske katastrofer, men at det ikke alltid er et topp moderne feltsykehus som er mest behov for.

– Det klassiske medisinske nødarbeidet er i dag preget av for mange hjelpere. Alt for få er interessert i å bygge latriner. Men verden er på vei fremover. Det er imponerende å se hvor raskt en million barn kan vaksineres og hvor raskt dødeligheten kan gå ned. Men det kunne gått mye raskere om vi var enda bedre på å dele den medisinske fremgangen med den tredjedelen av verden som står utenfor denne.

### Helsepersonell må beskyttes

Ling Merete Kituyi har jobbet som lege i Kenya siden 1989. I dag jobber hun på FNkontoret i Nairobi. I Oslo tok hun for seg tusenårsmålene i konfliktsamfunn.

– En humanitær arbeider i dag oppfattes ikke som nøytral. Vi må derfor tenke nøye over hva vi driver med. Tidligere ville Røde Korsflagget gitt fritt leide for å hente sårede. Slik er det ikke i dag etter at symbolet har blitt misbrukt. Vi som jobber som helsepersonell må beskyttes og trusler er ikke uvanlig. Sommeren 2008 måtte hun flykte med barna til Norge etter å ha mottatt gjentatte dødstrusler.

– Det er viktig at norske leger og Legeforeningen støtter opp om det arbeidet



Margit Steinholt og Anders Seim. Foto: Myrbakk.

som gjøres internasjonalt. I områder med store konflikter er det svært vanskelig å få til et godt helsetilbud.

### Lykkes i Niger

Allmennlege Anders Seim har i mange år jobbet for å utrydde sykdommen dracunculiasis som er en smertefull og invalidiserende sykdom som skyldes guineaorm. Gjennom organisasjonen Health & Development International ([www.hdi.no](http://www.hdi.no)) har han de siste årene jobbet med obstetriske fistler i Bankilare Niger.

– Første desember 2007 lanserte vi et pilotprosjekt der målet var å raskt redusere dødsfall under fødsel, og forebygge fødselsfistel ved at kvinner som trenger det får keisersnitt. Det har HDI lyktes med og deres prosjekt blir nå utvidet til å gjelde større områder. I dag er blødning blitt den vanligste grunnen til fødselsrelaterte dødsfall i prosjektområdet, og HDI har også prosjekt på dette i Bankilare.

### Ville redde verden

Jannicke Mellin-Olsen ble lege for å redde verden.

– For noen år siden spurte noen meg om hva man egentlig kan få til som overlege

i Bærum. Jeg kom til at det ikke er så lite som man skulle tro, og spesielt hvis man jobber gjennom Den norske Legeforening internasjonalt.

Mellin-Olsen har reist mye utenfor Norge og jobbet som doktor både gjennom Forsvaret og humanitære organisasjoner som anestesilege. I dag er hun president i den europeiske anesthesiologforeningen og er imponert over engasjementet til de hun har truffet opp gjennom årene. Et engasjement som tydelig har smittet over på henne.

– Moldova hadde sin første legekonferanse for noen år siden. Den gjorde masse for selvtilliten deres, og har brakt mye positivt med seg på kort tid. Legene i Moldova har en drive man kan misunne dem. De vet ikke alltid om de får lønn, men står på og er stolte over det de får til.

Foredragene under jubileumsseminaret til OF finner du på [www.legeforeningen.no/id/162641](http://www.legeforeningen.no/id/162641)

Les mer om Paul Batalden og kliniske mikrosystemer på [www.clinicalmicrosystem.org](http://www.clinicalmicrosystem.org) og [www.ihl.org](http://www.ihl.org)

Les mer om Anders Seim om fistelprosjektet i Bankilare Niger på [www.hdi.no](http://www.hdi.no)

- Marte Myhre Reigstad
- LIS KK A-HUS
- martereigstad@gmail.com

# NGF'S VÅRKURS 2011

**Torsdag 8. April var regnfri i Bergen, på første dag av NGFs Vårkurs. PSL'erne Kristina Johannessén, Brit Nyland og Knut Hordnes var arrangører denne gang, og programmet var variert og spennende.**

## HPV

Prof dr med Ole-Erik Iversen gjennomgikk HPV testingens utvikling over tid. Han delte på sitt engasjerte vis sin omfattende kunnskap om cervix cancer og HPV. Årlig gjøres det 450 000 gynekologiske undersøkelser med cytologisk prøvetakning i Norge. Tre tusen pasienter koniseres årlig, hvorav 2000 fanges opp pga HSIL i cytologi. Ved å bruke en egnet HPV test, kan man forhåpentligvis økte testintervallet for mange kvinner, og rette ressursbruk mot pasienter som behøver det. Han minnet oss på at kvinner som er koniserte har økt risiko for urogenital cancer, og derfor bør følges nøye. Vi fikk høre en redegjørelse for hvor vi står i debatten omkring de ulike HPV tester, og at det fortsatt ikke er helt avklart.

## Postpartumdepresjon

Overlege dr med Jan Øystein Berle fra Psykiatrisk divisjon Helse Bergen og Kronstad DPS minnet oss på at post partum depresjon rammer ca 10%, og at sykdomsbildet er som ved alle andre

depresjoner. Problemet med pasientenes tilstand er at symptomene ved depresjon (uregelmessig livsførsel, rusbruk, dårlig ernæring, funksjonssvikt, dårlig kontakt med barna) har alvorligere konsekvenser enn på andre tidspunkter i livet. Det kan føre til unødige brudd i parforholdet og kan få konsekvenser for senere familieplanlegging. Helsestasjonene har blitt flinkere til å fange opp behandlingssøkende pasienter, særlig ved hjelp av EPDS skjema (Edinburgh Postnatal Depresjon Scale). Score høyre enn 10-11, av 30, tyder trolig på behandlingstrengende depresjon. Når det gjelder post partum psykoser er dette skeldnere, risiko på 0,1%. Risikoen er økt med 20-30% den første måned etter fødsel, 84% får symptomer den første uken etter fødsel. Det er nær relasjon mellom bipolar sykdom og psykose. Kliniske tegn å se etter er: Rastløshet, uro, irritasjon, som alle ofte oppstår kort tid (få dager) etter fødsel. Risikoen for post partum psykose er 100 ganger forhøyet dersom de har vært innlagt en psykiatrisk døgnavdeling til

behandling tidligere -så spør pasienten om dette! Suicidalitet må alltid vurderes, ofte eksisterer suicidalrisiko langt ut i det første året etter fødsel.

Bipolar lidelse ble også gjennomgått, og denne artikkelen kan leses på tidsskriftets sider. [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=2066427](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=2066427)

## Kroniske smerter

Seksjonsoverlege Unni Kirste, Haukeland universitetssykehus foreleste om den kroniske smertepasienten. Hun gav innsikt i vanskelighetene i å møte disse pasientene, som så ofte etterlater legen med en følelse av utilstrekkelighet og frustrasjon. Mange av pasientene har hatt flere fruktløse møter med helsevesenet, og er sinte og mistroiske når de entrer kontoret. Nøkkelen er, ifølge Kirste, å være åpent lyttende, og ta en god anamnese. Seksualanamnese, samt også smerteanamnese er viktig. Vi fikk en redegjørelse for smertefysiologi, og en del tips om behandlingsmuligheter, viktighet av behandling av team som har erfaring på



dette området. I Oslo kan man nå henvise disse pasientene til fysioterapiutdanningen ved Høyskolen i Oslo for somatokognitiv fysioterapi.

**Fysioterapeut Kjersti Hatlebrekke**, med sitt foredrag "God på bunnen?", gav oss et grundig innblikk i sitt arbeid som fysioterapeut for pasienter med urin/avførings inkontinens, genital prolaps og smerter i underlivet. Hun fortalte at mange kvinners problemer starter etter fødsel, ofte pga tynne slimhinner, vonde episiotomier og for tidlig oppstart av seksuell aktivitet. Dette går så over i en kronisk tilstand. Hun anbefalte utredning mtp andre årsaker, (f eks fissurer, hemoroider, endometriose) deretter grundig smerteanamnese. Hun fortalte oss om sine behandlingsmetoder, som blandt annet innebar manuell terapi, avspenning/tøying, TENS, og varmebehandling.

### Obstetrikkens historie

Klinikkoverlege dr. med. Per Børdahl, KK, Haukeland Universitetssykehus gav oss en underholdende time med innblikk i gamle dagers obstetikk på Vestlandet. I lys av dagens perinatale dødelighet som er nesten på null, virker det uforståelig at i 1850 døde hver 5. Kvinne i fødsel i Norge. Simpsons tang kom i 1848, med mulighet for å få ut barnet i live, og man fikk dermed behov for å overvåke også barnet under fødsel. Da en professor Skjønberg arbeidet ved universitetet i Oslo i 1860-70 årene, ble det sendt ut høring om at også jordmødre skulle få lov til å lære bruk av tang. Han sa nei på universitetet, og helsedirektoratet og HOD sa også nei. De begrunnet det med at i byen var det nok leger, og at på landet var fødekvinnene så hardføre at de ikke trengte det!

### Setefødsel

"Vaginal setefødsel – er det stadig trygt?" var neste forelesning ved **Susanne Albrechtsen, KK, Haukeland**. 4,5% av fødsler er seteleier nå, som er en økning på 1% siden midten på 90 tallet. Når det gjelder risikofaktorer er det arvelig både fra fars og mors side.

Albrechtsen redegjorde for endringen i de skandinaviske landene på 1970-1980 tallet, hvor man i Danmark og Sverige gikk over til 80% sectiofrekvens på seteleier, at tall stiger på antall barn forløst fra seteleie. Hun presenterte PREMODA studien fra Belgia og Frankrike, hvor tall var sammenlignbare med norske tall, og hvor man ikke fant økt risiko forbundet med setefødsel. Hun refererte en studie fra Nederland der man har vist at etter innføring av 80% sectio på seteleie, har risiko for perinatal mortalitet og "fetal trauma" falt, men man har fått en økning av maternell mortalitet. Hun stilte spørsmålet "Which level of fetal risk justifies increased maternal risk?". Hun konkluderte med at ved nøye seleksjon er ikke vaginale setefødsler forbundet med økt risiko for barnet. Hovedproblemet i dag er spørsmålet om hvor mange setefødsler man skal ha årlig pr lege for å opprettholde kompetanse.

### Mekanisk misforhold

Professor overlege dr.med. Torvid Kiserud avsluttet torsdagen med sitt foredrag om mekaniske misforhold. Han stilte spørsmål om bekkenet er for trangt, eller barnet for stort, ved å redegjøre for homosapiens migrasjon fra Afrika og ut i resten av verden, og bekkenets samtidige utvikling. I møtet med evolusjonelt press, var løsningen prematur fødsel: Vi føder i dag barna våre premature fordi vi har fått for trangt bekken etter at vi ble bipedale. Dette medførte at vi måtte selekteres til å ha evne til læring. Han fortalte også om tradisjonell fødselshjelp, som også aper og hval har. Man tenker seg også at det derfor har vært nødvendig for homo sapiens å utvikle kommunikasjonsferdigheter for å tiltrekke seg assistanse under fødsel. Resten av foredraget er umulig å gjengi, det må oppleves!

Og med det som siste ord sagt den dagen, fikk de fleste kursdeltagere en bedre middag på Kjøttbasaren på Bryggen. Det ble en sen kveld på noen for det var (visstnok) en bar i etasjen over restauranten...

### Endometriecancer

Fredag morgen startet med **Overlege Jone Trovik, KK, Haukeland** med foredraget "Kan biomarkører gi hjelp til å identifisere endometriecancer med høy risiko for residiv?" Trovik presenterte sin studie hvor det samles materiale fra pasienter til behandling for corpus cancer, og man forsøker å detektere preoperativt risiko for residiv. Pipelle kan gi en viss pekepinn, men det kommer ikke opp mot gullstandard med undersøkelse av histologisk undersøkelse. Det er ønskelig å teste for flere markører, for å kunne bruke markører i preoperativ diagnostisering/risikovurdering mtp lymfeknutespredning. Med tiden vil terapien kunne bli justert i henhold til hvilke markører tumor fremviser. Gestagen reseptor (PR) og østrogen reseptor (ER) brukes og hvis tumor er positiv for begge disse er dette forbundet med lav risiko.

### Omskjæring

Praktiserende spesialist **Sverre Sand, Oslo**, foreleste om omskjæring (dvs KLL = kjønnslemlestelse) i Norge. 6000 omskjæres daglig i verden, og i alle land går alderen for omskjæring ned. Mye gjøres av helsepersonell; og det er ikke derfor det utdannes helsepersonell! I verden gjøres 80% type II, 15% type III. I Norge er fleste kvinner utsatt for type III. Han gjennomgikk de tre ulike typer med omskjæring, og komplikasjoner forbundet med dette inkludert fødselskomplikasjoner: (ikke bare pga KLL, men også pga dårlig svangerskapsomsorg) f eks vanskelig fosterovervåkning, høy andel keisersnitt, Apgar score under 7 ved 5 minutter, skader på f eks urethra, ifm klipp ved fødsel.

Han fortalte om åpning/deinfibulering, som har til hensikt å lette fødsel eller bedre samliv. Åpning skjer skarpt med kniv eller saks, man syr fortløpende med 4.0 tråd. Ved området rundt klitoris, avbrutte suturer. Deinfundibulering er best å gjøre i voksen alder, nest best i løpet av svangerskapet (midten av svangerskapet-slik at det ikke forbindes med spontan abort eller

fødselskomplikasjoner). Dersom de kommer i 35 uker, er det best å vente til fødsel, slik at de ikke har plagsomme sår i vulva siste del av svangerskap og under fødsel. Ved åpning i fødsel, best å gjøre når hodet kroner, i tilfelle fødselen ender med keisersnitt. Reinfundibulering er forbudt i Norge, men i Sudan så man at 6 av 10 kvinner ble sydd igjen etter fødsel. Han snakket også om barn og åpning, og at når dette gjøres utstedes en attest om at barnet er åpnet på medisinsk indikasjon, noe foreldrene ofte ønsker seg. Når det gjelder helseundersøkelsen i Norge som ble vedtatt av Ap regjeringen, skal barn ved 5, 10 og 15 års alder få tilbud om undersøkelse. Gjelder jenter som kommer fra land der flere enn 30 % er omskåret. I praksis er det dessverre, ifølge Sand, nesten ingen som kommer til undersøkelsene.

### Genitalt prolaps

Sissel Oversand, lege ved urogynekologisk avd. Oslo Universitetssykehus fortalte om "Genital prolaps: behandling, residiv og komplikasjoner". Hun forklarte historisk årsak til benevnelsen Manchester plastikk, som er oppkalt etter at kvinner i tungt manuelt arbeid i industribyen Manchester hadde behov for fremfallskirurgi! Hun gjennomgikk operasjonsteknikk for tradisjonell manchesterplastikk, inkludert hvorfor man skal gjøre bakre samtidig med fremre-for å opprettholde vaginas vinkel. Hun gjennomgikk materiale fra Ullevål, hvor 83% prosent etter et år var residivfrie (opptil grad 2). De fant like mye dyspareuni i gruppen med fremre kolporafi som de i manchester plastikker. Det gjøres fortsatt ikke mange nettplastikker der som primærkirurgi, kun ved residiv. Det var mange engasjerte kursdeltagere som stilte spørsmål etter foredraget- åpenbart et tema som berører mange!

### Arvelig kreft

Overlege Hildegunn Høberg Vetti som er klinisk genetiker ved Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft Helse Vest engasjerte med sitt foredrag: "Arvelig gynekologisk cancer med fokus på ovarialcancer og BRCA". Hun refererte Knudsons two-hit hypotese: De som har arvelig kreft får det ofte i ung alder, og flere ganger. Å vite om kreften er arvelig eller ei er viktig for valg av behandling, å kunne si noe om prognose og om eventuell risiko for ny kreftsykdom. Det utvikles hele tiden mutasjoner i BRCA 1 og 2 genene, derfor har gentestene til enhver tid ikke 100% deteksjonsrate. Hun kom med det viktige budskap: å sikre genmateriale fra den syke, dermed kan man fange opp en evt BRCA variant som ikke finnes i testpanelet til de eksisterende testene. Ved opphopning av cancer i familien og negativ BRCA 1 og 2 testing –hører det med en vurdering av BSO (se veileder i gynekologisk onkologi). Hun minnet også på det man vet om HNPCC-som nå betegnes Lynch syndrom. Denne typen gir en bredere spekter av cancer typer og man bør tenke på dette hvis pasienten er ung, har hatt flere typer kreft eller har flere i familien med Lynch assosierte krefttyper. Det kan være av verdi å be om immunhistokjemi i fm undersøkelse av operasjonspreparatet.

### Hormonell substitusjonsbehandling

Overlege Michael Lützhøft Hansen, KK, Stavanger Universitetssykehus fortalte om substitusjonsbehandling med østrogen og androgener. Ved kirurgisk menopause, faller i løpet av få dager østrogen nivå til under halvparten, som gir et mye større fall enn etter naturlig menopause. Kvinner har ca 10% av testosteron nivå til menn, og 50 % av androgen produksjon faller ved fjerning av ovarialvev. Mange snakker om effekt av manglende østrogen, men hva med

testosteron? Han viste flere medieutklipp som demonstrerte at testosteron har fått mye dårlig omtale (pga antatt risiko forbundet med hjerte/kar sykdom, prostatacancer, levertoksisitet og virilisme hos kvinner). De vanligere tegn på lave androgen nivåer hos kvinner innbefatter: vasomotor symptomer, søvnvansker, depresjon, angst, nedsatt energi, hodepine. Han hevdet også at kvinner og menn har ulik seksualitet, og at menn har flere "uprovoserte seksuelle tanker"! En del av tilbakeholdenhet kommer også av at endokrinologer har frarådet testosteronbruk, men North American Menopause Society er nå positive dette. Man behøver ikke måle testosteron før oppstart og preparatene skal brukes mot nedsatt seksuell funksjon. Hvis noen lurer på om det har forekommet overdosering med testosteron? Man har fulgt 365 "females to males" (transgender). Ingen hadde økt risiko for kreft, diabetes, hjerte/kar sykdom over observasjonstiden på 18 år.

Ulike testosteron preparater ble gjennomgått, og DHEAS ble også nevnt, som brukes mye i USA (uten resept) men har usikker dokumentert effekt.

### Fosterfysiologi

Overlege dr. med. Jörg Kessler, KK, Haukeland universitetssykehus avsluttet fredagen og vårkursset med sitt foredrag om fosterfysiologi og fremtidsperspektiver. Han oppfordret til å bedre samarbeidet mellom ulike forskergrupper, innen områdene

Placentaforskning, ultralyd, CTG/STAN og neonatologi. Dette for å lage bedre skjematisk overvåking- og behandlingsprosedyrer.

Tusen takk for arrangementskomiteen som gjorde en strålende jobb, et par flotte kursdager i Bergen!

	Dato	Kurs	Sted
2011	23. - 24. jun	<b>4th European Symposium on Ovarian Cancer</b>	Reims, France
	28. juni - 2. juli	<b>International Urogynecological Association, Annual Meeting</b>	Lisboa, Portugal
	29. aug - 2. sept	<b>International Continence Society ICS 2011</b>	Glasgow
	8. - 10. sept	<b>NGF Årsmøte 2011</b>	Ålesund
	4. - 7. sept	<b>11th World Congress on Endometriosis</b>	Montpellier, Frankrike
	8. - 11. sept	<b>9th Congress of the European Society of Gynecology</b>	København
	14. - 17. sept	<b>International Federation of Placenta Associations</b>	Geilo
	16. - 17. sept	<b>11th Seminar of the European Society of Contraception &amp; Reproductive Health</b>	Kaunas, Litauen
	21. - 24. sept	<b>20th Annual Congress og ESGE (endoscopy)</b>	London, UK
	21. - 24. sept	<b>Annual Meeting NAMS</b>	Washington, USA
	23. - 26. okt	<b>13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society</b>	Praha, Tsjekia
	3. - 6. nov	<b>The Oocyte: From Basic Research to Clinical practice</b>	Barcelona, Spania
	8. - 11. nov	<b>10th World Congress of Perinatal Medicine</b>	Punta del Este, Uruguay
	17. - 20. nov	<b>Controversies in obstetrics, gynecology &amp; infertility</b>	Paris, France
30. nov - 3. des	<b>14th World Congress on Human Reproduction</b>	Melbourne, Australia	
Desember	<b>Cross-border Reproductive Care: An International Conference on the Global Quest for a Baby</b>	Macau, Kina	
2012	7. - 10. mars	<b>World congress on gynecological endocrinology ISGE</b>	Firenze, Italy
	28. - 31. mars	<b>9th Congress on Menopause &amp; Andropause</b>	Athens, Greece
	april	<b>Vårkurs NGF</b>	Oslo, Norway
	17. - 20. mai	<b>CPP, The 2nd International Meeting on Cardiac Problems in Pregnancy</b>	Berlin, Tyskland
	16. - 19. juni	<b>NFOG 2012</b>	Bergen, Norway
	20. - 23. juni	<b>12th Congress of the ESC, Myths &amp; misconceptions vs evidence on contraception</b>	Athens, Greece
	4. - 8. sept.	<b>IUGA</b>	Brisbane, Australia
	7. - 12. okt	<b>FIGO World Congress</b>	Roma, Italy
	25. - 27. okt	<b>Årsmøte NGF</b>	Tromsø, Norway

## Helsesenteret for papirløse migranter

Helsesenteret for papirløse migranter er et humanitært helsetilbud for personer uten oppholdstillatelse i Norge. Det er drevet av Kirkens Bymisjon og Røde Kors i felleskap og basert på frivillig helsepersonell. I den anledning trenger Helsesenteret en frivillig gynekolog og et ultralydapparat med vaginalprobe til donasjon.

Kontaktinformasjon:

Frode Eick, Helsefaglig ansvarlig  
 HELSESENTERET for papirløse migranter  
 Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo/ Oslo Røde Kors  
 Tlf.: 48890560 | Mobil: 48890560  
 frode.eick@bymisjon.no  
 Gavekonto: 7011 05 18593 | Givertelefon: 820 43 055





WWW.NFOG2012.NO

WELCOME TO  
**38TH NORDIC CONGRESS  
OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**  
17-19 JUNE 2012, BERGEN, NORWAY



38TH NORDIC  
CONGRESS  
OF OBSTETRICS  
AND GYNECOLOGY



Norsk gynekologisk  
forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING