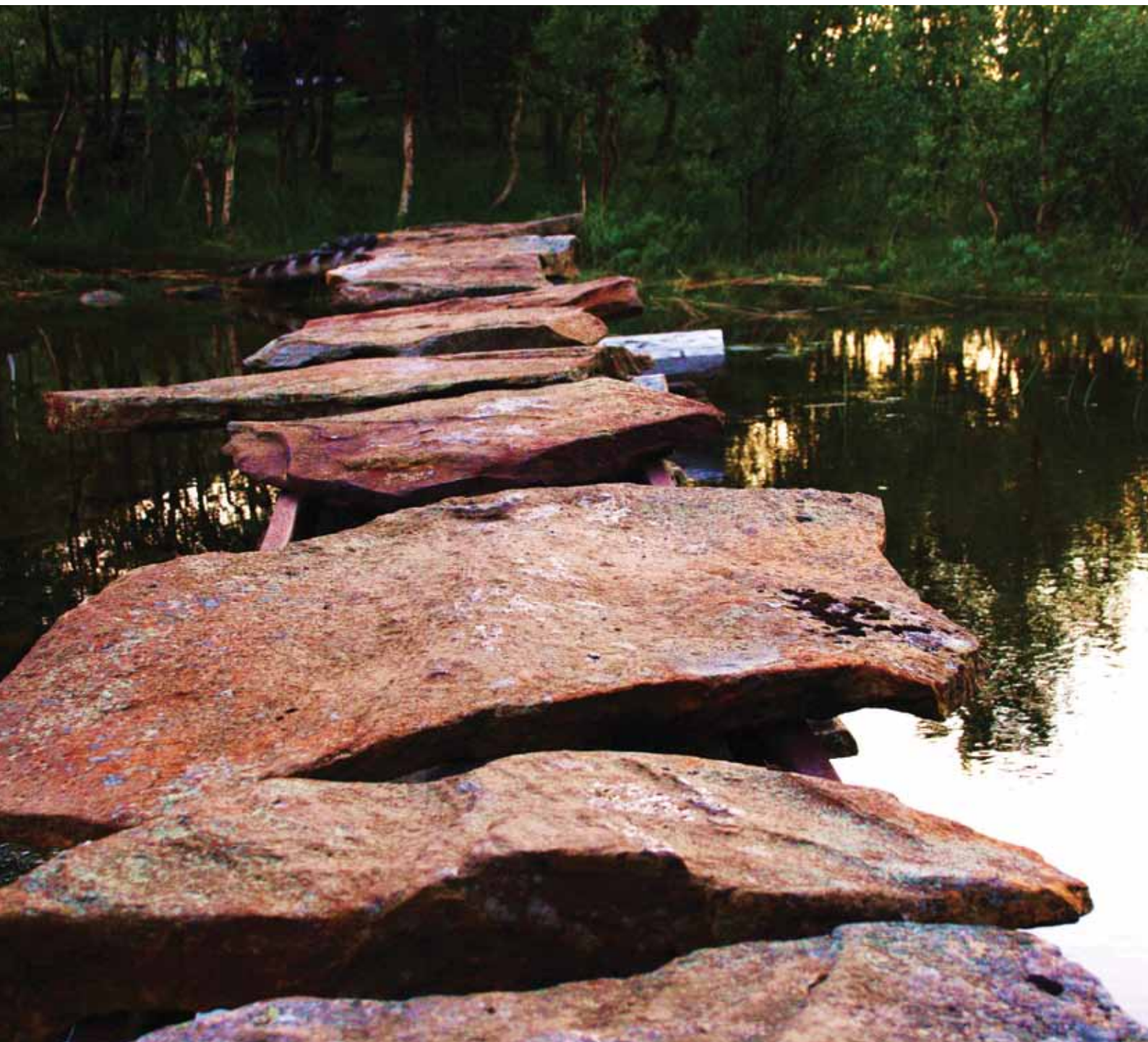


24-4
2011

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOLD

■ Møt NGF's kommende leder s. 6 ■ Seksuelt overførbare sykdommer s.14 ■
NGF 65 år s.12 ■ Årsmøtet i Ålesund s.26



Folk syns nok at jeg er en dårlig matmor.

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



C Vesicare Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D08 TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Solifenacinsuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering: Voksne inkl. eldre:** 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. **Barn og unge:** Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. **Nedsatt nyrefunksjon:** Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 30 ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **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. **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare 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. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir, itraconazol). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** Bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger:** Klassespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. **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-interval) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardiskemi, arytmi, kongestiv hjertesvikt). Se Giftnformasjonens anbefalinger G04B D08 side d. **Pakninger og priser** (pr. 05.10.2011): **5 mg:** 30 stk. 359,20 kr., 90 stk. 1007,70 kr., 100 stk. 1115,80 kr. **10 mg:** 30 stk. 441,50 kr., 90 stk. 1254,60 kr., 100 stk. 1390,10 kr. **T: Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv 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. Karram et al. urology, volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18.



Vesicare
Solifenacin

Legemiddel mot overaktiv blære

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 Sigrid 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 2012

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

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	5
■ Artikkel	
Ikke redd for utfordringer	6
Norsk Gynekologisk Forening 65 år	12
Norsk kompetansesenter for seksuelt overførbare sykdommer	13
Seksuelt overførte infeksjoner: What's New This Season?	14
Kongens fortjenestemedalje til Erik Mikael Torkildsen	18
Ole-Erik Iversen tildelt Falchs seniorpris 2011	18
■ FUGO	
Kjære FUGO-medlemmer!	20
ENTOG-utveksling i England	22
■ Årsmøte	
Årsmøte i Ålesund 2011	26
Prisvinnere	28
Hedersprisen 2011	29
Fagpolitisk debatt	30
Referat Generalforsamling, NGF	33
Referat FUGO	36
Referat NUGG formøte	37
Referat PSL formøte	38
Referat fra NFGO	39
Referat formøtet Internasjonal kvinnehelse	40
■ Foreningsnytt	
DRG-vektning av gynekologisk dagkirurgi	42
Endokrinologi for gynekologer	43
FIGO news	44
Interessegruppe for personer som lever med avføringslekkasje	45
■ Kurs/kongress	
Kongresskalender	46



24-4
2011



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2010-2011

Leder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinneklinikken St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	900 35 427
Nestleder	Knut Hordnes	Spesialistpoliklinikken, 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	Kvinneklinikken, 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	Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssjukehus	toea@sus.no	926 01 220

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

Byråkratisk sendrektighet



I 2008 ble 55,9% av selvbestemte svangerskapsavbrudd ved norske sykehus utført medikamentelt. I 2010 var tallet steget til 73,3%. Hjemmeabort er etablert som en foretrukket behandlingsform som gir kvinnen stor grad av trygghet og kontroll, og det er hevet over enhver tvil at det er en skånsom behandlingsmetode som er langt å foretrekke fremfor kirurgi. Å gi kvinnene en mulighet til å kunne få denne behandlingen hos spesialist også utenfor sykehuspoliklinikken, er en naturlig medisinsk videreutvikling som allerede er etablert praksis i våre naboland.

Norsk gynekologisk forening har siden 2008 jobbet med å få innført

muligheten for medikamentelt induisert svangerskapsavbrudd i regi av praktiserende spesialist. I 2010 oppnådde vi at det i statsbudsjettet for 2011 ble lagt føringer for et to-årig prøveprosjekt. Foreningen ble av HOD informert om at behovet for en forskriftsendring i abortloven måtte på plass før oppstart av prosjektet, og vi ble bedt om å forholde oss til Hdir i det videre arbeidet. NGF har gjennom året purret Hdir en rekke ganger for å få komme i gang med prosjektet, og det har tatt Hdir ti måneder å bringe på det rene at forskriftsendringen fortsatt ikke er på plass. Saksbehandler i HOD har nå lovet at forskriftsendringen er «like om hjørnet», og vi håper nå at vi snart kan komme ett skritt videre.

NGF er premissleverandør innenfor vårt fagfelt, og det jobbes med mange saker på ulike plan i foreningen. Fra nyttårsskiftet er det nytt mannskap og ny leder som står ved roret. Fra redaksjonens side takker vi for oss og ønsker de som overtar stafettspinnen lykke til!

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

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

LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Andreas Putz, 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 Hoff Kierulf (vara), Sjur Lehmann (vara).

NFGO

Anne Dørum (leder), Bjørn Hagen, Mark M. Baeklandt, Lars Juul Hanssen, Anne Beate Vereide, Jostein Tjugum, Ingar 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)

Kjære kolleger



Eller skal vi si kjære innsatsfaktorer? – Det er blårussens terminologi som har overtaket i sykehusene, vi som jobber der reagerer knapt på dette lenger. På driftsmøter hver måned får vi høre hvordan det går. Ikke med pasientene, men med drifta. Produksjonen ved poliklinikkene og sengeavdelingene genererer inntekter. Et nytt fenomen på utgiftssida er interndebitering, som er betalingen andre avdelinger får for tilsyn, radiologiske undersøkelser, SAG og laboratorieprøver, for ikke å snakke om de utgiftene det påfører oss hvis vi har noen pasienter på intensivavdelingen. Butikken må gå rundt, og den lederen som greier å generere et overskudd og tjene penger, får stjerner i boka. Sykehusene drives som fabrikker, og for å få terminologien i overensstemmelse med dette er det nødvendig å fjerne arkaiske begrep som for eksempel avdelingsoverlege, oversykepleier, overjordmor og assistentlege, som ikke passer i den moderne helsefabrikken hvor pasientene har status som kunder, klienter eller konsumenter og de som jobber der har titler som for eksempel divisjonsledere/seksjonsledere/avdelingsleder/driftskonsulent, og endog LIS. I morges hørte jeg på nyhetene et intervju med overjordmor på

Lofoten sykehus (det er det hun er) som faktisk ble titulert enhetsleder. Stakkars May.

Vit at ordene vi bruker, former oss. Ordene preger våre forventninger og vår oppførsel. De nye titlene på leger/jordmødre/sykepleiere er reduksjonistiske, de tar bort den grunnleggende psykologiske eller humanistiske dimensjonen som var assosiert med de gamle og innarbeidede titlene. Når jeg blir syk vil jeg foretrekke å møte en assistentlege eller overlege framfor en helsearbeider, koordinator eller fagansvarlig. Dersom vi oppfatter oss som innsatsfaktorer i pasientproduksjonen påvirker det vår holdning til våre arbeidsoppgaver. Det skjer også noe hvis pasienten oppfatter seg som klient eller som en kunde. Det tar år å forme en lege gjennom studiet og det praktiske arbeidet, og samkvemmet med kolleger. Mye har vært skrevet om pasient/lege relasjonen og om legerollen, les for eksempel Trygve Braatøys klassiske bok Pasienten og lægen. Det er verdt å reflektere litt over de utfordringer New Public Management har ført til, og det er ikke sikkert at verken vi som leger, pasientene eller samfunnet er tjent med at vi tar på oss servitørens rolle. Les den ferske artikkelen i NEJM 13. oktober (Hartzband P, Groopman J. The New Language of Medicine. NEJM 2011, 365;15:1372-3), de skriver mye bedre om dette enn jeg.

Det gamle legeidealet (jfr Hippokrates) manet til tilbakeholdenhet, men nå er det hipt å tjene penger på andres sykdom og skavanker. Vi oppfordres av vår arbeidsgiver til å tenke bedriftsøkonomisk, det vil si drive så billig som mulig (ta få prøver, lite røntgen og forsøke å begrense tilsyn (bedre

å skrive ut og henviser poliklinisk) og skape flest mulig DRG poeng (det vil si flest mulig og tyngst mulige diagnoser, NB! i riktig rekkefølge). En allmennpraktiker sa nylig litt surt at våre epikriser så ut som fakturaer, fordi listen over diagnoser og prosedyrer tok større plass enn teksten med medisinsk informasjon. Han var klart inne på noe.

Det kan låte konservativt men jeg våger det likevel: Jeg tror det er viktig fra tid til annen, å minne oss og andre på at pasientene faktisk kommer til sykehusene for å bli behandlet av leger. Dessuten at vi er opplært til å vise varsomhet i vår omgang med penger uansett om de kommer fra pasientens lomme eller statskassa, og at vi som leger har et mer overordnet perspektiv på vår rolle enn at kunden alltid har rett og skal få det hun vil ha.

I mai nummeret av Gynekologen 2010 siterte jeg en 30 år gammel artikkel med overskrift "Caring is the Key to Our Future". Jeg tror at det å bry seg om pasienten, være empatisk og forsøke å se hele mennesket, faktisk blir mer og mer viktig i vår tid som er preget av New Public Management, og hvor de som har makta i helsevesenet er folk som er utdannet til å telle andres penger. Husk at vi er leger som faktisk stiller med mennesker og menneskeskjebner, vi er ikke innsatsfaktorer i en fabrikk som skal tjene penger for sine eiere. Folkens, hold idealene høyt!

Etter disse depressive og misantropiske tanker passer det å avslutte. Jeg har hatt min tid som leder i NGF, dette er min siste leder i Gynekologen. Det har vært interessante år i NGFs styre, og det har spesielt vært en fin utfordring stadig vekk å måtte mene noe på lederplass i Gynekologen. Takk for meg!

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

Møt NGF's kommende leder og president for NFOG-kongressen 2012

Ikke redd for utfordringer

Han er innfødt bergenser, elsker den ville, vestlandske natur og er ikke redd for utfordringer. Når han ikke er opptatt med fag, kan han observeres på sykkel, på joggetur, roende i sculler eller aller helst padlende i kajakk i Bergens vakre skjærgård. Knut Hordnes (51), påtroppende leder i Norsk gynekologisk forening og president for NFOG kongressen i Bergen i 2012, har en allsidig erfaringsbakgrunn. Han er utdannet cand. med fra Universitetet i Trondheim 1986, spes. i Gynekologi og obstetikk i 1997, dr med ved Universitetet i Bergen i 1998. Sin kliniske erfaring har han for det meste fra Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, samt fra noen geografiske ytterpunkter, nemlig fra Hammerfest i nord og Saudi Arabia i sør.

Knut vil gjerne være generalist i faget, men i de siste 10 år har det daglige arbeid vært innen generell og helst operativ gynekologi samt assistert befruktning. Fra i fjor høst har arbeidsstedet vært Hospitalet Betanien i Bergen, hvor han driver gynekologisk kirurgi. Han har gjennom en rekke år vært engasjert i Norsk gynekologisk forening (NGF) og i NFOG. I NGF har han vært vitenskapelig sekretær i fire år, nestleder siste to år og fra nyttår overtar han ledervervet. I NFOG har han sittet i vitenskapelig komité fra 2006, og har vært med på forberedelsene til NFOG kongressene i Göteborg, Reykjavik og senest i København i fjor.

Du har god erfaring fra mangeårig styrearbeid i NGF, både som vitenskapelig sekretær og nestleder. Ser du frem til å overta ledervervet?

Både ja og nei, mest ja. Det er opplagt litt tryggere å være en del av styret som nå, enn å være helt i front med ansvar for hele oversikten. Men, jeg håper og tror jo at jeg har noe å bidra med. Ledervervet krever

på det jevne mye arbeid og fokus. Og – man vet aldri når det plutselig stormer, når media mener vi har epidemier av GBS-syke eller overtidige, eller når cervix-screeningen holder på å drukne under Datatilsynets retrospektive krav. Det uforutsigbare gjør det jo litt spennende – det er ikke helt ulikt fødselshjelp. Er man litt risikosøkende av natur, er dette en flott jobb.

Det er en markant fagmedisinsk forening du skal lede. Hva blir de største utfordringene fremover?

Riktig, vi er en markant forening, som er tydelig utad og blir lyttet til. Det er viktig å beholde denne rollen, ikke minst overfor myndighetene. Her ligger kanskje den største utfordringen: vår autoritet og styringsrett innen eget fag har flere ganger blitt satt under press. Vi har vært vant til at de faglige retningslinjene som vi har i Veilederne er det som gjelder, og det er blitt utfordret av myndigheter som i flere sammenhenger har ønsket såkalte nasjonale





retningslinjer eller anbefalinger. Vi mente da at våre retningslinjer var nasjonale nok... Her må vi forsvare vår integritet, samtidig som vi selvsagt ikke er en stat i staten og må forholde oss til myndighetene på en måte som gagnar faget og våre pasienter best. Det siste er jo faktisk vårt fokus, ikke egeninteresse, og det er viktig å få frem i ulike sammenhenger. Forholdet til media kan være vanskelig men er viktig.

I tillegg til å overta som leder for NGF fra årsskiftet, har du påtatt deg vervet som kongresspresident for den 38. NFOG-kongressen som avholdes i Bergen 16.-19.juni 2012. Hva var det som gjorde at du hadde lyst å påta deg den jobben?

Hva skal en si: It's a dirty job and somebody's got to do it...? eller: Gi en roer et mål og det viktigste er at det fosser bak hekken? Utgangspunktet hadde vel ikke så mye med lyst å gjøre, men med tilfeldigheter: det var Norge og Bergen sin tur, og som bergenser med flere års bakgrunn i NFOG ble jeg forespurrt. Jeg var bevisst at det var et stort ansvar og mye arbeid, men takket ja til denne utfordringen. Gjennom årene har jeg vært med på mange kongresser og sett styrker og svakheter – og nå skal det bli spennende å prøve å få til noe bra selv. Gode samarbeidspartnere både i og utenfor lokal organisasjonskomité er med å dra lasset.

Dette er et stort arrangement. Hvorfor falt valget på Bergen som kongresssted?

Bergen er et fantastisk bra sted for en kongress som dette. Byen har alt som forventes med et godt kongressenter, nemlig Grieghallen, god hotellkapasitet og bra kommunikasjon – og ikke minst et svært oppegående fagmiljø. I tillegg er Bergen en veldig hyggelig by å reise til: en flott by med sitt historiske senter beliggende mellom de syv fjell. Det er den viktigste grunnen – selvsagt. Men jeg skal ikke underslå at det tilstrebes en viss rotasjon og kongressen var sist i Oslo i 2000 og før dette i Trondheim. Sist den var i Bergen var på 70-tallet. Nå er det Bergen igjen – det er altså en begivenhet en gynekolog kan få med seg kun en eller to ganger i karrieren – det er viktig å benytte en slik anledning.



Påtroppende leder i NGF og president for NFOG-kongressen 2012, Knut Hordnes. Foto: Privat.

Du er sterkt opptatt av faget og fagutvikling. Hvilke utfordringer har du møtt i forbindelse med utarbeidingen av kongressens faglige program? Benyttes muligheten til å profilere norske, faglige kapasiteter?

Det er mange avveininger; skal man ha det nye og eksperimentelle for den spesielt interesserte, eller skal det være oversiktsforedrag og oppdatering på ulike felt som flertallet har bruk for. Utfordringen for generelle kongresser, er å favne interessen til mange og ikke bli kjedelig enten ved å være altfor generell, eller på den annen side ved å gå ned i for mye detaljer som hører hjemme på spesialiserte kongresser. Og; i hvor stor grad skal vår lokale profil få dominere? Ved en del andre kongresser er det moderorganisasjonens vitenskapelige komité som legger programmet, mens i NFOG er dette ansvaret delegert til lokal komité. Dette gir oss større ansvar, men også mulighet til å sette lokalt særpreg. Vi skal profilere gode nordmenn, for å si det slik, men samtidig bør det være en rimelig fordeling av foredragsholdere mellom de ulike nordiske land. Det er mange hensyn å ta- kvaliteten er likevel overordnet - og jeg er veldig fornøyd med det foreløpige programmet

Hvordan vil du utnytte muligheten til å sette et lokalt preg på kongressen?

Bergen har en tradisjon og et aktivt forskningsmiljø, særlig innen obstetrikk. Mange kjenner Løvset og hans tang, og hans håndgrep for å forløse seteleie. God kompetanse på vaginal forløsning gir godt utkomme for mor og barn, med lav sectio rate. Og sfincter skal helst overleve det hele. Vi gjør et slag for dette både i workshops og i programmet. Vi har et aktivt miljø også innen endometriecancer. Bergen har også stor kompetanse på internasjonal helse - det vil bli sesjoner i global helse og kongressen vil bli åpnet av FIGO-president Gamal Serour. Lokalt og globalt altså, men bredden i faget vil bli ivaretatt: her vil bli assistert befruktning, epigenetikk, bekkenbunnen, fistler, ALSO i Afrika, vekstretardasjon, mental helse i svangerskapet, abort bare for å nevne noe..- det blir et bra program.

Sosialt program, - hva kan vi forvente?

Get-together nær det kjente fisketorget og Bryggen, Speakers Dinner på Fløyen som er et av byens fjell, og Gala Dinner i Grieghallen. Mer kan jeg ikke røpe enda.

Det avholdes mange konkurrerende kongresser innenfor gynekologi og obstetrikk. Hvorfor skal man velge å dra på NFOG-kongressen?

De nordiske land har en felles identitet. Vårt befolkningsgrunnlag er ganske likt. Vår kultur, vårt helsevesen, forskningsinstitusjoner og registre har store likheter. Erfaringer som formidles på kongressen kan derfor ha større overføringsverdi enn man kan finne ved andre internasjonale kongresser. Nordisk samarbeid og nettverk er særlig nyttig, og NFOG har bidratt mye til dette. Derfor har man stort faglig og sosialt utbytte av å reise på NFOG-kongress. I 2012 er det, i all beskjedenhet, et opplagt og avgjørende argument i tillegg: fordi den er i Norge - og i Bergen.

Det er hevet over enhver tvil at foreningen fra 2012 får en ny, energisk leder. Vi som allerede har hatt gleden av å jobbe sammen med Knut Hordnes, vet at han er ambisiøs på NGF's vegne. Han er kunnskapsrik og ured, samlende og motiverende. Han holder den faglige fane høyt, og vil sammen med det nye styret kontinuere arbeidet med å fronte NGF som en av de mest betydningsfulle fagmedisinske foreninger. Vi ønsker både leder og styret lykke til!

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



PHOTO: BERGEN REISELIVSLAG

Bryggen - World heritage site

IMPORTANT DATES:

Deadline for Abstract Submission: **15 February 2012**

Deadline for low registration fee: **1 March 2012**

FOR UPDATES SEE: www.nfog2012.no

Organising Committee:

Knut Hordnes, President	Jørg Kessler
Susanne Albrechtsen	Mette Løkeland
Espen Gubberud	Ferenc Macsali
Kristina Johannessen	Helga Salvesen

Contact:

e-mail: knut.hordnes@uib.no Web: www.nfog2012.no

Congress Secretariat:

CIC Congress • Incentives • Conferences

P.O.Box 5123 Majorstuen, N-0302 OSLO

Tel.: +47 22591980

Fax: +47 22591981

e-mail: monica@cic.as or cathrine@cic.as Web: www.cic.as



THE 38TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

in Grieghallen, Bergen, Norway

17-19 June 2012 - Preliminary Program

Dear Colleagues!

Welcome to the 38th NFOG Congress in Bergen next June. The preliminary program is outlined here - further details and updates are presented on the web - see the NFOG website or go directly to www.nfog2012.no.

FREE COMMUNICATIONS: Four sessions of oral presentations, and posters. These are all a very important part of the Scientific Program and we encourage you to send your abstract.

VENUE: Grieghallen in the center of Bergen. Grieghallen is a highly professional conference center and has hosted many great national and international events.

ACCOMODATION: The congress hotels are located nearby in the city center and thus within easy walking distance from the congress venue. They are also close to the UNESCO world heritage listed old town center with its Hanseatic architecture and wharf.

SOCIAL PROGRAM: Get-together! Speakers dinner. Gala dinner!

REMEMBER: The Nordic congresses are the preeminent meeting places for all colleagues. Meet old and make new friends from within the Nordic countries, and also from the world outside. We look forward to see you!

Yours sincerely

KNUT HORDNES

President of the NFOG 2012 Congress

38TH NORDIC
CONGRESS
OF OBSTETRICS
AND GYNECOLOGY



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



Bayer HealthCare

AmniSure

The only PROM test endorsed
by EAPM 2010

www.vitaflo.net

VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Program

Saturday June 16 – Precourses

- Workshop on fetal growth assessment and obstetric Doppler ultrasound (*Kiserud*)
- Skills of vaginal delivery (*Albrechtsen*)
- Perineal repair (*Sultan*)
- Intrapartum fetal surveillance (*Kessler*)
- All these hormones..... Workshop in gynecologic endocrinology (*Moen*)
- Scientific writing and publishing (*Geirsson*)
- Continuous education of specialists in the Nordic countries (*NFOG*)
- More..



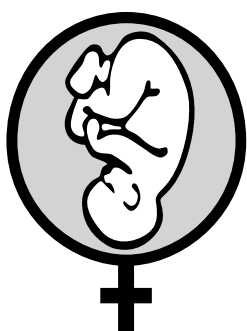
PHOTO: BERGEN REISELIVSLAG

Sunday June 17–Tuesday June 19 – Main program

SESSION	SELECTED LECTURES (MORE TO COME!)
Opening ceremony and opening lecture	Ethics In Human Reproduction and Women's, <i>Health Gamal Serour, FIGO president (Egypt)</i>
Maternal health in global perspective	Reproduction: evolutionary and lifecourse perspectives, <i>Mark Hanson (GB)</i> Reproductive changes over generations, <i>Thorkild Tylleskjær (N)</i>
The impact of practical skills in vaginal delivery in modern obstetrics	How to regain lost skills. The Canadian model for revitalization of vaginal breech delivery, <i>Andrew Kotaska (Can)</i> Practical skills in obstetrics
Pregnancy – more than nine months of a woman's life	Cancer and pregnancy, <i>Fredrik Amant (Belgium)</i> The impact of pregnancy complications on maternal and fetal health
Cesarean section – the joker in modern obstetrics?	Cesarean section- maternal consequences
The perineum in modern obstetrics - still a challenge?	Perineal injury – prevention and repair, <i>Sultan (UK)</i>
Fetal growth restriction and preeclampsia – potential of Doppler ultrasound in screening, diagnosis and prediction of long-term outcome	1st trimester Doppler ultrasound as a predictor of adverse pregnancy outcome, <i>Nerea Maiz (Spain)</i> Management of fetal growth restriction - does umbilical artery Doppler tell us the whole truth? <i>Torvid Kiserud (N)</i> Impact of fetal circulatory compromise on adolescent and adult health, <i>Jana Brodzki (S)</i>
Psychological wellbeing during pregnancy and postpartum	Psychiatric conditions in pregnancy and postpartum, <i>Jan Øistein Berle (N)</i> Fear of childbirth - does it affect mode of delivery. Results from a six country study, <i>Elsalena Ryding (S)</i> Mental distress and life events during pregnancy, <i>Berit Schei (N)</i> Treating fear of childbirth, <i>Terhi Saisto (F)</i>
The continuing challenges in maternal health in the developing world	Abortion and maternal health globally, <i>Ann Furedi (UK)</i> Obstetric fistula – causes and consequences, <i>Mulu Muleta (Ethiopia)</i> Maternal near miss incidents, <i>Mattias Rööst (S)</i> Implementing ALSO in an african setting, <i>Bjarke Lund Sorensen (DK)</i>
Personalized in endometrial carcinoma – who should be referred to specialized units?	Treatment strategies <i>Frederic Amant (B)</i>
Living beyond cancer therapy – time for a change?	What is the standard for follow-up after treatment for gynecologic cancer, <i>Helga Salvesen (N)</i> The value of gynecologic cancer follow-up: evidence-based ignorance? <i>Ole Mogensen (DK)</i>
Abortion practice in transition from surgery to medication	The Nordic approach, <i>Kristina Gemzell-Danielsson (S)</i> Abortion and risk of mental disorders, <i>Ø. Lidgaard (DK)</i> Medical abortion at 9-12 weeks
Pelvic floor - function and dysfunction	Surgery for urinary incontinence during 40 years, <i>Carl Gustav Nilsson (F)</i> Reasons for and treatment of surgical complications with alloplastic slings, <i>Eckhard Petri (DE)</i> Laparoscopic urogynecology: past or future? use of robotics? <i>Søren Brostrøm (DK)</i> The prolapsed uterus: preserve or remove? How to suspend?
Reproductive technology: from basics to baby	The oocyte, the embryo and the child: epigenetic aspects of assisted reproduction, <i>Arne Sunde (N)</i> eSET and multiple births - trends When is the ovary no good? Prediction of ovarian reserve Fetal and maternal outcome after assisted reproduction in the Nordic countries - NFOG Collaborative project
Life time perspective in the treatment of endometriosis	Endometriosis in different ages <i>Mette Moen (N)</i>
Disorders of the fetomaternal immune system – strategies for prevention	Foetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia (FNAIT) – immunological basis and prevention, <i>Heidi Tiller (N)</i> A new targeted antenatal D immunisation prevention programme in Denmark, <i>Finn Stener Jørgensen (DK)</i>

Norsk Gynekologisk Forening

65 år



Det er over 100 år siden ideen om en forening ble født. I "Norsk Magazin for Lægevidenskapen" for 1895 sto det en innbydelse til dannelse av en norsk obstetrisisk og gynekologisk forening. Det ble begrunnet hvorfor en norsk forening med obstetrikk og gynekologi burde dannes, men entusiasmen må ha vært liten og noen forening ble følgelig ikke stiftet den gang.

Det skulle gå 50 år før konkrete planer for dannelse av en norsk gynekologisk forening kom, og det skjedde etter at Oslo gynekologiske forening var stiftet i 1940. På et møte i Oslo gynekologiske forening den 1. mars 1946 i Medicinsk Selskaps lille sal ble det holdt et forberedende møte til dannelse av Norsk Gynekologisk Forening. Ved valget ble Kristjar Skajaa foreningens første formann, Sverre Kjelland-Mørdre ble viseformann og Thor Dahle og Jørgen Løvset ble styremedlemmer.

Den gynekologiske delen av faget hang tett sammen med kirurgien i mange år, det var først i begynnelsen av det 20de århundre at fødselshjelp ble et felt for spesialister. Utviklingen av fødselshjelp og kvinnesykdommer som egen spesialitet i Norge er ingen enkelt persons fortjeneste. Noen navn står tydeligere frem, ingen skal være nevnt eller glemt i denne summariske oversikten. "Fødselshjelp og kvinnesykdommer" ble egen spesialitet i 1918, den gangen med tre spesialister av et totalt legetall på 1346 (0,2%).

Det første årsmøte i foreningen ble holdt 1. og 2. november 1946. Emnet første dag var ileus mens neste dags program var ovarialabscesser og bruk av Kiellands tang ved dyp tværstand. Først i 1961 ble det første møte arrangert utenfor Oslo, det fant sted i Bergen. Senere er som vi vet årsmøteaktiviteten spredt til byer i det ganske land. Foreningen var i 1960-årene preget av et relativt lite antall medlemmer og at kvinnene fortsatt ikke hadde gjort sitt inntog i faget. Det må i den forbindelse nevnes at av de 229 LIS'er som finnes i 2011 er 80% kvinner. Norsk Gynekologisk Forening har utviklet seg til å bli en sterk fagmedisinsk forening, i forhold til antallet medlemmer har den klart markert seg innen Legeforeningen. NGF er en leder mht. kvalitetsforbedring med veiledere i flere opplag. Dette kvalitetsforbedringsarbeidet ved veiledere er senere gjentatt av mange andre spesialiteter. Foreningen kom tidlig med i det europeiske samarbeid UEMS (EBCOC). Spesialitetsopplæring, sykehusinspeksjoner og loggbok er stikkord for foreningens øvrige kvalitetsforbedringsaktiviteter. Vår 65-årige forening er preget av et høyt aktivitetsnivå, en spesialforening man skal være stolt av.

Tom Seeberg

Olafiaklinikken f r status som

Norsk kompetansesenter for seksuelt overførbare sykdommer



Olafiaklinikken, som er del av Oslo Universitetssykehus, er senter for rådgivning, undersøkelse og behandling av seksuelt overførbare sykdommer. Klinikken er et lavterskeltilbud med drop-in timer mandag-fredag. I tillegg drives utstrakt poliklinisk virksomhet med oppfølging og behandling ved påvist smitte og etter henvisning fra primærhelsetjenesten.

Klinikken, som nå er lokalisert i Trondheimsveien, har 20.000 konsultasjoner årlig samt oppfølging av 4000 hjemmetester, fordelt på 55% kvinner og 45% menn.

Gjennomsnittsalder for kvinnene er 26 år, for mennene 28 år. 7 overleger og spesialister i venerologi, 3 assistentleger og 7 sykepleiere er ansatt ved seksjonen.

I tillegg til klinisk arbeid og forskning, undervises assistentleger, medisinstudenter og sykepleierstudenter daglig.

Olafiaklinikken har fått navn etter Olafia Johannesdottir (1863-1924), islandsk kvinneaktivist med tilnavnet Nordens Mor Theresa. Fra 1904 arbeidet hun blant prostituerte i Smalgangen på Grønland i Oslo. Det var i dette området Olafiaklinikken hadde sine første kontorer ved oppstart i 1993. Der åpnet hun sitt hjem og ga trengende husly, mat og pleie. Hun oppsøkte kvinnene i fengselet og besøkte dem da de var innlagt sykehus for behandling av veneriske sykdommer. I 1916 utgav hun "De ulykkeligste"

Kilder:

1. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/olafiaklinikken/Sider/enhet.aspx>
2. http://www.noregur.is/News_and_events/history2/iceland/people/olafia/
3. http://snl.no/Olafia_Johannesd%C3%B3ttir



Overlege ved Olafiaklinikken, Usha Hartgill.

- Sammendrag av foredrag fra NGF Årsmøte 10. september 2011, Ålesund
- Hartgill U, Moi H
- Olafiaklinikken, Seksjon for Venereologi, Oslo Universitetssykehus.

Seksuelt overførte infeksjoner: What's New This Season?

Aktuell problematikk som blir diskutert i venereologien og som kan være aktuelle for gynekologer blir presentert. Disse er *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, og antibiotika resistens problematikk i forbindelse med behandling av seksuelt overførte infeksjoner. Aerob vaginitt er en nylig beskrevet årsak til inflammatorisk utflod. Mikroskopiske funn og diagnostiske kriterier ved aerob vaginitt (deskvamitiv vaginitt) er utmerket beskrevet i Gilbert Donder's artikkel (1).

Mycoplasma genitalium

M. genitalium ble først dyrket fra 2 av 13 menn med ikke-gonoreisk uretritt i 1981(2), og ble identifisert som en ny spesies i 1983 (3)

Siden da er det blitt publisert et økende antall studier som gjør at *M. genitalium* nå er vist å være en seksuelt overført infeksjon (SOI) (4-6) og at den trolig kan årsake komplikasjoner i både obstetrik og gynekologi.

I 1993 kom den første PCR baserte studien som viste en assosiasjon mellom *M. genitalium* og akutt ikke-gonoreisk uretritt hos menn (7).

M. genitalium er svært vanskelig å dyrke. Derfor er nukleinsyreamplifiseringstester (NAATs) oftest i form av polymerasekjedereaksjoner (PCR) eneste mulige diagnostikk. Det er viktig at *M. genitalium* ikke forveksles med *Mycoplasma hominis* som ikke kan skyldes på dyrkning men som har begrenset patogenisk betydning.

Det finnes for tiden ingen kommersielle, men bare "in house" NAAT prøver, for testing av *M. genitalium*. Derfor er ikke testing like tilgjengelig verken i Norge eller andre land. På Olafiaklinikken bruker vi Furst Laboratoriet i Oslo for våre analyser og prøven utføres rutinemessig sammen med chlamydia.

I 1997 ble den første studien som viste assosiasjon med *M. genitalium* og cervisitt og pelvic inflammatory disease (PID) publisert (8). De fleste studiene som har sett på sammenheng mellom *M. genitalium* og infeksjon i øvre genitaltractus har vært retrospektive og det trengs flere prospektive studier som ser på konsekvensene av denne infeksjonen. Flere studier peker i retning av at infeksjon med *M. genitalium* kan være alvorlig. Mikroben fører til egglederbetennelse etter innpodning på aper (9-10). Mikroben er også funnet i forbindelse med akutt endometritt (11). *M. genitalium* er vist å være en uavhengig risikofaktor for tubarinfertilitet (12). I en studie av kvinner med tubarinfertilitet ble

det vist økt OR (5-6) for serologisk funn av antistoffer mot bakterien (13) mens i en annen studie ble ingen slik sammenheng påvist (14)

Bakterien har blitt isolert fra egglederen hos en kvinne med laparoskopisk diagnostisert akutt salpingitt.(15)

I den Prevention of pelvic infection studien fra 2010 (16), var insidensen av PID hos ubehandlede *M. genitalium* positive kvinner 3,9 % vs 9,5 % hos ubehandlede *C. trachomatis* positive kvinner. I en studie med langtids oppfølging av kvinner med PID, viste det seg at hos kvinner som testet positiv for *M. genitalium* (15 %) men som var behandlet med doxycyklin, var prevalensen av infertilitet 22 %, residiverende PID 31 % og kroniske bekken smerter 42 % (17). I en studie publisert som oral presentasjon ved International Union against STIs møtet i Riga i september 2011 konkluderte Carina Bjartling fra Malmø at *M. genitalium* er en uavhengig og sterk risikofaktor for både cervisitt og PID, men mindre symptomgivende en *C. trachomatis* (18).

Andre studier tyder på at *M. genitalium* kan ha en rolle i post-abort PID (19) og at den kan være et infeksjonskorrelat til spontan preterm fødsel (20).

På populasjonsnivå, er prevalensen av *M. genitalium* forskjellig i ulike land men ligger rundt halvparten av prevalensen av *C. trachomatis*, samme som på Olafiaklinikken (21).

Behandling av *M. genitalium*

Bakterien *M. genitalium* mangler cellevegg, noe som gjør den upåvirkelig av penicilliner. Det er få studier som sammenligner *M. genitalium* behandling men i et åpent multisenter skandinavisk studie (22) var 1g Azitromax som engangsdose inntil 85 % effektiv mens en 5 dagers kur var inntil 95 % effektiv. Moxifloxacin var >99 % effektiv. Den eneste randomiserte studien som er publisert, viste en behandlingseffekt på 45 % av doxycyklin i en uke, og 87 % av engangsdose azitromycin (23). Ettersom *M. genitalium* er så vanskelig å dyrke, kan resistensbestemmelse ikke gjøres rutinemessig. Imidlertid er genet for azitromycinresistens påvist i form av en mutasjon i region V av 23S rDNA (24)

Antibiotic	Behandlings effekt
Tetracyclin/ Doxycyclin	20-45%
Azithromycin 1g x 1	70-85%
Azithromycin 500 mg day 1 + 250 mg day 2-5	75-95%
Ciprofloxacin, ofloxacin, levofloxacin	30-55%
Moxifloxacin	>99%

Det er viktig å huske at *M. genitalium* infeksjon per i dag ikke omfattes av smittevernloven. Derfor bortfaller ikke egenandel ved undersøkelse for *M. genitalium*. Ofte, undersøkes pasienter for både klamydia og mycoplasma samtidig så egenandel kan dekket likevel. Behandling for mycoplasma kan derimot ikke skrives på blå resept under § 4 og pasienter må bære medisinskostnadene selv.

I tillegg er Moxifloxacin (Avelox) uregistrert i Norge og søknad om registrerings fritak må følge med resepten til apoteket.

Key points

M. genitalium er nå vel etablert som en SOI som gir uretritt og cervisitt og det finnes sterk evidens for dens rolle i endometritt og PID.

Komplikasjoner er lite studert og flere studier er nødvendige å undersøke dens rolle i epididymitt, reaktiv artritt, komplikasjoner hos nyfødte og også langtids oppfølging av sekveler som ektopisk svangerskap og infertilitet eller subfertilitet.

Behandling bør reflektere lokal resistens.

Reduser bruk av azitromycin

Azitromycin i engangsdose er vanlig, enkel og effektiv behandling av ukomplisert genital chlamydiainfeksjon, men fører til utvikling av resistente bakterier. I land med høyt forbruk av engangs azitromycin er det vist en 20-30 % behandlingssvikt med azitromycin mot *M. genitalium*. I land som Sverige, hvor doksycyklin brukes som første valg for behandling av klamydia infeksjon, er behandlingssvikt mot *M. genitalium* kun 4 % etter 5 dagers kur azitromycin (25), men forekomsten av resistensgen synes å øke også i Sverige (pers meddelelse C. Anagrius).

Siden *M. genitalium* er en vanlig infeksjon i befolkningen og behandlingmulighetene er begrenset ved azitromycin resistens, kan det være fornuftig å gå tilbake til 1 ukers doksycyklin kur for ukomplisert genital klamydia infeksjon og non-gonoreisk uretritt med anbefalt dosering 200mg daglig i 7 dager som er i tråd med internasjonale retningslinjer (26).

Ureaplasma Urealyticum

Ureaplasma urealyticum er bakterier som med dyrkning kan påvises i opp til 70 % hos friske seksuelt aktive mennesker. Det er en heterogen gruppe av bakterier med 14 serotyper og to biovar. Biovar 1 er skilt ut som en egen bakterie, *Ureaplasma parvum*, som er apatogen og *Ureaplasma urealyticum*, som ofte er patogen, og er årsaken i ca 10 % av non-gonoreisk uretritt (27). Det anbefales ikke at testing for *U. urealyticum* er utført rutinemessig og heller ikke at asymptomatiske pasienter behandles. Ved funn av *U. urealyticum* og plager til tross negative prøver for *C. trachomatis* og *M. genitalium*, kan behandling vurderes. Både

doxycyklin og azitromycin kan ha effekt. Første linje behandling er klaritromycin 500 mg ganger 2 daglig i 7 dager.

Hvilken prøve er best for å påvise genital klamydia og mycoplasma infeksjon?

I kommentar artikkelen skrevet av Harald Moi og publisert nylig i Legeforenings Tidsskriftet (28), konkluderes det at for menn, er urinprøve den enkleste og beste prøven uansett tid fra forrige miksjon. Det er likevel svært viktig at bare de første 10-15 ml blir samlet. For kvinner har selvttatt vaginalpinne vist seg å ha like god eller noe bedre sensitivitet enn cervixprøve. Urinprøve har lavere sensitivitet og anbefales ikke for kvinner.

For mycoplasma har det nylig kommet en studie fra USA som viser at av alle genitale prøver, har også vaginalpinne høyest sensitivitet men at en kombinasjon av vaginal og cervix prøve har alle høyest sensitivitet (29) Etter at prøven er tatt fra cervix, strykes pinnen mot vaginalvegg og vestibulum-periuretralt.

Neisseria gonorrhoeae infeksjon og resistens problematikk

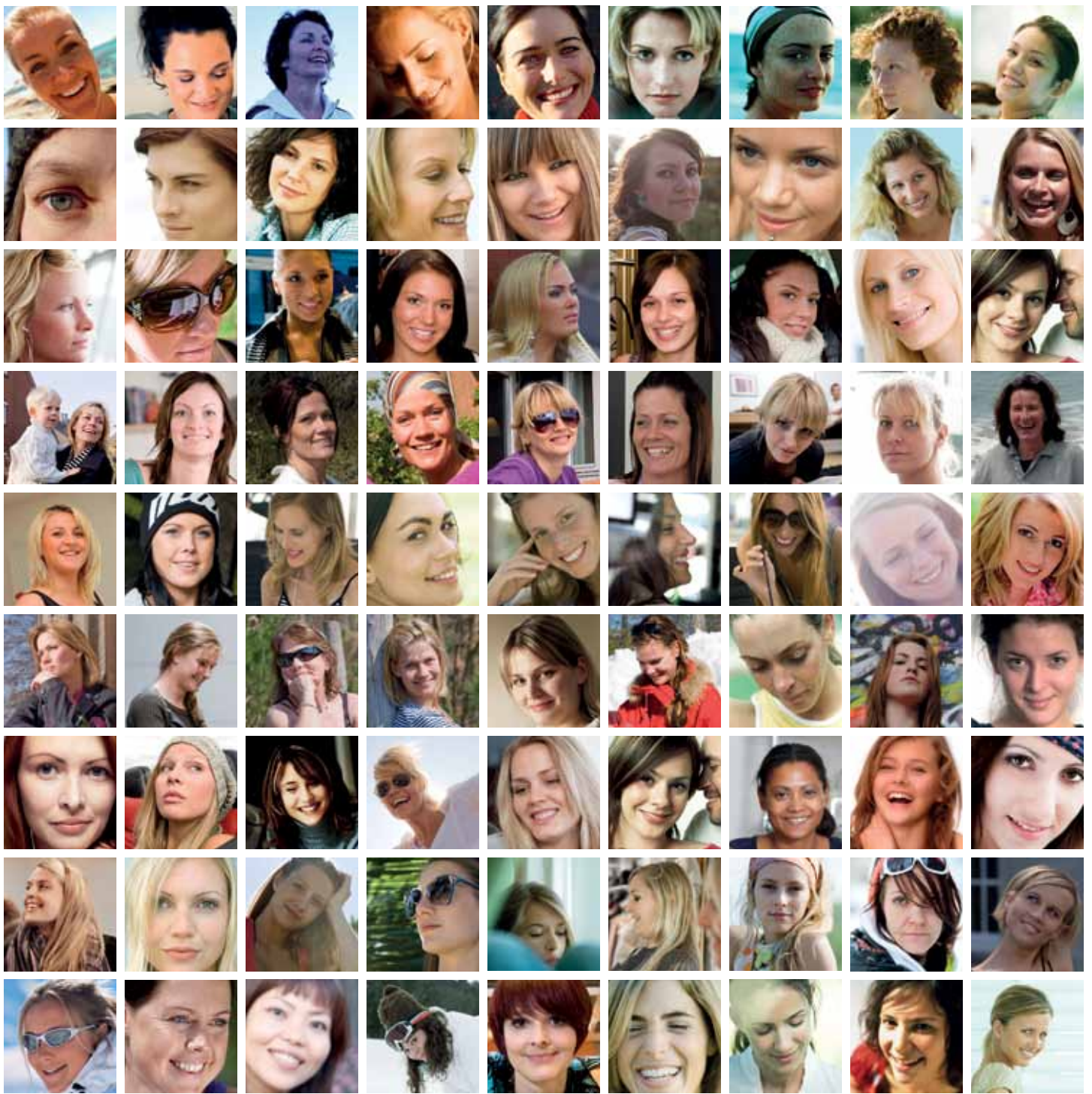
I kommentar artikkelen publisert i Tidsskriftet i april (30) diskuteres det kurante utfordringer ved behandling av gonore infeksjon og sterk behov for oppdatering av norske behandlings retningslinjer fra ciprofloxacin til ceftriaxon. Siden denne artikkelen ble publisert har både amerikanske og britiske retningslinjer for behandling av gonore infeksjon blitt oppdatert igjen og anbefaler kombinasjonsbehandling med ceftriaxone pluss azitromycin (31-32).

1. Donders G, Vereecken A, Bosmans E, et al. Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis. BJOG 2002 Jan; 109 (1): 34-43
2. Tully JG, Taylor-Robinson D, Cole RM, et al. A newly discovered mycoplasma in the human urogenital tract. Lancet. 1981 Jun 13; 1 (8233):1288-1291.
3. Tully JG, Taylor-Robinson D, Rose DL, et al. Mycoplasma genitalium, a new species from the human urogenital tract. Int J Syst Bacteriol 1983; 33: 387-96
4. Anagrius C, Lore B, Jensen JS. Mycoplasma genitalium: prevalence, clinical significance and transmission. Sex Transm Infect. 2005;81: 458-62
5. Hjorth SV, Bjornelius E, Lidbrink P, et al. Sequence-based typing of Mycoplasma genitalium reveals sexual transmission. J Clin

- Microbiol 2006; 44: 2078-83.
6. Manhart, LE; Kay, N. Mycoplasma genitalium: Is It a Sexually Transmitted Pathogen? Current infectious disease reports 2010;12(4):306-13. 2010
 7. Horner PJ, Gilroy CB, Thomas BJ et al. Association of Mycoplasma genitalium with acute non-gonococcal urethritis. Lancet 1993; 342: 582-85
 8. Uno M, Deguchi T, Komeda H, et al. Mycoplasma genitalium in the cervixes of Japanese women. Sex Transm Dis 1997;24:284-286
 9. Taylor-Robinson D, Furr PM, Tully JG, et al. Animal models of Mycoplasma genitalium urogenital infection. Isr J Med Sci 1987;23:561-4
 10. Taylor-Robinson D. The history of Mycoplasma genitalium in sexually transmitted diseases. Genitourin Med 1995; 71: 1-8
 11. Cohen CR, Manhart LE, Bukusi EA et al. Association between Mycoplasma genitalium and acute endometritis. Lancet 2002; 359:765-6
 12. Svenstrup HF, Fedder J, Kristoffersen SE, et al. Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis and tubal factor infertility—a prospective study. Fertil Steril. 2008;90(3):513-20
 13. Clausen HF, fedder J, Drasback M et al. Serological investigation of Mycoplasma genitalium in infertile women. Hum reprod 2001;16: 1866-74
 14. Jurstrand M, Jensen JS, Magnuson A et al. A serological study of the role of Mycoplasma genitalium in pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy. Sex Transm Infect 2007;83:319-323
 15. Cohen CR, Mugo NR, Astete SG et al. Detection of Mycoplasma genitalium in women with laparoscopically diagnosed acute salpingitis. Sex transm Infect 2005;81: 1866-74
 16. Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. BMJ 2010;340:c1642
 17. Haggerty CL, Totten PA, Astete SG, et al. Failure of cefoxitin and doxycycline to eradicate endometrial Mycoplasma genitalium and the consequence for clinical cure of pelvic inflammatory disease. Sex Transm Infect 2008;84: 338-342
 18. Bjartling C, Osseer S, Persson K. The role of Mycoplasma genitalium in cervicitis and pelvic inflammatory disease among women at a gynecological outpatient service. 26th IUSTI-Europe Congress Riga, Sept 8-10, 2011. Abstract page 37
 19. Bjartling 2009
 20. Hitti J, Garcia P, Totten P, et al. Correlates of cervical Mycoplasma genitalium and risk of preterm birth among Peruvian women. Sex Transm Dis 2010;37: 81-85
 21. Moi H, Hartgill U, Olsen AO et al. Screening for M. genitalium and C. trachomatis in clinical and internet order samples. 26th IUSTI-Europe Congress Riga Sept 8-10, 2011 Abstract page 36
 22. Bjornelius E, Anagrius C, Boys G, et al. Antibiotic treatment of symptomatic Mycoplasma genitalium infection in Scandinavia: a controlled clinical trial. Sex Transm Infect 2008; 84(1):72-76
 23. Mena LA, Mroczkowski TF, Nsuami M, et al. A randomized comparison of azithromycin and doxycycline for the treatment of Mycoplasma genitalium positive urethritis in men. Clin Infect Dis 2009;48:1649-54
 24. Moi H, Vestrheim D, Olsen A. reduser bruken av azitromycin som engangsdose. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 673-4
 25. Bradshaw CS, Jensen JS, Tabrizi SN, et al. Azithromycin failure in Mycoplasma genitalium urethritis. Emerg Infect Dis 2006 12:1149-1152
 26. IUSTI treatment guidelines. <http://ijsa.rsmjournals.com/cgi/content/abstract/21/11/729> (26.9.11)
 27. Povlsen K, Bjonelius E, Lidbrink P, et al. Relationship of Ureaplasma urealyticum biovar 2 to nongonococcal urethritis. Eur Jour Clin Mic & Infect Dis 2002;21(2):97-101
 28. Moi H. Hvilken prøve er best for å påvise genital chlamydiainfeksjon? Tidsskr Nor Legeforen nr 13-4, 2011;131
 29. Lillis R, Nsuami MJ, Myers L et al. J Clin Microbiol. 2011;49(5): 1990-1991
 30. Hartgill U, Jakopanec I, Vestrheim D. Gonorep på tide med nye retningslinjer. Tidsskr Nor Legeforen nr. 7.2011;131: 671-2
 31. Morbidity and Mortality Weekly Report. July 8, 2011/60(26):873-877
 32. Bignell C. UK National Guideline for the Management of Gonorrhoea in Adults 2011. <http://www.bashh.org/documents/3611> (4.10.11)

Gardasil «Sanofi Pasteur MSD» Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbit 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatulfatadjuvans) 225 µg, 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 kjønns-vorter (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 deltamuskulatur 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. Vaksineringsutsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksineringsutsettes 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 beskyttelsesnivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert boosteravtaksning av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomylitt uten signifikant interferens med antistoffresponsen 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. Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksineringsutsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse ved injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Muskelskjelettsystemet: Smerte 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. Muskelskjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barré syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, utmattelse, uvelhet. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen 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 L1-kapsidproteinet 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, reprodusere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men dyreforskning med analoge papillomavirus antyder at L1 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 vaksineringsutsettes. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsutsettes. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive 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 primærvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinnerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(f) før vaksineringsutsettes. Vaksinnerte 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 middelverdier 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 fryses. Beskyttes mot lys. Andre opplysninger: Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt klut, 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 vaksineringsutsettes. Passende kanyler velges ut ifra 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 avfallsmateriale 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



06-2011-NO00132

”Du har celleforandringer” – EN BESKJED DU HELST VIL UNNGÅ

Som sykepleier er du sikkert godt kjent med at de fleste kvinner går til regelmessige gynekologiske undersøkelser. En celleprøve tas for å avdekke eventuelle celleforandringer og mulige forstadier til livmorhalskreft. Mange kvinner lurer nok i ettertid på prøvesvaret, ofte med blandede følelser.

Du vet sikkert også at forskning har vist at et virus (HPV*) forårsaker de fleste celleforandringene.

Visste du at Gardasil® har effekt etter seksuell debut? Er du mellom 15 og 45 år kan du vaksinere deg på eget initiativ. Gardasil® kan forebygge livmorhalskreft, forstadier til livmorhalskreft, forstadier til vulva- og vaginalkreft og kjønnsvorter relatert til HPV-type 6/11/16/18.

Vi vil være sikre på at du og alle andre sykepleiere får denne beskjeden: **”Gardasil® har effekt etter seksuell debut”** - et buskap du gjerne må dele med andre.

Gå inn på www.gardasil.no og få mer informasjon om forebygging av livmorhalskreft, forstadier til livmorhalskreft, forstadier til vulva- og vaginalkreft, kjønnsvorter og sikkerhet ved bruk av Gardasil®.


GARDASIL®
Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Kjønnsmitt-ånderbet

Kongens fortjenestemedalje til Erik Mikael Torkildsen



Mandag 5. september ble fhv. overlege Erik Mikael Torkildsen tildelt Kongens fortjenestemedalje i sølv av ordføreren i Arendal, Torill Rolstad Larsen. I begrunnelsen fra slottet heter det: "Fhv. overlege Erik Mikael Torkildsen har utmerket seg som en god kliniker, lege og kollega innen feltet kvinnesykdommer og fødselshjelp gjennom mer enn 40 års tjeneste. Han har gjennom behandling av pasienter, prosjekter, utdanning og lederskap vært en god lege for kvinners helse og fødselshjelp. Han har alltid vært tilgjengelig og stilt opp for pasienter og kollegaer uansett tid på døgnet.

Som en god kollega og inspirator har han gjennom flere avdelinger, spesielt gynekologisk avdeling i Arendal, vært en meget viktig ressurs for å utvikle faget og nye kollegaer. Med et pågangsmot utenom det vanlige, har hans utrettelige innsats vært viktig for å styrke kvinners helse og fødselshjelp, spesielt i Arendal og Aust-Agder."

Erik Mikael Torkildsen tok den medisinske embetseksamen i Basel, Sveits. Deretter gjennomførte han turnustjenesten i Lillehammer og Nord-Fron kommune. Etter turnus arbeidet han ved forskjellige avdelinger i Stavanger, Radiumhospitalet, Ullevål, Lillehammer og Akershus, men valgte tilslutt Arendal som sitt faste tilholdssted. Han ble spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp i 1978. Han har vært i trofast tjeneste i mer enn 40 år, og i 29 år har han vært i Arendal. Han har blitt omtalt som en lege fra "den gamle skolen". Han har alltid vært tilgjengelig og så å si aldri vært vekke fra jobb. Kollegene i Arendal har spesielt anmerket at han alltid har vært opptatt av å hjelpe nye og unge kolleger i faget. Han har selv omtalt seg som en "kliniker", og mange har uttrykt at han har vært dyktig i sitt arbeid. I tillegg til sitt daglige virke, fikk han innført ballongbehandling mot kraftige blødninger i Arendal, og utførte en del forskning på blærepunksjon i Oslo, som senere ble omtalt i internasjonale tidsskrifter. Hans kollegaer har fremhevet Erik som en person med overskudd og som aldri var vanskelig å spørre. Han har tatt lederutdanning og var den første sjefslegen ved Aust-Agder Sentralsjukehus, nå Sørlandet sykehus Arendal.

Selv etter lang og tro tjeneste ønsket han ikke å gi seg ved 67 år alderen. Han fortsatte ved avdelingen i Arendal og senere i sin privat praksis, til han ble 75 år. I dag nyter han pensjonisttilværelsen og bruker mye av tiden med sin familie og sine syv barnebarn, i tillegg til fritidshobbyer som sang.

Kollegene i Arendal og Norsk gynekologisk forening gratulerer Erik Mikael Torkildsen med fortjenestemedaljen og ønsker alt det beste for pensjonisttilværelsen.

Ole-Erik Iversen tildelt Falchs seniorpris 2011



NGF's profilerte medlem, professor og overlege Ole-Erik Iversen, ble i august 2011 tildelt Falchs seniorpris på 250 000 kroner. Iversen får prisen blant annet for sin innsats for å gjennomføre kliniske utprøvningsstudier og å fronte forskningsbasert klinisk praksis.

Til UiB's nettavis «På høyden» sier han at potensialet for medisinsk forskning ikke utnyttes til fulle her i landet. Han viser til at våre nasjonale registre er unikt forskningsmateriale, noe som gjør Norge perfekt for fase 4-studier.

- Spørsmålet er hva som skjer når de nyutviklede medisinene møter hverdagen. En del av medisinene har kun vært testet ut på to prosent av de aktuelle brukerne. Vi vet ikke om de er like gode for de resterende 98 prosentene. Medisinenes generaliserbarhet bør alltid etterprøves, sier han.

Selv har han i hele sin yrkeskarriere hatt et brennende engasjement for forskningen.

- Uten god klinisk forskning, får vi ikke god klinisk medisin, sier han.

At forskningsresultater formidles på en måte som gjør pasientmedvirkning mulig, er han svært opptatt av.

Gjennom en årrekke er det nettopp hans engasjement og gode evne til forskningsformidling som dekan ved Det medisinsk-odontologiske fakultet, Nina Langeland, fremhevet under pristildelingen.

- Ole Erik Iversen står uredde frem i media for å forsvare forskningsbasert praksis. Når det dukker opp udokumenterbare påstander i mediene, lar mange det stå uimotsagt. Det gjør ikke han. Han tør å delta i samfunnsdebatten også når det gjelder følsomme tema som abort og vaksine mot livmorhalskreft, sier hun.

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.



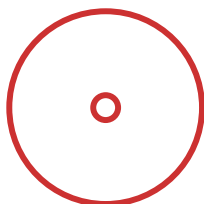
Ring eller mail oss for dokumentasjon og pasient informasjon.

Markedsføres av

 **MEDLITE**

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

Kjære FUGO-medlemmer!



FUGO

I Stavanger har det knapt vært sommer med alt regnet, og fortsatt så regner det i høstmørket. Men det har vært noen lyspunkter, som kurset om menopause og årsmøtet i Ålesund. Kurset fikk mange gode tilbakemeldinger, og årsmøtet hadde mange gode innlegg og foredrag. I forbindelse med dette vil jeg rette en spesiell takk til vår dyktig kursleder Christian Tappert og vår lokale representant David Forsse. Med god hjelp fra lokale medhjelpere og FUGO styret fikk vi gjennomført kurset på en god måte. Takk skal dere ha alle sammen!

Under vårt eget årsmøte hadde vi spennende innlegg fra spesialitetskomiteen og Yngre legers forening, med henholdsvis lederne Jakob Nakling og Johan Torgersen. Etter tanker om spesialistutdannelse fremtid, fikk vi en god debatt mellom medlemmene og lederne. Hvordan utdannelsen vil bli i fremtiden er vel fortsatt noe usikker, men jeg vil oppfordre alle medlemmer til å følge med og komme med innspill slik at vi kan være med å forme faget best mulig for både leger og våre pasienter.

I dette nummeret får dere lese Yngvild og Agnetes reisebrev fra utvekslingen i England, som ble arrangert av ENTOG. De beskriver en annerledes hverdag enn vår, og jeg tror vi skal være takknemlige for mange av de godene vi faktisk har i Norge. Jeg tror ikke nødvendigvis at man blir en god lege av å ha utallige arbeidstimer på CVen, men det er viktig å utnytte de timene man har til rådighet for å skaffe seg best mulig kunnskap og erfaringer.

Dette er mitt siste innlegg som leder i FUGO. Jeg har hatt fire spennende og lærerike år i FUGO. I tillegg har det vært interessant å være med i NGF styret, og erfare fagarbeid gjennom internasjonale organisasjoner som ENTOG, EBCOG og PWG. Neste år vil en ny leder overta og jeg vil ønske det nye styret lykke til. Organisasjonsarbeid er lærerikt og jeg vil oppfordre andre til å bli med i FUGO. Ved interesse kan dere ta kontakt med et av styremedlemmene.



Helt tilslutt vil jeg minne om at neste års utveksling går til Estland. To personer kan få reise, helt gratis, og med garanti om mange spennende opplevelser. Fristen for å sende inn søknad er satt til 31. januar 2012. Skriv litt om deg selv og hvor lenge du har arbeidet i faget – og send det til vår sekretær.

Takk for meg og en riktig god vinter til dere alle!

Med hilsen
Erik Andreas Torkildsen
Leder FUGO
Kvinneklinikken
Stavanger Universitetssjukehus

Nyttige websider

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

FUGO-styret 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

Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på **KUN 3 dager**¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antiinfektivum 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. Samleie frarådes under behandlingen. Latekskondomer og latekspessar kan svekkes i kontakt med innholdsstoffene 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/Amming: 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 amming.

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[®]
Klindamycin

ENTOG-UTVEKSLING i England

Med fokus på ferdighetstrening

I år gikk ENTOG-utvekslingen til England. To heldige kolleger fra Haukeland fikk oppleve gynekologi og obstetikk på engelsk vis. Første møte med en annen sykehuskultur kom med instruksjonen om å stille i ”smart casual clothing”. Utvalget av dressbukser og bluser er ikke stort hos to sporty norske damer – og konklusjonen er at selv om vi ikke er så stilige i våre ”pyjamas” her hjemme, så er det i alle fall hygienisk og praktisk.

Yngvild i Torquay

Etter en flott togreise sørvestover fra London nådde jeg Torquay på den engelske ”Rivieraen”. På Torbay Hospital hadde seksjonsoverlegen på Gyn selv hatt stor glede av å være på ENTOG-utveksling og hadde lagt godt til rette for meg og en kollega fra Litauen. Dessuten inviterte hun begge til å bo hos henne og familien i deres vakre Victorianske hus i åssiden med utsikt over havnen. Byen preges av velstående tilflyttede pensjonister samtidig som en stor gruppe

av innbyggerne har trange økonomiske og sosiale kår, noe som vises blant annet i en høy rate av tenåringssvangerskap.

Hjemmefødsler

Sykehuset har ca 2700 fødsler pr år. Totalt 13% operative vaginale forløsninger likt fordelt mellom tang og vakum, mens sectiofrekvensen ligger på 21% hvorav 12% akutte. STAN er ikke tatt i bruk. På vakttid er det ikke overlege på huset, noe som nok preget en del av sectioavgjørelsene. Den

største forskjellen fra norske forhold er 5% vannfødsler og 11% hjemmefødsler - og i enkelte distrikter rundt sykehuset opp mot 40% hjemmefødsler. En av de mannlige assistentlegene hadde nettopp selv tatt i mot sin sønn nummer to hjemme på badet.

Effektivitet

Gynekologisk avdeling har 16 sengeplasser og der er man stolt over sin fast-track-surgery der for eksempel 20% av pasientene drar hjem dagen etter åpen hysterektomi og hele 96% senest andre dagen. Poliklinikkene var effektivt organisert med god assistanse (inkludert hyppig påfyll av te, kaffe og kjeks) og papirjournaler der korte notater ble skrevet for hånd. Vaginal inspeksjon på poliklinikken ble gjort på vanlig undersøkelsesbenk uten benholdere (med ergonomisk utfordrende stilling for legen!).

I et klart mer hierarkisk system enn hjemme er det organisert slik at hver overlege er tildelt en assistentlege som tar en del av papirarbeidet, dessuten er det godt med sekretærhjelp. Effektivt var det også på operasjonsstuen der det tok



Yngvild på gyn avdelingen i Torbay



Agethe foran bygget til RCOG i London.

30 minutter fra siste sutur var satt på en åpen hysterektomi til operatøren la snittet på den neste. Innledning av anestesi foregår på et forrom for å korte ned tiden på selve operasjonsstuen.

Agnethe i Newcastle upon Tyne

Reisen startet i et propellfly, Bergen-Newcastle upon Tyne. Jeg var glad for stille vær, for flyet hadde neppe tålt kuling over Norskehavet. Fra flysetet kunne jeg skimte flere oljeplattformer -helt isolert og med døgnkontinuerlig produksjon. I vårt fag er det også nattarbeid men vi har i det minste beina på jorden og noe mer variert horisont.

Ubetalte vakansvakter

Vi var seks utvekslingsleger; fra Tsjekkia, Hellas, Polen, Malta, Spania og Norge i Newcastle. Min vertinne Celia jobbet i sitt tredje år i 7-års utdanningsstilling. Man ansettes i helseregionen som spesialistkandidat og må da regne med å bli flyttet mellom ulike sykehus og deler av regionen. For LIS var det lange arbeidsdager og stor arbeidsbelastning. Etter et armbrudd



Laparoskopi i Torbay. Uvant å se pasientens hode tildekket av oppdekkingen.



Paneldebatt på ENTOG-møtet: Engelsk bekymring over blant annet konsekvensene av at arbeidsuken for utdanningskandidater er redusert til 48 timer.

jobbet Celia nå i tillegg inn de vaktene som ble vakante da hun var syk. Ved fravær får den som dekker vekten verken betaling eller fri! Vilkårerne for småbarnsforeldre er dårlige. Svært mange kvinnelige leger blir ikke ferdige med spesialiseringen dersom de får barn underveis. Barnehage koster dessuten en halv månedslønn slik at det ikke svarer seg å jobbe. Takk for det norske oljeeventyret og våre privilegier i Norge.

Fortsatt laparotomi

Ved Sunderland Royal Hospital var det som hjemme bare å henge seg på for å få sett mest mulig. Over alt ble jeg møtt med vennlighet og tørr britisk humor! Tevann kunne man forsyne seg med fra 20 liters tanker som hang på veggene. Sykehuset har ca. 3500 fødsler i året og driver generell gynekologisk kirurgi men ikke kreftbehandling. En dag på føden bød bl.a. på to mislykkede forsøk på ytre vending ved seteleie (=sectio), en merkelig vaginal inspeksjon uten bruk av GU-benk (spør meg ikke hvordan det er mulig) og erkjennelsen av at gynekologene ikke selv kunne benytte ultralyd. Kun en obstetriker hadde ultralydpoliklinikk. Kombinasjonen overvekt, diabetes, røyking og tenåringsgravide var en stor utfordring. På operasjon, også kalt "the Theatre", fikk jeg gleden av å delta ved en total og en subtotal laparoskopisk hysterektomi. Ikke verst i et land der 75% av hysterektomiene gjøres per tomi. Her var sykehuset i Sunderland på offensiven.

Felles opphold i London

ENTOG-møtet ble holdt i Royal College of Obstetrics and Gynecologys flotte lokaler ved Regent Park. En fantastisk institusjon og ressurs for fagmiljøet. Ved auditoriet fant vi en interaktiv utstilling om gynekologiens historie. I en av salene var båser rigget til for spesialistkandidatenes eksamen. Nåløyet er lite, strykprosenten så høy som 70!

Ferdighetstrening

Tema for det faglige møtet var ferdighetstrening. Det er en trend i tiden at vi, som andre yrkesgrupper, bør trene og kvalifisere oss, før vi slipper til på utfordringene i det virkelige liv. En engelsk kliniker og forsker snakket om hvordan man kunne gjøre teamtrening på akutte situasjoner i obstetrik - og viste at dette er viktig og må gjentas regelmessig. Erfaringer med laparoskopisimulator ble presentert, se bl.a. denne videoen fra BMJ for inspirasjon (http://www.bmj.com/site/video/vr_training.xhtml).

Med festmiddag inntatt i bedre selskap ved EBCOG-styrets bord (takk til R. Kirchner som inviterte), ble ENTOG arrangementet avsluttet og applaudert. Men før vi forlot London tok vi oss tid til å shoppe noe "smart casual" som kan brukes til alt annet enn jobb.

VAGINALINNLEGG 7,5 µg/24 timer:

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

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

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

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

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

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

Graviditet/Amning: Skal ikke brukes ved graviditet eller amning.

Bivirkninger: Svært vanlige (µ1/10): Kjønnsgorganer/bryst: Leukoré. Vanlige (µ1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerte, kvalme. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Kløe. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, sinusitt. Kjønnsgorganer/bryst: Vaginal blødning, vaginal irritasjon/ubehag, vaginitt, genital candidiasis, urogenital kløe, brystsymptomer (inkl. brystspenning, brystforstørrelse, brystsmerte). Muskelskjelettsystemet: Artropati (inkl. artralgi, artritt og artrose), ryggsmerte. Nevrologiske: Hodepine. Psykiske: Insomnia. Øvrige: Influensalignende symptomer. Mindre vanlige (µ1/1000 til <1/100): Kjønnsgorganer/bryst: Trykkfølelse i vagina, sår i vaginalslimhinnen. Øvrige: Væskeretensjon. Seponeringsblødninger kan forekomme. Andre bivirkninger rapportert i sammenheng med østrogen-/gestagenbehandling: Østrogenavhengige neoplasmer, benigne og maligne, f.eks. endometriekreft, venøs tromboembolisme, dvs. dyp venetrombose i ben eller bekken og lungeemboli, hjerteinfarkt og hjerneslag, galleveissykdom, sykdommer i hud og underhudsvev: Kloasme, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura og muligens demens.

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

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

Andre opplysninger: Produktet har følgende dimensjoner: Ytre diameter 55 mm, tverrsnittsdiameter 9 mm, kjernens diameter 2 mm.

Pakninger og priser: 1 stk. kr 400,10.

Sist endret: 05.04.2011

Overgangsalderen behøver ikke å være en begrensning

Gi dine pasienter en enkel og komfortabel løsning mot vaginale plager¹



Lokal hormonbehandling

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



Les mer og se film:
pfizer.no/estring

Estring[®]
østradiol

- Runa Sigrid Aabø
- Sandvika Spesialistsenter
- raa@sandspes.no
-
- Foto: David Forsse, Solveig Bjellmo, Henrik Erdal, Ellen Langen

Årsmøte i Ålesund 2011

Omgitt av fantastisk storslått natur, og med praktfull jugendarkitektur, var vestlandsbyen Ålesund rammen rundt Norsk gynekologisk forenings årsmøte 2011. Også i år hadde mange funnet veien til høstens viktigst treffpunkt, og det ble utbytterike dager både faglig og sosialt.

Vi ble ønsket velkommen av leder for den lokale arrangementskomiteen, Henrik Erdal, og av Ålesunds ordfører Bjørn Tømmerdal. "Seriose unge strykere" imponerte med flott samspill, og leder for foreningen, Bjørn Backe, sto for den offisielle åpningen av Årsmøtet.

Deretter fulgte et fengende foredrag om epigenetisk tilpasning til omgivelsene ved professor ved NTNU, Arne Sunde. Den faglige debatt ble innledet av seksjonsoverlege Torbjørn Eggebø fra Stavanger universitetssjukehus. Han gav en oversiktlig og velbalansert fremstilling av hva rutinemessig ultralyd i første trimester vil innebære for oss, før Heidi Merete Rudi og Lars E. Hansen fra Helsetilsynet informerte om utrykningsgruppen ved alvorlig og uventede hendelser.

Det sosiale arrangement torsdag kveld var lagt til "Teaterfabrikken". Nytt regelverk i forhold til samhandling med industrien gjorde at det ikke var mulighet for den type underholdning som ellers tilbys ved etablissementet, men det la ingen demper på stemningen. Nydelig bacalao ble servert i rustikke omgivelser og praten gikk livlig i gjensyn med gode kolleger.

Det faglige programmet var svært bra og som alltid tettepakket. I tillegg til frie foredrag var det også i år posterutstilling. Det blomster i forskningsmiljøene og årsmøtet er en fin arena å få vise hva man jobber med.

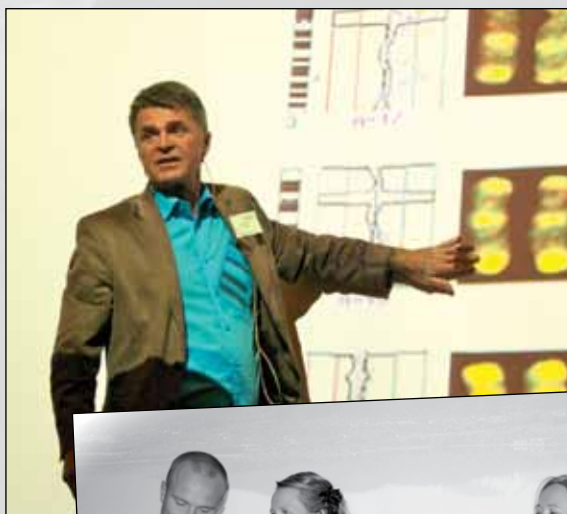
Generalforsamlingen hadde bra oppmøte, og ny leder ble valgt ved akklamasjon. Knut Hordnes fra Bergen overtar vervet etter nyttår. Jone Trovik, Martin Andresen og Helene Fjeldvik Peterson blir nye styremedlemmer. Toril Kolås og Kevin Sunde Oppegaard tok gjenvalg.

Banketten fredag kveld ble ledet av det eminente toastmasterparet Solveig Bjellmo og David Forsse fra den lokale komite. Med humor og friske fraspark

ble underholdningen helt på høyde med profesjonelle aktører og innleid DJ sørget for at dansegulvet til enhver tid var fullt.

Og - som alltid - var det prisutdelinger, takksigelser og hilsen fra neste års årsmøtearrangør, som er Tromsø. Vi gleder oss allerede!

Tusen takk til den lokale komite. Det var et arrangement det er grunn til å være stolt av!





Prisvinnere

Forskningsprisen 2011

Tildelt **Erik Andreas Torkildsen**, Stavanger universitetssjukehus

Juryens grunngeving for tildeling av forskningsstipend i gynekologi og obstetrik 2011:

Langsom framgang er ein av dei viktiaste årsakene til akutte keisarsnitt. Tradisjonelt har me vurdert framgangen ved hjelp av palpasjon (hendene våre). Me vurderer då opning, fosterhovudet sin presentasjon, posisjon og nivå i bekkenet. Fleire undersøkingar har vist at palpasjon er ein subjektiv og usikker metode med inter-observer variasjon.

Kan ultralyd vera ein betre og meir objektiv metode, som dermed kan hjelpa oss til betre å predikera utfallet? Er det måtar å måla på som er enklare eller betre enn andre? Kva med 2D i høve til 3D?

Årets stipendvinnar har entusiastisk og til alle døgrets tider undersøkt 110 fyrstegangsfødande med hodeleie til termin og med langsam framgang definert ut frå WHO sine kriterier.

Dette har til no resultert i ein publisert, ein antatt og ein tredje planlagt artikkel. Me har alt høyrte han omtala dette på ultralydmøtet i Trondheim i vår, på NGF sitt vårmøte i Bergen og på årsmøtet i Ålesund.

Beste poster

Cathrine Ebbing: "Blodstrøms hastigheten i arteria cerebri media avhenger av fosterstørrelsen."

Beste frie foredrag gynekologi

Ameli Tropé: "HPV mRNA- testing etter konisering for å predikere tilbakevendende CIN2+"

Beste frie foredrag obstetrik

Eva Astrid Øverland: "Risiko for skulderdystoci: Hvilken betydning har fødselsvekt og paritet? En populasjonsbaseret studie av 1 914 544 fødsler"



Norsk gynekologisk forenings hederspris 2011

Hedersprisen deles av to verdige kandidater

Norsk gynekologisk forenings Hederspris ble i år tildelt Mathias Onsrud og Rolf Kirschner. I sin begrunnelse for tildelingen uttaler juryen følgende:

Seksjonsoverlege professor dr. med Mathias Onsrud er 71 år og pensjonist. Han har gjort en viktig innsats innen gynekologisk onkologi både ved sin innsats som kliniker, forsker og veileder, og ved å bygge opp seksjoner for gynekologisk onkologi og etablere stabile fagmiljø både i Trondheim og ved Ullevål universitetssykehus. Som fagperson er han et forbilde for alle som kjenner ham, han er en meget dyktig kliniker med bred klinisk erfaring. I tillegg til innsatsen innen gynekologisk kreftbehandling har Mathias Onsrud bred erfaring fra internasjonalt helsearbeid, han har utdannelse i

tropesykdommer og har arbeidet i mange år ved sykehus i Kongo. Selv etter at han ble pensjonist fortsetter han både med forskning og praktisk klinisk internasjonalt helsearbeid, han har i år 3 internasjonale publikasjoner på dette vanskelige feltet. Han har i senere år publisert oppsiktsvekkende materialer om resultater etter operativ behandling både av obstetriske fistler og fistler etter seksuell vold, i Øst Kongo. Onsrud fikk i 2008 Kongens fortjenestemedalje i gull for sin innsats, og er en verdig mottaker av NGFs hederspris 2011.

Seksjonsoverlege Rolf Kirschner er 65 år, og seksjonsoverlege ved Oslo Universitetssykehus. Han har siden studietiden hatt faglige tillitsverv, i ANSA, Norsk gynekologisk forening, Oslo gynekologiske forening og Den norske legeforening, og har fortsatt sentrale og viktig tillitsverv innen Legeforeningen, blant annet som landsstyrrerepresentant i kraft av å være leder for de kirurgiske fagmedisinske foreningene (FAME-kirurgisk blokk). Han har gjennom mange år hatt fremtredende faglige verv på nordisk og europeisk plan, i NFOG og EGCOG. Kirschner var en sentral aktør i arbeidet med å fusjonere de to europeiske gynekologiske foreningene som førte til opprettelsen av EBCOG i 1998. Han har siden stiftelsen vært med i EBCOG i forskjellige posisjoner, og har her særlig vært engasjert i utdanningsspørsmål herunder visitasjonsordningen. Generelt har kvalitetsutvikling vært hans særlige interessefelt, både klinisk som kvalitetsleder ved Ahus og i Legeforeningen har han vært sentral i å sette kvalitetsarbeidet på dagsordenen. Han har vært leder av

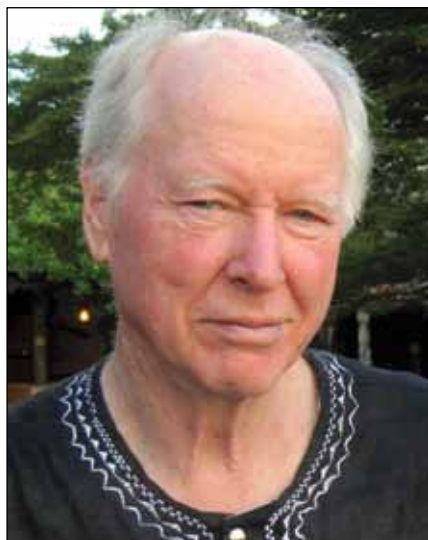
Legeforeningens Kvalitesforbedringsutvalg. Som medlem av Spesialitetskomiteen tok han initiativ til å innføre besøksordningen, og organiserte de første besøkene med assistanse fra EBCOG og RCOG, noe som lot seg gjennomføre på grunn av hans brede kontaktnett. Som fagperson nyter Kirschner også bred tillit, han var sentral i oppbygging av det fremragende laparoskopimiljøet på Ahus som kollektivt fikk NGFs Hederspris



Rolf Kirschner.

i 1990. I nyere tid har han bygget opp vulvapoliklinikken ved OUS-RH, og har dermed gjort en stor innsats med å etablere et behandlingstilbud til en dårlig forstått og dermed noe forsømt pasientgruppe. Samlet sett har Kirschner gjennom 40 år nedlagt en overordentlig stor innsats for vårt fag, og er en verdig mottaker av NGFS hederspris 2011.»

Gratulasjoner til begge kandidatene!



Mathias Onsrud hadde dessverre ikke anledning til å delta på Årsmøtet. På dette bildet, som ble tatt i Afrika nylig, er han iført en skjorte sydd av kvinner på et rehabiliteringssenter for voldtatte kvinner - et imponerende arbeid under vanskelige forhold. Mathias Onsrud er nå engasjert i bygging av et 300-sengers sykehus for kvinner og barn i "verdens voldtektshovedstad" Goma, Øst-Kongo. Det er behov for et par godt fungerende ultralydapparater og et kolposkop om noen har noe å gi bort. Det står en container i Drammen som skal fylles... Han kan kontaktes på mathiaso@online.no.

- Margit Steinholt
- margit.steinholt@gmail.com

Fagpolitisk debatt

Torbjørn Eggebø innledet til debatt under temaet “Hva vil rutinemessig ultralyd i første trimester innebære for oss?” Det er uklare grenseoppganger mellom hva som er ordinær svangerskapsomsorg og hva som skal defineres som fosterdiagnostikk. Hva skal være det offentlige tilbudet, og hva skal være kvinnens eget valg? Hva er et informert valg?

Det fødes ca 70 barn med trisomi 21 i Norge pr år. Siden mødre over 38 år har rett til fosterdiagnostikk nettopp med tanke på den økte risiko for trisomi hos barn av eldre mødre, blir de fleste av disse barna født av yngre kvinner.

I Norge pr 2011 er det kvinner over 38 år som har rett til fosterdiagnostikk.

I en spørreundersøkelse blant vanlige norske borgere mente bare 20 % at uro for at noe var galt i svangerskapet skulle gi indikasjon for fosterdiagnostikk.

30 % av de spurte mente på sin side at alle gravide burde få tilbud om diagnostikk. Befolkningas holdning samsvarer godt med bioteknologilovens bestemmelser i dag; en relativt restriktiv holdning sammenliknet med for eksempel Danmark. Danmark har et mål om å ”utrydde” barn født med trisomi og tilbyr derfor avansert fosterdiagnostikk til alle gravide. I Norge vil ei slik målsetting være en politisk umulighet i dagens situasjon.

Bare 10 % av norske gravide får utført målrettet fosterdiagnostikk i svangerskapet i dag. Det er imidlertid store regionale forskjeller med Sør-Trøndelag på topp og Aust – Agder på bunn. En av grunnene til at Sør – Trøndelag ligger øverst skyldes nok det fosterdiagnostiske miljøet ved St. Olav. Likevel må det være på sin plass at det gynekologiske miljøet diskuterer om det er riktig at de geografiske forskjellene skal være så store i et såpass lite land som Norge. Slik

situasjonen er i dag virker det hele tilfeldig og nærmest ”privatisert” avhengig av hvor kvinnen bor i landet.

Er det så noen nytteverdi av ultralyd i 1. trimester?

Nei - tidlig ultralyd aleine ikke påvist nytteverdi.

KUB (kombinert ultralyd og blodprøve) test best for å påvise trisomier, og denne prøven bør tas i første trimester.

Hva bør så myndighetene gjøre? Her fins det flere alternativer, og Eggebø skisserte opp følgende:

- Valgfri modell: Alle får et tilbud om KUB test. Positivt fordi dette er demokratisk. Negativt fordi det indikerer at trisomi er uønsket. (som Danmark)
- Uromodellen: Alle kan få en tidlig ultralyd, og KUB testen tilbys så til de kvinnene der en finner avvik. Svakheter: Alle får ikke tilbud om det beste.
- Risikomodell: Dagens praksis beholdes. Bryter med rettferdighetsprinsipper og pasientens autonomi, men helsevesenet kan ikke beskyldes for å innføre en screening på trisomi.
- Sykdomsmodell: KUB test til alle samtidig med blodprøvescreening på andre risikofaktorer på mor. Svakheter: Ingen påvist nytteverdi/ medisinsk nytteverdi.

Bortsett fra modellen som samsvarer med dagens praksis vil alle de andre medføre press på det offentlige helsevesenet i form av økt behov for utstyr og personell. Bare i Stavanger vil det trenes 2 hele gynekologstillinger for å ta hånd om den friske gravide populasjonen. På landsbasis utgjør det vel 30 nye gynekologer. Hvor skal disse tas fra? Hvor skal ultralydjordmødrene tas fra, og hvem skal finansiere nytt utstyr både hos klinikerne og genetikerne?

I debatten som fulgte var salen stort sett enige i at dette var mer et politisk enn et faglig spørsmål, og O-E Iversen oppsummerte vel det mange mener nemlig at tidlig ultralyd er et velferdsgode uten medisinsk nytteverdi. Det er nødvendig at fagmiljøene fastholder at innføring av nye metoder må ha medisinsk evidens, og det er politikerne ansvar å peke på hva denne helseutgiften skal gå på bekostning av.

”Utrykningsgruppen er ikke en havarikommisjon!”

Lars E Hanssen og Heidi Merete Rud fra Statens helsetilsyn innledet om neste tema i den fagpolitiske debatten: Når alvorlige, uventede hendelser oppstår – varslingsplikt og utrykningsgruppe.

Dette er et tema som opptar vårt fagmiljø. Særlig innenfor fødselshjelpen opplever mange kolleger med ett å få en tilsynssak mot seg. Sjøl om de fleste av sakene ikke

fører til sanksjoner for involvert personell, rapporteres det om store personlige omkostninger som følge av tilsynssaker. En del aktivister i Legeforeningen har av den grunn kjempet for å innføre en annen metodikk i granskningen av alvorlige hendelser i helsevesenet, og det var derfor knyttet forventninger til opprettelsen av Statens helsetilsyns utrykningsgruppe. Gruppen ble opprettet som ei toårig prøveordning i 2010 - dels etter stort press fra pasienter og pårørende.

Hanssen innledet med å slå fast at målet for Statens helsetilsyn og legene er det samme: Best mulig behandling for pasientene. Han understreket videre at helsetilsynets utrykningsgruppe IKKE er en havarikommisjon, men bare et supplerende verktøy for tilsynet å innhente opplysninger på.

Hanssen fortsatte med å si at Stortinget vedtar lovene og forskriftene som Helsetilsynet skal følge. Oppdraget er dermed bestemt av andre via lovverket. Videre skal Helsetilsynet være uavhengig og skal dermed ikke ta "parti" med verken pasienter eller helsepersonell. Oppgaven er kun å vurdere om lover, forskrifter og beste praksis er fulgt i behandlingen av pasienter. Myndighetene har bestemt at Helsetilsynet nå skal ha en mer aktiv rolle enn tidligere – etter påtrykk fra aktive pårørende etter uventede dødsfall – derfor opprettelsen av utrykningsgruppa.

Utrykningsgruppa

Heidi Merete Rud er prosjektleder for forsøket med utrykningsgruppa som altså har fungert siden sommeren 2010. Hun kunne overraskende opplyse om at Stortinget i juni 2011, dvs midt i forsøksperioden, hadde bestemt at ordningen skal gjøres permanent fra 01.01.2012. Dette er gjort uten evaluering, og for en del av våre kolleger som er tvilende til effekten av denne arbeidsmetoden, var opplysningen foruroligende.

Rud gjentok Hanssens budskap om at utrykningsgruppa ikke medfører noen endring i helsetilsynets oppgaver og mandat. Varslingsplikten er den samme som tidligere; uventede skader eller død.

Det er kun arbeidsmetodene som er utvidet. Målet med utrykningsgruppa oppsummerte Rud slik:

...å en slik måte at sikkerhet understøttes!



- Håpet er bedre og raskere tilsynsvurderinger av alvorlige hendelser.
- Pasient og pårørende skal lyttes til i større grad enn tidligere. De inviteres derfor til en samtale med gruppa i alle saker der det rykkes ut.
- Det å komme ut til angjeldende sykehus og avdeling gir Helsetilsynet bedre bakgrunn for å forstå hvordan uønskede episoder kan oppstå. Helsetilsynet får mer informasjon og forståelse av hendelsen enn om det bare sendes skriftlig materiale.

Varslingsplikt

Plikten til varsling er lagt på helseforetakene, men ledelsen må ta stilling til hvem som skal varsle på vegne av foretaket. Varsel skal sende på epost varsel@helsetilsynet.no seines dagen etter hendelsen, og utrykningsgruppa skal respondere første virkedag.

Varsling på epost har svakheter siden pasientinformasjon må utelukkes og man bare kan oppgi foretakets navn og samt en kontaktperson, men Helsetilsynet skal altså ta raskt kontakt på telefon.

Rud rapporterte at det rykkes ut til et

fåfall saker. Til de øvrige andre innhentes det skriftlig informasjon som før. 60 % av varslinger blir alvorlige tilsynssaker. Tilsynet skal som tidligere vurdere både enkeltindivider og hvordan arbeidsgiver har lagt forholdene til rette for forsvarlig utførelse av faget.

Fram til september 2011 har 10 % av sakene ført til utrykning. 3 av disse var innenfor gynekologi og obstetrik.

I plenumsdiskusjonen uttrykte både Rud og Hanssen forståelse for at involverte kolleger hadde opplevd møtet med utrykningsgruppa som svært belastende. De beklaget dette og mente at innspill fra det gynekologiske miljøet var viktig for å bedre arbeidsmetodene og funksjonen til gruppa. Fra salen ble det problematisert at Statens helsetilsyn har en uheldig trippelrolle fordi det er samme instans som både gransker en sak, tar ut eventuell tiltale og til sist idømmer en sanksjon. I et rettsikkerhetsperspektiv er dette betenkelig, og det er nok en av grunnene til at mange kolleger fremdeles ønsker havarikommisjonens metodikk inn i helsevesenet.

Siste ord er neppe sagt i saken!



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
- 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
E-post: info@vitaflo.net

**VITAFLO**
Part of the Navamedic Group



Referat Generalforsamling, NGF

Sted

Rica Parken Hotel Ålesund, fredag 9. september 2011

Møtet ble satt kl 16.30, av leder Bjørn Backe. Tilstede ved møtestart var 71 medlemmer

Valg av dirigent og referent

Ved akklamasjon ble følgende utnevnt:

Ordstyrer/dirigent: Bjørn Backe

Referent: Erik Andreas Torkildsen

Minnestund

Følgende kolleger er gått bort i 2010:

Gerhard Brunner

John Egenæs

Ola Rygh

Odd Karl Jordheim

Generalforsamlingen minnet kollegene med 1 min stillhet.

Årsmelding 2010

Årsmeldingen var trykket i Gynekologen 24-3/2011 og sendt ut til medlemmene i forkant. Backe redegjorde for at siste avsnitt i omtalen av overtidsaken, i første kolonne på side 9, var fjernet. Revidert tekst uten dette avsnittet vil bli lagt ut.

På side 9 står i årsmeldingen står det NFGO, men dette skal være NFOG.

Årsmeldingen ble gjennomgått ved at det ble bedt om kommentarer til de enkelte punktene. Det var ingen kommentarer til årsrapportene fra utvalgene. Rolf Kirschner kommenterte at det ikke er nevnt at viktige kvalitetsforbedringsprosjekter får støtte direkte fra Legeforeningen.

Leder av spesialitetskomiteen Jakob Nakling redegjorde for omleggingen av spesialistgodkjenning. Fra 1. oktober skal søknad om godkjenning sendes til Helsedirektoratet. Spesialitetskomiteene har konsulentstatus i forhold til HDir. Det vil bli avkrevd gebyr ved søknaden. Legeforeningen ønsker at de forskjellige spes. kom. skal bestå. Mye av arbeidet vil fortsette uten endring. Spes.

kom. har fått i oppdrag fra Legeforeningen å se på gjennomføringen av spesialistutdannelsen. Bl. a. er det spørsmål om gruppeføring skal fjernes/ændres. Spes. kom. arbeider med et forslag som skal innleveres 1. desember.

Kommentar fra Torunn Eikeland: Kurs i fosterovervåking bør/må bli obligatorisk, da dette er en viktig del av arbeidsdagen, men det er lite organisert opplæring.

Nakling kommenterte også at Educational Board i NFOG arrangerer gode kurs. Det arrangeres årlige kurs, og neste års tema er "Chronic pelvic disorders" i København 9. - 10. november

Regnskap og budsjett 2010, 2011 og 2012

Kolås gjennomgikk regnskap og budsjett. Balanse og aktivitetsregnskap var publisert i Gynekologen 24-3/2011.

Regnskap 2010:

Inntekter :	2 097 895 kroner
Utgifter:	2 197 387 kroner
Balanse:	- 99 492 kroner

Revidert budsjett 2011:

Inntekt:	1 984 211 kroner
Utgift:	2 280 000 kroner
Balanse:	- 295 789 kroner

Budsjettforslag 2012:

Inntekt:	2 100 000 kroner
Utgifter:	2 325 000 kroner
Balanse:	- 225 000 kroner

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

Saker fremlagt av medlemmene:

Ingen saker fra medlemmene innen fristen.

Torunn Eikeland kommenterte at hun hadde meldte inn overtidsaken i juni som en sak til Generalforsamlingen. Backe henviste til at styret hadde satt overtidsaken opp som egen sak på dagsorden.

Saker fremlagt av styret:

Ingen saker fremlagt til beslutning.

Orienteringssaker:

Samarbeidet med industrien

Hordnes gjennomgikk de nye reglene om Konseptgodkjenning fra LMI.

Program og budsjett må godkjennes av LMI i forkant (konseptgodkjenning). Årets godkjenning har krevd mye arbeid fra styret. Regelverket og måten det tolkes på, er omstendelig og omfatter detaljer som kan virke mindre relevante. Det er imidlertid et krav om konseptgodkjenning av LMI før deres medlemmer kan delta. Møter hvor industrien deltar med stands skal ifølge regelverket ikke gå med overskudd, og budsjettet for årsmøtet som må sendes inn i forkant, må gjenspeile dette. Regelverket er utarbeidet sammen med Legeforeningen.

Legeforeningens regler tilsier at ved kurs som gir tellende kurstimer kan industrien ikke delta med utstilling, unntatt utstilling av medisinsk teknisk utstyr, tidsskrifter, læremidler og nettsteder med redaksjon uavhengig av utstys- og legemiddelindustrien.

Hva ønsker NGF å gjøre videre?

Det er 3 alternativer:

1. Fortsette som nå med industri tilstede
2. Ingen industri tilstede
3. Industri, men ikke LMI. Mao beholde medisinsk teknisk utstyr, men ikke legemiddel industrien. Ved årets Årsmøte var det bare 11 av 41 firma som var medlemmer av LMI. Dette alternativet ville føre til at medlemmene kunne søke Fond III om støtte, og få tellende kurstimer, i henhold til vedtak i Legeforeningens landsstyre fra mai 2008 om at det gis tillatelse til at det arrangeres utstillinger av medisinsk teknisk utstyr i tilknytning til ett av hver av de fagmedisinske foreningene sine årlige møter som også gir tellende kurstimer (årsmøte, generalforsamling, vår/ høstmøte m.v.).

Fordeler: Det er av verdi å ha kontakt med industrien, og dette skjer nå på en ryddig måte.



Inntektene gjør at rammen rundt årsmøtene blir bedre, og gjør at vi kan dele ut priser og stipender, herunder ordningen med stipend til LIS'er som holder foredrag. NGFs Hederspris og Forskningsprisen er begge donasjoner fra hhv. Bayer-Schering og MSD.

Ulemper: Når industrien er med får medlemmene ikke refundert reise/opphold over Legeforeningens Fond og de (LIS'ene) får heller ikke tellende kurstimer.

Oppsummeringsvis ønsket Hordnes at medlemmene tenker over problemstillingen - om årsmøtene skal arrangeres videre som nå eller om man skal endre praksis til årsmøter helt uten industri, eventuelt uten legemiddelindustrien. Hordnes' syn er at dette eventuelt diskuteres på nytt etter erfaringer fra Tromsø 2012, dvs. i 2013.

FUGO kurset i tilslutning til årsmøtet har vært vellykkete også med tanke på å rekruttere LIS til årsmøtene. Ved evt. endringer av økonomisk støtte, så bør dette forankres i en økonomisk analyse av for og imot

Overtidsaken

Backe gikk igjennom hva som har hendt siden forrige generalforsamling, hvor overtidskapitlet i NGFs Veileder i fødselshjelp nettopp var revidert i forståelse med Hdir, men teksten var ikke lagt ut fordi Helsedirektoratet (Hdir) ønsket å få utarbeidet en pasientinformasjon. NGFs linje har vært å gi saklig informasjon og støtte det arbeidet våre eksperter har gjort med det aktuelle kapitlet i veilederen. Backe gjentok sin uttalelse fra generalforsamlingen i 2010, om at uttalelser til media fra medlemmer i forfattergruppen og andre har skapt et uheldig inntrykk av uenighet og strid

i fagmiljøet, og bidratt til et ønske fra HOD om å rydde opp. Dette svekker tilliten til vårt arbeid med veilederne. Kapittelforfattere som ikke kan innstå for den teksten de har vært med å lage, bør heller trekke seg fra forfattergruppa.

NGF har stått fram i en rekke intervjuer, vi har deltatt på møter i Hdir og Folkehelseinstituttet (FHI), og har gitt informert skriftlig i form av innlegg i Dagens Medisin og leserbrev i Tidsskriftet. Vi må nok imidlertid konstatere at mediakjøret har etterlatt inntrykket av at det dør mange barn i mors liv i Norge, og at dette kunne vært unngått ved en annen induksjonspraksis. Saken ble tatt opp i et møte i Hdir 10. mai 2011. Dagsrevyens innslag etterpå er lenket opp på våre hjemmesider, her framgår det at FHI i møtet gikk tilbake på påstandene de har framsatt. Vårt inntrykk var at saken nå var "parkert", og at det var enighet mellom Hdir og FHI om at den offentlige debatten om overtid og dødsfall skulle opphøre.

Kort etter møtet tok saken en overraskende vending 19. mai, da NGF fikk e-post fra Hdir med anmodning om å foreslå en representant til en konsensusgruppe om overtid. Gruppens første møte skulle være 25. mai og arbeidet skulle være avsluttet i slutten av juni. I en medlems e-post 26. mai gjorde vi rede for dette og at vi ikke hadde greid å rekruttere representant for NGF. I juli sendte så Hdir ut dokumentet fra denne gruppa som en "anbefaling" til foretakene og berørte fagorganisasjoner.

Dokumentets status er litt uklar, det er en "anbefaling gitt i påvente av reviderte nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen". Flere avdelinger i Norge har oppfattet dette som et pålegg. Backe har i flere intervjuer sagt at styret vil diskutere anbefalingen ved første anledning, at dette er å betrakte som en anbefaling og ikke et pålegg. Styret har nå bedt Kvalitetsutvalget vurdere anbefalingen.

Skiftet i saken i mai 2011 skjedde etter et politisk initiativ. Helse og omsorgsdepartementet på



Hdir å utarbeide en anbefaling, og at det måtte skje raskt. Fagmyndighetene er dermed blitt overkjørt av et politisk innspill.

Styret ønsket å høre generalforsamlingens syn på hvordan NGF har opptrådt, og hvordan vi når bør håndtere saken videre. Nedenfor er kommentarer kort summert:

- Styret har hatt en riktig fremgangsmåte.
- Befolkningen oppfattet dette som retningslinjer, og det finnes publikum som er sinte for at noen sykehus ikke har implementert retningslinjene enda. Legeforeningen er for taus, og hele saken er en skandale.
- Saken er media skapt, ikke basert på det faglige. Det er sagt at de nye "rådene" er retningslinjene, og NGF sine "råd" er bare veiledende.
- Legeforeningen kan ikke akseptere at journalister skal kunne presse frem medisinske retningslinjer. Saken er et nederlag.
- Jeg oppfatter dette som et pålegg. I Stavanger er det nå startet en kvalitetsstudie, etter å ha diskutert retningslinjene med det lokale kvalitetsutvalget. Data kommer og kan bli til hjelp i debatten i fremtiden.
- Stygg sak. Medisinsk evidens er satt til side, og det er blitt en politisk sak. Fremgangsmåten er et tegn på mistillit til fagmiljøet, og det må være noen som "trekker i noen tråder" som vi ikke ser. NGF bør problematisere ovenfor Legeforeningen: Hvor mye kan politikere diktere for hva vi skal gjøre?"
- Vi er blitt feid av banen. Debatten er skapt av media. Prinsipielt er det ingen forskjell mellom veileder, prosedyre og retningslinjer. NGF må tak i dette nå, og de faglige argumentene må brukes. Legeforeningen må være med i den videre prosessen være med på å omgjøre dette. Styret må ta kontakt med Legeforeningen og føre saken videre.
- Stygg haste sak, fra offentlige myndigheter. Det er betenkelig at det lages en ny prosedyre uten at det er kommet noen nye faglige data. Ved noen sykehus ønsker vi å følge NGF veilederen, da det ikke er sett at det er kommet noen nye faglige argumenter. Det er som er kommet oppfatter jeg som kun anbefaling.
- Ved vår sykehus har vi fått pålegg om å innføre de nye retningslinjene, fra den øverste ledelsen.
- Ettersom det er kommet pålegg ved helseforetak, så må NGF handle raskt, og

be Legeforeningen om å hjelpe oss med et fremskudd.

Etter en lengre diskusjon vedtok generalforsamlingen enstemmig følgende uttalelse:

NGF ønsker å uttrykke kritikk ovenfor Helsedirektoratets behandling av "overtidssaken". Dette gjelder både prosess og konklusjon i de nye anbefalingene fra Helsedirektoratet. NGF mener at hastebehandlingen av denne saken var unødig og ikke basert på verken nye norske data eller ny vitenskapelig kunnskap. NGF mener at kapittel 3 I i Veileder i fødselshjelp 2008, som nylig ble revidert etter en grundig faglig prosess, fortsatt gir de beste evidensbaserte anbefalinger. Denne saken har stor prinsipiell betydning, ikke minst for legitimitet i forhold til det kvalitetsarbeid som utføres i NGF gjennom våre veiledere.

Generalforsamlingen ber styret i NGF om å ta denne saken opp med Legeforeningen vl president Hege Gjessing, og med myndighetene.

Styrets arbeidsform – vararepresentantenes funksjon

Styrearbeidet blir stadig mer omfattende. Vararepresentantene vil sannsynligvis i fremtiden bli trukket mer inn i styrets arbeid. Dette vil da sannsynligvis medføre ekstra utgifter.

Generalforsamlingen hadde ingen kommentarer til dette.

Gynekologen – redaktørstillingen

Fra januar 2012 trenger NGF en ny redaktør, samt redaksjonsmedlemmer. Arbeidet har blitt betydelige lettere etter god forarbeid av nåværende redaktør Runa Aabø, og at annonsesalget er overtatt av et firma. Det er ønskelig med innspill på ny redaktør i fremtiden.

Valg

Valgkomiteens leder Grete Riis Johannessen gikk igjennom forslaget. Det ble ikke lagt

fram andre forslag. Valgkomiteens innstilling ble vedtatt ved akklamasjon. Styrets sammensetning i perioden 2012-2013 er slik:

Leder:

Knut Hordnes, Spesialist poliklinikken, Hospitalet Betanien, Bergen.

Medlemmer:

Toril Kolås, Gyn avdeling, Sykehuset Innlandet Lillehammer.

Kevin Sunde Oppegaard, Gyn avdeling, Klinikk Hammerfest.

Jone Trovik, Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus.

Martin Andresen, spes praksis, Oslo, PSL representant.

Helene Fjeldvik Peterson, Kvinneklubben Ahus, FUGO representant.

Vararepresentanter:

Tone Shetelig Løvvik, Kvinneklubben St Olavs Hospital.

Odrun Kleggetveit, spes praksis, Kristiansand, PSL representant.

Marte Myhre Reigstad, Kvinneklubben Ahus, FUGO representant.

Følgende ble valgt som desisorer

Astrid Rygh, Kvinneklubben, Stavanger Universitetssjukehus

Hilde Sundhagen, privat praksis, Lillestrøm

Valg av årsmøtearrangør 2013

Miljøet i Drammen har sagt seg villig til å arrangere Årsmøtet i 2013, og dette ble godkjent av Generalforsamlingen ved akklamasjon.

Eventuelt

Det var ingen anmerkninger eller spørsmål.

Generalforsamlingen ble avsluttet kl 1827.

Referent Erik Andreas Torkildsen, vara sekretær



**HUSK NGF'S
VÅRMØTE I OSLO
19.-20. APRIL 2012**

For program, se www.legeforeningen.no/ngf

Generalforsamling 8. september 2011

Referat fra FUGO

Leder Erik Andreas Torkildsen ble valgt til ordstyrer og Kristine Kleivdal som referent.

Møteinnkalling ble godkjent.

Man gikk gjennom styrets sammensetning for 2011:

Leder: Erik Andreas Torkildsen

Nestleder: Sjur Lehmann

Kasserer: Christian Tappert

Sekretær: Kristine Kleivdal

Nettansvarlig: Pawel Wilkosz

NGF-representant: Marte Myhre Reigstad

Årsrapport 2010 for FUGO ble presentert i Gynekologen 24/03-2011, og godkjent av Generalforsamlingen. Kasserer Christian gjennomgikk økonomien til FUGO, inkludert regnskapet for 2010 og budsjettet for 2011. Dette ble godkjent.

Marte rapporterte fra NGFs arbeid i 2010 og første halvdel av 2011. I Gynekologen 24/03-2011 vil man kunne finne NGFs årsmelding.

Erik Andreas rapporterte fra internasjonalt arbeid i ENTOG og EBCOG. Det ble informert om den årlige ENTOG-utvekslingen og at det finnes to utvekslingsplasser. I 2010 reiste kun én, Michael Tomala, til Belgia. I 2011 var det to fra Bergen som reiste på utveksling til England. Utvekslingen for 2012 vil holdes i Estland. LiSer ble oppfordret til å sende søknad til FUGOs sekretær, dersom de ønsker å delta i denne utvekslingen. Søknadsfrist er satt til 31. januar 2012.

Pawel informerte videre om NFYOG, styrets sammensetning, og om at NFYOG annethvert år arrangerer et eget seminar for LISer. Årene det ikke arrangeres seminar, holder NFYOG et eget formøte i forkant av NFOG-kongressen. I år skulle det avholdes et seminar i Stockholm "Early ultrasound in pregnancy-differences in Nordic countries", men dette måtte dessverre avlyses pga. for få påmeldte. NFYOG planlegger også å samarbeide mer med ENTOG, representanter fra begge styrer hadde et møte sammen i London i mai 2011.

Erik Andreas presenterte en sak fra styret som gikk på prioritering i forhold til utvekslingen. Man ønsker spesielt å tilstrebe at kandidatene kommer fra to forskjellige regioner. Følgende endringer i prioriteringsreglene ble vedtatt ved akklamasjon:

Søkerne må være medlem av Norsk Gynekologisk Forening

- Antall måneder igjen til ferdig spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp
- Det tilstrebes at kandidatene kommer fra forskjellige regioner/sykehus
- Tillitsvern/engasjement i organisasjonsarbeid
- Språkkunnskaper

Så var det valg. Erik Andreas og Kristine er blitt spesialister, og Pawel er snart ferdig spesialist. Disse tre stilte derfor ikke til gjenvalg. Sissel Oversand, tidligere leder, hadde fungert som valgkomité, men kunne ikke være tilstede. Erik Andreas presenterte derfor på vegne av valgkomiteen tre kandidater for de kommende 2 årene, 2012-2013. Dette var Johanne Holm Toft (Stavanger), Tiril Tingleff (Ringerike) og Helene Fjeldvik Peterson (Ahus). Holm Toft og Fjeldvik Peterson var tilstede og presenterte seg selv. Marte presenterte Tiril Tingleff. Alle tre kandidatene ble valgt inn i styret for 2012-2013 ved akklamasjon.

Christian gjennomgikk årets FUGO kurs om menopause, som var dagen før Generalforsamlingen. Det var 38 påmeldte deltakere + 3 fra kurskomiteen.

Tema for neste års kurs ble diskutert. Skal det være rotasjon mellom forskjellige emner eller nye temaer hver gang? Det kom tilbakemelding fra salen om at man ønsket gjentakelse av kolposkopikurset.

Under eventuelt ble det også nevnt fra sittende styret at FUGO sine vedtekter bør revideres i løpet av 2012.

Generalforsamlingen ble så avsluttet.

FUGOs årsmøte fortsatte med årsmøteforedrag om spesialistutdanningen. Først ut var YLF-leder Johan Torgersen, som la fram høyaktuelle temaer i Legeforeningen som at Helsedirektoratet overtar spesialistgodkjenningen 1. oktober 2011 og om faste stillinger for leger i spesialisering, som nå er en realitet. Spesialitetskomiteen ved Jakob Nakling orienterte om spesialitetskomiteens arbeid og utfordringer i spesialistutdanningen. Han la også frem forslag til et annet utdanningsløp enn i dag. Forslaget går ut på at utdannelsen skal bestå av 4 år ved en avdeling, ½ år ved en annen avdeling med en annen profil innenfor samme regionale helseforetak (større/mindre sykehus, alt etter hva som er modersykehuset), og deretter 12 mnd. ved en kirurgisk avdeling. Løpet skal legges helt i starten av utdannelsen. Man avsluttet møtet med en diskusjon i plenum rundt dette, samt at Helsedirektoratet skal overta spesialistgodkjenningen. Både Torgersen og Nakling var involvert i diskusjonen som engasjerte mange.



Referat NUGG formøte

TVT operasjoner i Gaza

Einar Lande, Ullevål

Han la fram sine erfaringer fra å introdusere en operasjonsteknikk, TVT, i Gaza.

Utgangspunktet var at kvinner med urininkontinens hadde dårlig/ intet tilbud i Gaza. Ambisjonene var å introdusere utredning av urininkontinens, konservativ behandling med bekkenbunnstrening og operasjon, TVT, til Shifa sykehus. Dette i samarbeid med Norwac.

Gjennomført ila 3 reiser a l uke, ved l lege og 3 sykepleiere.

Han erkjente underveis at det forelå lite kunnskap om pasientgruppen; ingen eksisterende utredning, ingen ide om hvem som var egnet for operasjon, medikamentell behandling etc.

Det ble et opphold preget av kompromisser. Benyttet en høyst forenklet utredning for seleksjon av pasienter egnet for operasjon, og TVT inngrepet gjort i narkose.

Faktorer i sykehuset som bidro til å vanskeliggjøre oppdraget var fravær av kontinuitet på sykepleiersiden, noe som gjorde opplæringen ineffektiv.

Videre var det liten forståelse for viktigheten av anamnese/ utredningsbiten, og for etterundersøkelsen. Gynekologene hadde ingen erfaring med inkontinens, og rivalisering mellom legene gjorde det ikke enklere. Kanskje skulle urologene vært brukt i stedet.

Å lære bort operasjonsteknikken var det letteste å få til.

De fikk undersøkt/ utredet 65 pasienter, og operert 29. Gode korttidsresultater.

Sånn sett ble oppdraget utført, men - Erfaringene var at inn og utreise gikk greit, at oppholdet opplevdes trygt, at samarbeidet fungerte godt, at oppdraget opplevdes som meningsfullt.

Men er kjent med at de i liten grad har fortsatt å operere, så langtidseffekten er uvis.

Diagnose / Prosedyrekoder i prolapskirurgien

Jostein Tjugum, Førde

Jostein innledet med å konstatere at det er en rekke mulige prosedyre - og diagnosekoder innen prolapskirurgien - og ingen konsensus i bruk.

Han henviste til Sverige, hvor inngrep kodes spesifikt etter det kompartiment som opereres; det som gjøres, noteres som diagnose.

Videre viste han en rekke eksempler på forskjellig måter å kode- og forslag til koder. For eksempel Z98.8 brukt som diagnose som angivelse for recidiv.

Noe som avstedkom diskusjon om definisjon på recidiv.

I det hele tatt så bekreftet diskusjonen uenighet/ uklarhet og forskjellig oppfatning og anvendelse av kodeverket.

Men stor enighet om at det er uheldig med så forskjellig praksis i bruk. Det ble uttrykt behov for nasjonal enighet, med spesifikk presisering av koder og prosedyrere i en revisjon av kodetekster.

Viktig for korrekt dokumentasjon, for å sammenligne hva som gjøres, og for forskning.

Det endte i enighet om å rette en henvendelse til KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) med forslag til endringer, spesifisering. Ellen Borstad, Ullevål, påtok seg å ta dette oppdraget videre.

Komplikasjoner i nettkirurgien,

Marie Ellström Engh, AHus

Viste til observasjons og randomiserte studier om nettkomplikasjoner, forekomst og frekvens.

Presenterte egne resultater fra håndtering av nettkomplikasjoner.

I tidsrommet 2005- 2011: 14 pasienter med nettkomplikasjon; hvorav de har operert 12, 5 fra egen klinikk, 8 henviste, med dominerende symptomer/ funn: smerter/ dyspareuni og erosjon.

Flest fra anterior nett. De fjernet hele nettet hos 8.

Oppfølging antall måneder 16 (3-39), med l l som sa seg bedre eller helt fornøyd.

Introduiserte dessuten begrepene nettkrølling og hispareuni.

Etterspør hvor mange komplikasjoner det faktisk er, behov for registerdata. Hvor skal disse pasientene håndteres/ opereres? Sentraliseres regionalt eller sentralt (AHus?)

Komplikasjoner registrert og ikke registrert i NUGGregisteret

Sigurd Kulseng-Hanssen, Bærum

Mistanke om underreportering av komplikasjoner til NUGGregisteret. Tomislav Dimoski har laget et dataprogram (Tomislavs program!) som er et egnet verktøy for å finne pasienter som har vært i kontaktet med sykehuset i etterkant av inkontinensoperasjon, med en eller annen komplikasjon. Det brukes opp mot DIPS, journal hentes opp for gjennomgang og anvendt ved Bærum sykehus ble flere komplikasjoner som ikke var registrert i NUGG avdekket.

Registeret komplikasjonsforekomst i NUGG, fra alle NUGGavdelinger: 7%.

Ved Bærum Sykehus ble komplikasjonsforekomst korrigert fra 10% til 14% ved bruk av Tomislavprogrammet, noe som antas å være et mer realistisk tall, også nasjonalt.

Programmet skal testes ut ved andre klinikker, og vil være tilgjengelig for bruk av øvrige NUGGdeltakere i 2012.

Kasuistikk til

komplikasjonskvarteret

Rune Svenningsen, OUS

En TVToperert med retensjonsproblematikk som fikk båndet klippet først > l år etter operasjonen.

Erfarte at båndet var lett å identifisere og klippe selv l5 mnd etter TVTingrepet, og at pasientens problem med residerende cystitter ble kurert, selv om inngrepet tilsynelatende hadde liten effekt på resturinvolument.

Møteleder var Kari Western, Fredrikstad: Ca 35 frammøtte. Tydelig møteledelse og avsatt god tid til diskusjon bidro til at det ble et veldig bra møte!

St Olav, Trondheim, Merete Myklebost

Referat PSL formøte

Arnt Ole Ree er lege og fagsjef for klinisk IKT i Helse Sør-Øst RHF, og han holdt foredraget "Fra frustrasjon til begeistring! (?) –koding og rapportering i praksis"

Undertittelen var formålet med, og bruk av aktivitetsdata for avtalespesialister, delvis gitt med eksempler på diagnose og prosedyrekoding i praksis.

Utfordringen er å få korrekt rapportering. Han mente at mye er avhengig av systemleverandørene, og at de lager brukervennlige og teknisk korrekte løsninger. Han mente at det har systemleverandørene problemer med. Spørsmålet er om det er for mange små leverandører. Det planlegges derfor en sertifiseringsordning. Avtalespesialisten har som selvstendig næringsdrivende et selvstendig ansvar for å velge en seriøs og kompetent leverandør.

Det er viktig å kode riktig, han presiserte at det er kodeverket ICD-10 som skal benyttes, og at må kjenne kodeverket både

for diagnosekoder og prosedyrekoder og skaffe seg ny utgave av prosedyrekodeveke som kommer årlig. Diagnosekodeboken kommer sjeldnere, den som gjelder nå er blå.

Hjelpemidler er ICD-10 blå kodebok, kodeveiledning 2011 med selvtest i koding, Finnkode.kith.no, E-læring i medisinsk koding som finnes på Helse Sør-Øst sine hjemmesider, kodehjelp@kith.no

Det skal registreres en hoveddiagnose som er den tilstand som helsehjelp er gitt for under konsultasjon, og evt bidiagnose som er tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstand eller som utvikler seg i behandlingsperioden.. Det skal ikke registreres tilstander som har skjedd før, f. eks tilstander som er operert bort.

Prosedyrekode skal registreres ved hvert poliklinisk frammøte, men det er ikke ment registrering av generell klinisk undersøkelse, anamnese eller preoperativ informasjon.

Det er dårligere kvalitet på aktivitetsdata for 2010 enn 2009 pga dataverktøy problemer. Han presiserer at man ennå er i en prøvefase med mye ufullstendige data.

Hovedformålet er å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten herunder den aktivitetsbaserte finansiering.

Han hevder det er snakk om når og ikke om den innsatsstyrte finansiering kommer. NPR samholder sine data med tall fra normaltariffen som de får fra HELFO

Han refererte tall fra Helse Sør-Øst hos gynekologer, og vi fikk ros. Flinke til å kode både diagnoser og bidiagnoser, generelt manglet 2%, mens 1% hos gynekologene. De fleste konsultasjoner ble dekket av fem diagnoser.

Det ble en aktiv diskusjon under hele foredraget hvor mange av avtalespesialistene deltok.

Kari Anne Trosterud



**HUSK NGF'S
VÅRMØTE I OSLO
19.-20. APRIL 2012**

For program, se www.legeforeningen.no/ngf

Referat fra NFGO

Undertegnede, Rita Steen ledet møtet.

Produktsjef Bjørn Augdal fra Orphan Biovitrum presenterte bruk av Aloxi som forebygging av senkvalme ved kjemoterapiindusert kvalme og bruk av Removab ved malign ascites.

Hovedtema for møtet var Humant Papilloma Virus - vaksiner og testing.

Professor Ole-Erik Iversen, Institutt for klinisk medisin, Seksjon for obstetikk og gynekologi ved Haukeland Universitetssykehus presenterte en historisk gjennomgang av HPV's betydning i etableringen av forebyggende tiltak mot livmorhalskreft – primærforebygging med HPV-vaksinasjon og sekundærforebygging med HPV-testing i screening. Det var professor Harald zur Hausen som på 1980-tallet viste at HPV er en årsaksfaktor ved utvikling av livmorhalskreft. 2008 ble han tildelt Nobelprisen i medisin for sitt arbeid.

Ole-Erik Iversen er medisinsk rådgiver for begge firmaene som har utviklet de to HPV-vaksinene som i dag er på markedet. Han presenterte overbevisende data fra vaksinstudiene som ligger til grunn for godkjenning av vaksinen og spennende data fra studier på langtidsoppfølging av vaksinen, samt pågående studier på annengenerasjons vaksiner – rettet mot flere HPV-genotyper og andre målgrupper for vaksiner, bl.a. kvinner tidligere eksponert for HPV.

Ole-Erik Iversen er medlem av Styringsgruppen for Rådgivningsgruppen for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft og har engasjert seg i debatten om HPV-tester til bruk i screening. Under sitt foredrag la han ikke skjul på at det i Norge har vært en langvarig, opphetet og etter hvert polarisert debatt om ulike HPV-tester i screening. Striden står om man i Norge kun bør tillate klinisk validerte DNA-baserte HPV-

tester eller om den norskutviklede HPV-mRNA baserte Proofer-testen også har vist seg egnet som screeningstest. Iversen mente at før nye diagnostiske tester kan tas i bruk i screening, trengs randomiserte prospektive studier med dokumentert klinisk effekt. Slik dokumentasjon finnes ikke for mRNAProofer-testen. Videre hevdet han at forskningen som forkjemperne av mRNA-testen støtter seg på, er per definisjon en ukontrollert pasientserie og fyller ikke kravene til en screeningstest slik disse er klart oppsummert av WHO, EUs retningslinjer etc. Innføring av den mRNA-baserte Proofer-testen i det norske cervix screeningprogrammet vil derfor være en uforsvarlig endring av klinisk praksis og i strid med internasjonale retningslinjer.

Undertegnede, holdt et foredrag med oppgitt tittel: ” HPV-tester: På hvilket grunnlag skal gynekologen velge testtype?”. Det ble innledet med å si at tittelen var misvisende fordi vi som gynekologer ikke HPV-tester og derfor ikke er i posisjon til å bestemme hvilken HPV-test som skal brukes. Men, vi rekvirerer HPV-testing og bruker HPV-testresultatet i vår medisinske vurdering. Det er derfor vårt ansvar å påse at det brukes en test som sikrer at vår medisinskfaglige vurdering gjøres på riktig grunnlag og vi har et selvstendig ansvar for at testresultatet er til å stole på og at det testes på riktig indikasjon.

Undertegnede ga uttrykk for at debatten for lengst synes å ha sporet av og at vi som gynekologer bør kunne se at det, hva angår screening, er andre utfordringer å engasjere seg i enn valg av type HPV-test. Hjemmelsgrunnlag for videre drift av programmet, behov for reorganisering, endring av screeningalgoritmen, innføring av HPV-test i primærscreening, øke dekningsgraden, samordne screening og HPV-vaksineovervåkingen, planlegge hvordan vaksinerte kohorter bør screenes, for å nevne noen.

10.05.11 kom Helse- og omsorgsdepartementet med en høringsuttalelse som omhandlet HPV-test i sekundærscreening. NFGOs høringsvar ble presentert:

1) Høringsnotatet forholder seg kun til bruk av HPV-test i Masseundersøkelsen mot Livmorhalskreft

- Forskriftsteksten bør ikke begrense seg til cytologisk diagnose som indikasjon for bruk av HPV-test. Også histologisk diagnose (CIN1) bør kunne følges opp med HPV-test.

- Forskriften bør forholde seg til at indikasjonsområdet for bruk av HPV-test ikke er begrenset til screening mot livmorhalskreft. Bl.a. har HPV-test en plass i diagnostisering og oppfølging av andre HPV-relaterte precancerøse tilstander som vulva intraepitelial neoplasi (VIN), vaginal intraepitelial neoplasi (VaIN) og anal intraepitelial neoplasi (AIN).

- Basert på internasjonale studier og anbefalinger er det grunnlag for å vurdere om HPV-test bør erstatte cytologi som primærttest ved screening som forebyggende tiltak mot livmorhalskreft. En endring i forskrift bør ta høyde for at en slik utvidet bruk av HPV-test kan være nært forestående.

- Internasjonale studier gir holdepunkt for å vurdere om HPV-test bør erstatte cytologi som primærttest ved oppfølging etter behandling for premaligne lidelser i cervix. En endring i forskrift bør ikke være begrensende for at en slik utvidet bruk av HPV-test kan innføres.

- Endring i forskrift bør åpne for at refusjon ytes i tilfelle der patolog og gynekolog etter dialog samlet vurderer HPV-test som hensiktsmessig (f.eks oppfølging etter behandling med usikker endocervikal rand der en pga cervixstenose ikke får endocervikale celler).

2) Forskriftsendringen som omhandler bruk av HPV-tester bør ikke navngi enkelttester, men vektlegge hvilke krav testene bør

oppfylle, og hvilke krav til dokumentasjon som må foreligge.

3) NFGO synes ikke man skal begrense refusjon av HPV-testing til kun å gjelde ved bruk i screening for kvinner mellom 25 og 69 år. Det er dokumentert at testen er mindre egnet til bruk i yngre aldersgrupper, i eldre aldersgrupper er den imidlertid vurdert som godt egnet for påvisning av CIN2+. Vi foreslår derfor at man regulerer bruken av HPV-test der nytteverdien er lav (<25 år), men at det ikke settes noen øvre aldersgrense.

4) Takst 701k/871 kan kreves:

1. Ved cytologisk diagnose ASC-US eller LSIL
2. Etter histologisk diagnose CIN I
3. Som sekundær-test 6-12 md. etter normal cytologi og positiv HPV-test i

triage

4. I spesielle kasi der patolog og gynekolog i fellesskap anbefaler HPV-test
5. Kun hos kvinner over 25 år
6. I primærscreening i henhold til anbefalinger gitt av Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft
7. I oppfølging etter behandling for premaligne lidelser i cervix i henhold til retningslinjer gitt i Gynekologisk Onkologisk Veileder
8. I utredning av premaligne lidelser i vagina/vulva (VAIN/VIN)

HPV-tester som benyttes må være CE-merket og validert i kliniske studier eller ha vist testekivalens med annen HPV-test validert i slike studier. Testen må ha dokumentert lav inter - og

intralaboratorievariabilitet og må kunne påvise minst 12 hr HPV-typer.

Møtet ble avsluttet med en del spørsmål og kommentarer knyttet til foredragsholderne og NGFs holdning til den mRNA baserte Proofer-testen. Disse ble besvart med en oppfordring til fortsatt diskusjon internt i foreningen. Offentlig debatt slik den har vært ført til nå, vil bare undergrave troverdigheten og tilliten til cervixscreening som et effektivt helseforebyggende tiltak mot livmorhalskreft.

Referent: Overlege, dr.med. Rita Steen, Avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus-HF

NFGs årsmøte Ålesund 2011

Referat formøtet Internasjonal kvinnehelse

Internasjonal helse – globale gynekologer?
Kjært barn har mange navn!

30 lydhøre og entusiastiske kolleger samlet seg i morgentimene før årsmøtet offisielt ble dratt i gang 8. september.

Temaet var internasjonal kvinnehelse, og initiativet til samlinga var gjort av Torvid Kiserud, Einar Lande og Hilde Engjom. Engjom er leder av Legeforeningens utvalg

for internasjonal helse og innledet møtet med å gå gjennom hva utvalget har arbeidet med de siste to årene. Et synlig resultat er Legeforeningens policynotat om mødre helse som moderforeningen bruker aktivt.

Deretter snakket Jobe Smith både jordnært og entusiastisk om sitt år ved Kamuzu Central Hospital i Malawi før Kiserud og Lande åpnet opp for spørsmål og innspill fra de øvrige deltakerne.

Formøtet om globale helse bar preg av at deltakerne har et brennende engasjement for helsetjenester for de fattigste og mest sårbare i verden. Samtidig er det en frustrasjon over at Legeforeningen og også Norsk gynekologisk forening mangler et forum for nettopp dette engasjementet. Det blir lett til at jobbreiser skjer på eget initiativ eller i regi av andre interesseorganisasjoner som Røde Kors, Haydom Lutheran osv, og

det er ingen steder hvor vi lett kan finne andre som holder på med det samme.

Formøtet ble derfor enige om at Kiserud og Lande skal lage en database over interesserte kolleger, og Mette Løkeland som er vår nettredaktør mente at den oppdaterte "Min side" som kommer etter hvert kan bli et brukbart dataverktøy for "Globale gynekologer"!

I tillegg var det enighet om å spille inn internasjonal mødre helse som et fagpolitisk tema til årsmøtet i 2012. Møtedeltakerne kommenterte at mangelen på internasjonalt engasjement på årsmøtene er sørgelig, og slik kan det ikke være i fortsettelsen!

Policynotat om mødre helse: <http://legeforeningen.no/id/176799.0>

Margit Steinholt



Foto: Margit Steinholt

Gyn Bethlehem.



Bethlehem 14-16th March 2012

International Conference in Gynaecology and Obstetrics

Bethlehem, Occupied Palestinian Territory

The second international conference in gynaecology and obstetrics in the Occupied Palestinian Territory takes place in the historic city of Bethlehem. The conference is a cooperation between Makassed Charitable Hospital in Jerusalem, Norwegian Aid Committee (NORWAC) and Palestinian association for Obstetricians and Gynaecologists! The lecturers are from leading universities and hospitals in Palestine, Europe and USA, a variety of hot topics in gynaecology and obstetrics will be addressed!

Register at www.gynbethlehem2012.com



DRG-vekting av gynekologisk dagkirurgi - uheldige signaler fra myndighetene

I likhet med flere andre kirurgiske fag har liggetiden ved gynekologiske inngrep gått betydelig ned de siste årene, og mange av inngrepene kan nå gjøres som dagkirurgi. Endringen har vært oppnådd ved forskyving fra åpen kirurgi mot minimal invasiv kirurgi (laparoskopi, hysteroskopi), ved bedre anestesiser service og smertelindring, og ved holdningsendring. I mange år har vi lært om fast-track og fokusert på å få dette til å gli – og vi har langt på vei lyktes med å legge om driften. Vi mener at omleggingen er riktig og ønskelig, både fordi den kommer pasientene til gode, og fordi det innebærer en vesentlig effektivisering av driften – flere kan behandles i samme tidsrom.

Det har imidlertid skjedd noe vesentlig de siste par år: den innsatsstyrte finansiering ISF går ikke lenger i favør av dagkirurgi, men premierer en helt motsatt utvikling. DRG-vektingen er lagt om: for mange inngrep

innen vårt fag vil en oppnå betydelig større vekt og inntjening dersom pasienten blir liggende over natten. Se eksempler i tabellen.

Helseforetaket tjener altså to til tre ganger mer ved overnatting enn om pasienten reiser samme dag. Dette bekymrer oss av flere grunner:

1) ISF-regelverket virker mot videre omlegging til mer dagkirurgi - en omlegging som vi oppfatter som gunstig både medisinsk sett og for avdelingenes effektivitet.

2) Vektingen for dagkirurgi (O-takstene) er for lave - i noen tilfelle så lave at utgiftene til inngrepet overstiger inntjeningen. Et eksempel er TVT-operasjon: dette er nesten utelukkende dagkirurgi og gir DRG 309O altså vekt 0,219 eller 3238 kroner. Her benyttes et engangs implantat ("slynge") som i seg selv koster 3-4000 kroner. Inngrepet blir ikke lønnsomt.

3) For lav vekting kan føre til at foretak unnlater å gjøre inngrep som har en klar medisinsk nytteverdi (som TVT).

4) For lav vekting av dagkirurgi kan føre til uredelighet eller omgørelser av reglene: pasienten las reise hjem om ettermiddagen på "permisjon" og utskrives ikke før dagen etterpå, eller legges på pasienthotell for å få inngrepet klassifisert som innleggelse.

Norsk gynekologisk forening er opptatt av at ISF gir en tilstrekkelig god finansiering til å støtte en fornuftig medisinsk praksis, og ikke medvirker til en mindre heldig praksis eller omgørelse av reglene. Vi har derfor gjort henvendelse til Helsedirektoratet og ber om en redegjørelse for dagens regelverk og vekting, og henført til argumentene over og bedt om at vektingen revideres. NGF har også bedt sentralstyret i legeföreningen og takstutvalgene vurdere saken. Saken angår selvsagt alle kirurgiske disipliner som driver dagkirurgi – og NGF har kontakt med Dagkirurgisk forum som også engasjerer seg i saken.

Knut Hordnes,
Nestleder, Norsk gynekologisk forening

DRG 201 I

Overnatting DRG	kroner	Dagkirurgi DRG	kroner	
356	15305	356O	4850	Genitalt fremfall
358		358O		
359	15837	359O	5885	Inngrep på livmor
360	7689	360O	3061	Div inngrep vulva
361	11061	361O	4274	Diagnostisk laparoskopi
362	0		0	
364	5309	364O	4776	Konisering, utskraping
369	6004			
309	8266	309O	3238	Operasjon mot urinlekkasje (TVT)



Endokrinologi for gynekologer

I 2010 ble dette forum opprettet, fordi jeg hadde på følelsen at mange kolleger synes det med hormoner er vanskelig. Jeg får ukentlig henvendelser fra interne og eksterne kolleger med spørsmål om hvordan man skal tolke et hormonsvar, vurdere og evt. behandle en klinisk problemstilling. Det kan også være spørsmål om hormonell behandling av endometriose eller klimakterielle problemer. Jeg svarer gjerne på disse henvendelser, men tenkte at mange andre kunne ha glede av å være med i diskusjonen, passivt eller aktivt. Det er det god mulighet for på dette forum som er åpnet for alle som er medlemmer

av Legeforeningen. Jeg forsøker å legge inn et kasus hver måned, og er veldig glad når noen legger spørsmål eller kommentarer til.

Gå til Min side via lenken øverst på Legeforeningens nettsider, eller direkte via lenken www.legeforeningen.no/minside. Du logger deg inn ved å taste inn ditt medlemsnummer og passord. Gå deretter videre med klikk på fora og finn Endokrinologi for gynekologer. Her kan man lese gamle notater og legge inn spørsmål. Man kan abonnere, så det kommer melding på epost når det er nyhet i forum. Hvis man ønsker å være anonym med sin forespørsel,

kan jeg kontaktes direkte på mette.moen@ntnu.no, og jeg kan så legge spørsmål og svar uten navn.

Jeg håper at mange vil bruke forum, gjerne for diskusjon. Jeg har ikke alltid svar parat, og mye vil kunne diskuteres. Så jeg oppfordrer alle som har interesse for emnet om å bruke forum.

Vennlig hilsen

Mette Haase Moen

St Olavs Hospital, KK



AmniSure®

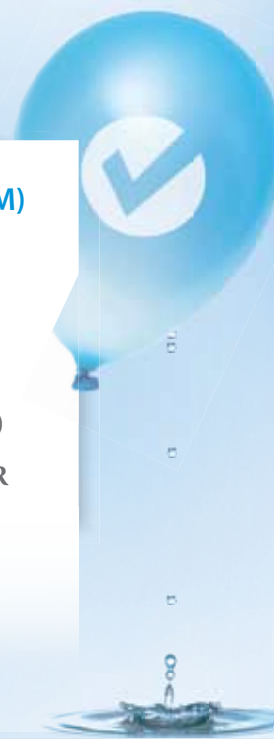
Hurtig, pålitelig, ikke-invasiv test for ruptur i fosterhinne (ROM)

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



VITAFLO
Part of the Navamedic Group

Tlf: +47 67 11 25 40 www.vitaflo.net





FIGO news

Dear Colleagues

It is our pleasure to introduce you to the new 'FIGO Classification of Causes of Abnormal Uterine Bleeding', published in full in the International Journal of Gynecology and Obstetrics (IJGO), April 2011, and accessible free of charge on the FIGO website: http://www.figo.org/publications/Classification_of_Causes_of_Abnormal_Uterine_Bleeding

This Classification has been developed over a five-year period by the FIGO Menstrual Disorders Working Group, with advice and input from over 40 experts in the field at two international workshops. The purpose of the system is to provide a structured context for clinical research, medical education, and the provision of clinical care for women with abnormal uterine bleeding (AUB). It has been designed to be flexible, suitable for regular review and revision and adaptable for use at the primary care, specialist and clinical investigator levels. The system eliminates the use of vague and undefined diagnostic terms

like 'dysfunctional uterine bleeding' and 'menorrhagia', thereby allowing improved diagnostic precision, a critical element of any strategy designed to enhance the standard of care for women with AUB. Widespread use of the Classification will allow much improved comparison of the findings in different research publications, in case studies and in routine clinical practice.

The co-authors of the Classification, FIGO and the IJGO are working with the editors of leading reproductive journals to encourage clinical investigators to utilise the principles of the Classification when designing, interpreting and publishing their research on topics related to AUB. FIGO also believes that the Classification should be used widely in undergraduate and postgraduate education to facilitate the development of practitioners who are able to provide quality care for women with AUB.

Ideally, this Classification should be used in association with the previous FIGO-

supported publications on uniform menstrual and AUB terminologies and definitions 1,2.

We commend this FIGO initiative to you and hope that your colleagues and your society can embrace its principles.

With my best wishes,

Ian S Fraser

Honorary Secretary, FIGO, Co-Chair, FIGO Menstrual Disorders Working Group;

Malcolm G Munro

Hilary OD Critchley, Co-Chairs

References:

1. Fraser IS, Critchley HOD, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Hum Reprod* 2007; 22: 635-643; Simultaneous publication in *Fertility and Sterility*;
2. Fraser IS, Critchley HOD, Munro MG, Broder M. A process designed to lead to international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of uterine bleeding. *Fertil Steril* 2007; 87:466-476; Simultaneous publication in *Human Reproduction*

Free Membership of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUGO)

I am writing to inform you of an exciting new opportunity that has become available to trainees in gynaecology and obstetrics. The International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology (ISUGO), a charity and membership association that

encourages the exchange of research information and promotes education in ultrasound and related imaging in obstetrics and gynaecology, is currently offering a free two year online membership as part of their trainee programme.

membership of the Society would be useful tool for trainees in your country who wish to specialise in obstetrics and gynaecology. I would encourage you therefore to obtain further information on how your members can join the scheme, by accessing the ISUGO website directly (<http://www.isuog.org/Membership/Trainees>) or else by visiting the FIGO website (<http://www.figo.org>) where this information will also be made available shortly, before disseminating an invitation to apply for membership as widely as possible amongst them.

With kind regards

Hamid Rushwan, Chief Executive

Benefits of online membership are identical to full member benefits with the exception that hard copies of the Society's official journal, *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* are not provided, although these can be accessed on line. In addition, at the end of the two year period trainee members would be offered an opportunity to renew their membership at 50% of the normal rate.

Both FIGO and the ISUGO believe that

isuog.org
Membership Offer for Trainees in Ultrasound and/or Obstetrics and Gynecology

I/we hereby confirm that:

1. the trainee codes provided are unique to each individual
2. the trainee status of the individuals corresponding to the unique codes has been verified
3. accurate end dates for training corresponding to each trainee code have been supplied otherwise the offer will automatically terminate after two calendar years.
4. I/we accept the ISUGO trainee membership offer terms and conditions (attached)

Institution _____
Number of trainees (at point of signing) _____
Name (printed) _____
Signature _____
Date _____

Interessegruppe for personer som lever med avføringslekkasje

Norsk forening for personer med urologiske sykdommer og inkontinens, har siden 2008 hatt en interessegruppe for personer som lever med avføringslekkasje.

A-inko ble til som et resultat av et lærings- og mestringskurs for personer som lever med avføringslekkasje, på St. Olav Hospital oktober 2007.

Vi kontaktet Nofus, siden de jobbet med inkontinensproblematikken (urinlekkasje og sengevæting) og fikk tilbud om å bli en interessegruppe hos dem.

Helsepersonell som arbeider med inkontinensproblematikk forholder seg ofte til begge inkontinensstyper, blant annet gjennom arbeid i International Continence Society (ICS). Dette var bakgrunnen for at NOFUS fant ut at personer med avføringslekkasje kunne inkluderes i foreningen.

A-inko ønsker å være tilgjengelig både for personer som står i "startfasen" (f.eks pga fødselsrupturer) og for de som har levd en stund med problemet.

Vi ønsker også å være et tilbud som utfyller det helsepersonell kan gi.

Vi som har levd med avføringslekkasje en stund, har god forutsetning for å forstå totalopplevelsen med alle de hverdagslige problemene som oppstår som følge av en helt ny hverdag.

Samtidig som vi ønsker å være et redskap for helsepersonell, slik at det gir dem mulighet til å formidle kontakt med en som selv har erfaring i å leve med avføringslekkasje.

Majoriteten av medlemmene i A-inko er kvinner som har fått avføringslekkasje etter fødselsruptur.

A-inko har likemenn (erfarne pasienter) som selv har vært igjennom de ulike vanskelighetene en opplever når problemet

oppstår. Vi kan bidra med råd og veiledning når det gjelder fremgangsmåte for å søke hjelp hos helsevesenet og når det gjelder løsning på praktiske problemer i hverdagen basert på egen erfaring.

Siden oppstarten i 2008 har vi: Laget brosjyrer om avføringslekkasje
I samarbeid med helsepersonell, ha vi laget informasjonsbrosjyre om avføringslekkasje.

Disse kan bestilles ved å sende e-post til ainko@nofus.no eller post@nofus.no

Laget informasjon om avføringslekkasje på www.nofus.no

Vi har, i samarbeid med helsepersonell fra flere ulike aktuelle fagfelt, laget aktuell informasjon om avføringslekkasje på nettsiden www.nofus.no.

Laget reklamefilm

Vi har laget reklamefilm for inkontinensgruppen i Nofus, med støtte fra Ekstrastiftelsen.

<http://www.nofus.no/index.php?page=vare-promoteringsfilmer>

Kurs

Flere av våre medlemmer er, eller har vært, involvert som brukerrepresentant på Lærings og mestringskurs ved lærings og mestringscenter rundt om, bla Akershus universitetssykehus, St. Olav Hospital, Sykehuset Østfold og Universitetet i Nord Norge.

Fortsatt yrkesaktiv til tross for kronisk sykdom

Dato: 2 og 3 november, påmelding omgående.

Vi arrangerer kurs for personer med nedsatt arbeidsevne, dette med Likemannsmidler fra Helsedirektoratet.

Kurset tar sikte på å få deltakerne til å stille spørsmål og bli bevisstgjort på sin egen arbeidsevne.

Samlivskurs for personer med avføringslekkasje og deres partnere.

Dato: 19 og 20. november. Påmelding omg.

Avføringslekkasje som oppstår som følge av fødselsrupturer vil også ofte ramme parforholdet. Vi ønsker med dette kurset å fokusere på de problemene som oppstår og de ulike måter å løse disse på.

Hva kan vi ellers bidra med?

Til Pasientene:

- Informasjon om rettigheter, utrednings- og behandlingsmuligheter (som et supplement til det helsepersonell tilbyr)
- Kontakt med likemenn
- Likemannskurs (for de som ønsker å være med på å hjelpe andre)
- Lærings og mestringskurs eller andre relevante kurs
- Do – kort

Medlemsforum - der kan man møte andre medlemmer

Medlemsblad 4 ganger i året (både pr. post eller som pdf)

Medlems - / informasjons-/tema møter lokalt i fylkeslag, diagnosegrupper eller i regi organisasjonen sentralt.

A-posten (A-inko sin interne informasjons "avis")

Hvordan vi kan kontaktes?

OPPLYSNINGSTELEFON: 55 24 00 25

eller A-inko: 90 36 41 69

Mandag og onsdag fra kl. 9.00-15.00

E-post: ainko@nofus.no eller: post@nofus.no



www.nofus.no

Kongresskalender

Se www.legeforeningen.no/ngf

	Dato	Kurs	Sted
2011	17.-20. nov	Controversies in obstetrics, gynecology & infertility	Paris, France
	24.-27. nov	The 4th Asia Pacific Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility	Bangkok, Thailand
	30.nov-3.des	14th World Congress on Human Reproduction	Melbourne, Australia
	5.-6. des	Workshop in 3-4D and Invasive Ultrasound: Pelvic floor, Uterus and Adnexa Program ultralydkurs	Akershus univ sjukehus, Noreg
	8.-11. des	The 15th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility	Hanain Island, Kina
	Desember	Cross-border Reproductive Care: An International Conference on the Global Quest for a Baby	Macau, Kina
2012	7.-10. mars	World congress on gynecological endocrinology ISGE	Firenze, Italy
	14.-16. mars	2nd International conference in Obstetrics and Gynecology in Palestine	Bethlehem, Palestine
	28.-31. mars	9th Congress on Menopause & Andropause	Athens, Greece
	19.-20. april	Vårmøte NGF	Oslo, Norway
	9.-12. mai	22nd Congress EBCOG	Tallin, Estland
	17.-20. mai	CPP, The 2nd International Meeting on Cardiac Problems in Pregnancy	Berlin, Tyskland
	5.-8. juni	10th International Scientific Meeting, RCOG Malaysia	Kuching, Sarawak Malaysia
	13.-16. juni	European Congress of Perinatal Medicine	Paris, Frankrike
	16.-19. juni	NFOG 2012	Bergen, Norway
	20.-23. juni	12th Congress of the ESC, Myths & misconceptions vs evidence on contraception	Athens, Greece
	19.-22. juli	Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility	Singapore
	4.-8. sept.	IUGA	Brisbane, Australia
	9.-12. sept	22nd world congress on ultrasound in OBGYN	København, Danmark
	7.-12. oktober	FIGO World Congress	Roma, Italy
	19.-20. oktober	10th conference of FIAPAC (International federation of professionals in abortion and contraception)	Edinburgh, Skottland
	25.-27. oktober	Årsmøte NGF	Tromsø, Norway
	8.-11. nov	Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility	Lisboa, Portugal
2013	22.-25.mai	1st Global conference on contraception, reproductive & sexual health	Copenhagen, Danmark
	19.-23.- sept	10th Congress, European Society of Gynecology	Brussel, Belgia

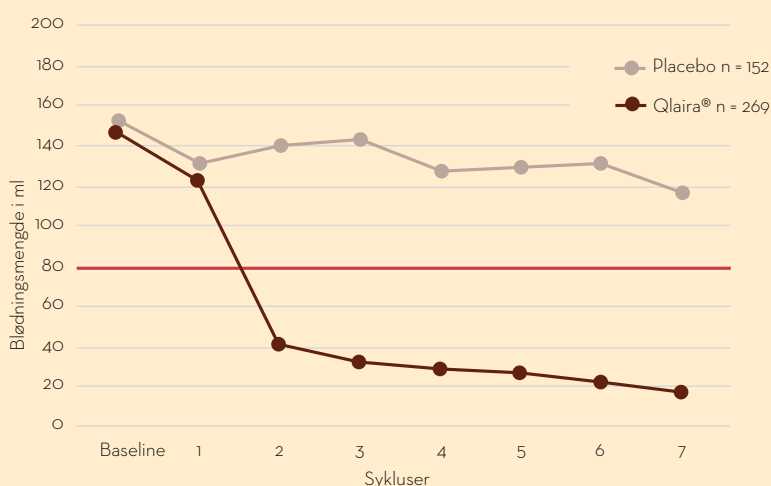
Qlaira®

østradiolvalerat + dienogest

Ny indikasjon:
Behandling av kraftig
menstruasjonsblødning
uten organpatologi hos
kvinner med behov for
oral antikonsepsjon

Indikasjon:
Oral antikonsepsjon

Etter 6 måneders behandling var medianverdien for blodtap hos kvinner med store menstruasjonsblødninger, redusert med 88% i Qlaira®-gruppen.¹



Figur utarbeidet av Bayer

Tryggere bruk av p-piller

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

Ref. Statens Legemiddelverk



1. Fraser I et al. Eur J Contracept Reprod Health Care, 16 (4), 258-269, 2011



Bayer HealthCare