

23-4  
2010

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## INNHOLD

■ Erfaringer med Norsk pasientskadeerstatning s. 14 ■ Obstetrikken i Norge, på kanten av stupet eller i fritt fall? s 16 ■ Vårsmøtet 2011 s 41 ■ Årsmøtet i Arendal s. 26 ■





## VAGINALKAPSLER UTEN SVIN

**Ecovag Balance inneholder naturlige melkesyrebakterier fra humane vaginalslimhinner. Ikke bare er det naturlig, men de fester også bedre til slimhinnen enn bakteriestammer fra dyr.**

Anbefal Ecovag Balance slik at kvinner enkelt og naturlig kan forebygge bakteriell ubalanse og gjenopprette den normale bakteriefloraen med kun 1 kapsel om dagen.

Bestilling av prøvepakker eller reseptblokker:

mail: [infono@vitaflo.net](mailto:infono@vitaflo.net)  
tlf: 56 14 43 10  
fax: 56 14 43 11

EcoVag selges i apotek og på vår nettbutikk: [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net)



**VITAFLO**

Vitaflo Scandinavia AB · Norge · [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net)

# 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

## Annonseansvarlig

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

## 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

Pooja Parashar  
Spesialistpraksis, Nesttun  
E-mail: parashar@online.no  
Tlf: 47 40 77 33

## Design/layout

Liv K. Norland  
Akuttjournalen Arena AS  
E-mail: artdirector@akuttjournalen.com  
Tlf: 51 74 14 80 / fax: 51 74 14 81

## Forsidefoto

Oskar Johan Skår

## GYNEKOLOGEN på internett

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

## Materiellfrister 2011

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

# Innhold

<b>Redaktøren</b>	4
<b>Leder</b>	5
<b>Artikkel</b>	
Anti Müller Hormon – markør for utredning av fertilitet	6
Hva får jeg i pensjon?	10
Behandling av endometriepolypper	11
<b>Debatt</b>	
Erfaringer med Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	14
Obstetrikken i Norge; på kanten av stupet eller i fritt fall?	16
<b>FUGO</b>	
Kjære FUGO-medlemmer!	19
Referat fra generalforsamling FUGO	20
<b>Foreningsnytt</b>	
FIGO – NEWS!	23
Endrede prosedyrekrav for spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer	24
<b>Årsmøte</b>	
Årsmøte i Arendal	26
Et trygt fødetilbud?	28
Referat Generalforsamling, NGF	32
NGFs hederspris 2010 tildeles Claes Tropé	34
Referat NUGG formøte	35
Referat fra NFGO	35
Referat PSL formøte	36
<b>Kurs/kongress</b>	
PSL feirer 30 års jubileum	37
Bør norske gynekologer delta på Nordisk kongress for gynekologi og obstetrik?	38
Vårmøtet 2011	41
Kongresskalender	42



23-4  
2010



Norsk gynekologisk forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING

## Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2010-2011

Leder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinneklubben St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	900 35 427
Nestleder	Knut Hordnes	Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus	knut.hordnes@uib.no	915 38 874
Vitenskapelig sekretær	Kevin Sunde Oppegaard	Gyn. avdeling, klinikk Hammerfest	kevin.s.oppegaard@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	Ringerike sykehus, Hønefoss	martemyhre@yahoo.no	990 02 294
Varamedlem	Synnøve Lian-Johnsen	Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus	synnove.johnsen@helse-bergen	909 57 029
Varamedlem (for PSL)	Jørn-Hugo Carlsen	Privatpraksis, Tønsberg	jorn.h@bluezone.no	950 20 854
Varamedlem (for FUGO)	Erik Andreas Torkildsen	Kvinneklubben, Stavanger Universitetssjukehus	toa@sus.no	926 01 220

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

# Medikamentell abort i regi av praktiserende spesialist



**M**edikamentelt induert abort har vært i bruk i Europa siden 1988. Behandlingen ble introdusert ti år senere ved KK Haukeland, som første norske sykehus. Behandlingsmetoden er et godt og veletablert medisinsk faglig tilbud til kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd, og er nå innført som standardprosedyre ved de fleste avdelinger i landet.

**M**edikamentell behandling er skånsom, effektiv, gir få komplikasjoner, har få og tolerable bivirkninger. De siste par år har man sett en markant omlegging fra kirurgisk til medikamentell abortbehandling, både for provoserte og inkomplette aborter. Dette er helt i tråd med god medisinsk praksis hvor man etterstreber non-invasiv behandling fremfor kirurgi der det ligger til rette for det.

**A**ntallet hjemmeaborter er sterkt økende, og studier har vist at det er stor grad av tilfredshet med medikamentelt induert svangerskapsavbrudd som hjemmebehandling. Kvinnene føler seg trygge og har øket følelse av kontroll. På forespørsel fra Helseministeren konkluderte Helsedirektoratet allerede i 2007 med at medikamentell abort som hjemmebehandling er et godt medisinsk faglig tilbud til kvinner som ønsker det.

**N**orsk gynekologisk forening arbeider for god kvinnehelse. Våre medlemmer er pådrivere for at kvinner til en hver tid skal kunne får det beste og mest skånsomme behandlingstilbud. Foreningen mener at hjemmeabort i regi av praktiserende spesialist er en naturlig medisinsk videreutvikling, slik det allerede i flere år har vært etablert praksis bl.a i Danmark og Sverige.

**D**en praktiserende spesialist har gode forutsetninger for å vurdere hvilke kvinner dette vil passe for, er profesjonell i forhold til rådgivning og informasjon, vil kunne stå for kontinuitet i oppfølgingen, samt gi større diskresjon og valgfrihet for kvinnen. Praktiserende spesialister med driftsavtale er en integrert del av spesialisthelsetjenesten og et kostnadseffektivt alternativ til sykehuspoliklinikkene.

**N**orsk gynekologisk forening mener at både loven og forskriften åpner for at praktiserende spesialister skal kunne tilby medikamentell behandling, og NGF utarbeidet i 2009 forslag til en prosjektmodell som har vært til vurdering i Helse og Omsorgsdepartementet. Foreningen ønsker at praktiserende spesialister i fødselshjelp

og kvinnesykdommer skal kunne tilby medikamentell behandling hjemme til kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd før utgangen av 9. svangerskapsuke, gitt at:

- Det foreligger samarbeidsavtale med lokalsykehus mht medikamentutlevering og håndtering av øyeblikkelig hjelp kveld og natt.
- Den enkelte praktiserende spesialist har søkt fylkesmannen/fylkeslegen og fått godkjenning.
- Kvinnen er over 18 år, er frisk og forstår norsk
- Godkjent prosedyre følges

**F**oreningen har lagt frem forslag til implementering og ønsker å evaluere ordningen etter en periode på 2 år. HOD fremmer saken i forslaget til statsbudsjett for 2011, og vi håper å komme i gang med prosjektet over nyttår.

**P**raktiserende spesialister har ønske om å være et supplement til det eksisterende og velfungerende lavterskeltilbudet som allerede foreligger. Kvinner som opplever å være uønsket gravid står i utgangspunktet overfor et vanskelig valg. Det må legges til rette for den beste behandling og støtte når valget er tatt.



## Ny Nettredaktør

Fra 01.01.11 overtar Mette Løkeland, overlege og stipendiat KK, Haukeland som ny nettredaktør. Stor takk til avtroppende nettredaktør gjennom 7 år, Pooja Parashar, for flott innsats og svært godt samarbeid.



# Årsmøtet – quo vadis?



**S**om part i saken skal jeg være forsiktig med å skryte, men siden ingen har forsøkt å overbevise meg om det motsatte har jeg landet på at årsmøtet i Arendal var vellykket. En kollega mente imidlertid at det var for mye obstetrik. Og en annen jeg møtte skulle bare på formøtet i sin menighet, og dro så hjem. Begge har gitt meg noe å tenke på.

**F**aget vårt – fødselshjelp og kvinnesykdommer – er omfattende, og dess mer medisinen utvikler seg, dess mer komplekst blir det. Seksjonering av avdelinger er sikkert svaret på utviklingen, jeg tror faktisk at seksjonering er en nødvendig forutsetning for faglig utvikling. Nøkkelspørsmålet er hva som blir igjen når spesialfelter med framgang etablerer seg som egne subspecialiteter, med foreninger og interessegrupper og egne møter/kongresser, og kanskje egne tidsskrift. For eksempel innen fødselshjelpen har ultralyd og deretter fostermedisin –fetomaternal medicine – blitt en subspecialitet som forener billeddannende ultralyd og fosterfysiologi. Generell gynekologi har sagt farvel både til urogyn, infertilitet, alt som har med kreft å gjøre. Spørsmålet er hva som blir igjen av mainstream fødselshjelp og kvinnesykdommer når ”interessante” områder forsvinner. Noe av denne problematikken ser man i de generelle tidsskriftene som for eksempel AOGS, hvor utviklingen og utfordringen over år har vært at de mer spesialiserte tidsskriftene som dukker opp, både stikker av med annonsørene og mange av de interessante

artiklene. Så da jeg hørte at det var for mye obstetrik lekte jeg litt med tanken på hvordan det hadde gått dersom vi hadde et eget formøte også i obstetrik, og kanskje også et i generell gynekologi. Hva hadde da blitt igjen av årsmøtet? Da hadde vi blitt som svenskene, som har sitt årsmøte over 5 dager: Først 2 dager med gynekologiske emner, så en felles dag med fagpolitikk og lignende og til sist 2 dager med obstetrik. Da slipper de med gynekologiske interesser å høre noe om obstetrik, og vice versa.

**F**ormøtene i forkant av vårt årsmøte er definitivt blitt en stor suksess. Alle som kan krype og gå kommer for å være med, og programmene til gyn onkologene, urogyn folket, PSL og FUGO er skikkelig bra. All ære til de som står bak. Kan dette være et problem?

**D**et ligger i hvert fall en fare i å gjøre som svenskene. Dersom årsmøtene blir preget av seksjoner hvor folk møtes for å dyrke sine spesialinteresser for deretter å reise hjem uten å ha truffet andre enn menigheten, har vi tapt mye, kanskje hele faget? En viss generell interesse må man forutsette av en som vil fortsette å kalle seg spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

**Å**rsmøtet bør være en kilde til påfyll og generell oppdatering. Utfordringen til styret som setter sammen årsmøteprogrammet, er klar. Vi kjenner vårt ansvar. Men dere som jobber i en subspecialitet må kjenne deres besøkestid: Dere bør passe på at ikke all kommunikasjon innen vedkommende subspecialitet skjer på formøtet. Vi må påse at bredden i faget blir reflektert både i symposiene, fagpolitisk debatt og de inviterte foredragene, samt også i de frie foredragene. Vi må vokte oss så årsmøteinnholdet ikke bare blir mainstream gyn obst.

**S**å jeg vil bruke denne plassen til å rette en oppfordring, tør jeg si til yppersteprestene i de spesialiserte menighetene? Dere må hjelpe oss og sørge for at nytt og viktig stoff blir tatt opp i plenum på årsmøtet, og ikke bare blir drøftet internt blant de spesielt interesserte. Da kan vi nemlig bli som svenskene!

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

### STAN-GRUPPEN

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

### LAPAROSKOPIUTVALGET

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

### NETTREDAKSJONEN

Pooja Parashar

### GYNEKOLOGEN

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

### KVALITETSUTVALGET

Kåre Augensen, Bjørn Hagen, Jan Martin Maltau, Pål Øian

### FUGO

Sissel Oversand (2009/2010), Erik Andreas Torkildsen (2010/2011), Christian Tappert (2009/2010), Marte F Myhre (2009/2010), Pawel Wilkosz (2010/2011) og Kristine Kleivdal (2010/2011)

### 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), Elisabeth Berge Nilsen.

#### NFGO

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

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

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

#### NFOG'S NEMNDER

Jakob Nakling (etterutdanning), Kevin Sunde Oppegaard (vitenskapelig komité)

- Albert Neff
- Frank Walter
- Igor Jokic
- Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer Molde Sykehus

# Anti Müller Hormon – markør for utredning av fertilitet

**Etter 30. leveår begynner ovarialreservene og fertiliteten å avta. Anti Müller Hormon er en veldig god parameter for å beregne og planlegge assistert befruktning. Den kan også brukes for andre formål.**

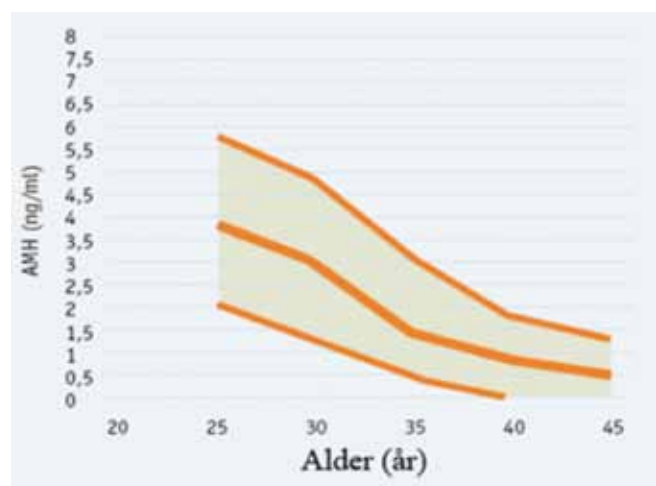
Anti Müller Hormon er kjent siden 1940-tallet. Den fikk navnet sitt etter den tyske fysiologen Johannes Peter Müller. I 1984 ble den kjemiske formelen oppdaget. Testesett som kan måle hormonet har eksistert kun noen få år. Anti Müller Hormon også kjent som MIS ( Müllerian Inhibiting Substance ) er glykoprotein dimer og består av 560 aminosyrer. Den tilhører transforming growth factor beta superfamilie som inneholder TGF-beta og ulike inhibin

og activin glykoprotein. Alle medlemmene i denne familien spiller en rolle i vekst og differensiering av vev.

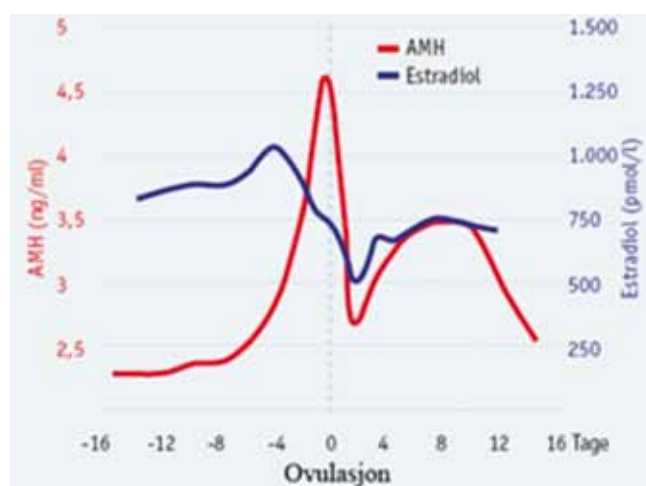
## Kjønnsutvikling

AMH produseres i embryonal fase av Sertoli cellene i testis. Den produseres av Granulosa cellene i ovariene. AMH er ansvarlig for utvikling av kjønnsdimorfisme. I denne fasen er sekresjonen av AMH av mannlige embryo ansvarlig for regresjon av

Müllerian ductus. På denne måten fører den til utvikling av mannlig reproduksjonstractus. Når dette hormonet mangler vil Müllerian ductus av begge kjønn utvikles til uterus og eggledere og prokimal del av vagina. Under fetal perioden vil bare testis produsere AMH. Blodnivåene hos gutter faller med det samme etter fødselen, og holder seg på kontinuerlig samme nivå gjennom barndommen. Kort tid før begynnelsen av puberteten faller verdiene ned til 2-5 ng/ml



Figur 1. Aldersrelaterte referanseområde for AMH ved kvinner i fertil fase



Figur 2. AMH i syklusforløp

som forblir den samme under den fertile perioden. Fallet i AMH korresponderer med status av Sertoli cellene: ved begynnelsen av puberteten og spermatogenesis er AMH bare produsert av umodne Sertoli celler og immunhistokjemisk bare detekterbar i tubuli med spermatogen arrest eller Sertoli cell only Syndrom.

### Regulering av folikkelforbruk

Voksnekvinner AMH er produsert i primære og sekundære follikler i høy konsentrasjon, mens produksjonen er lav i tertiære follikler. I preovulatoriske follikler er hormonet nærmest ikke målbart. Hormonet blokkerer follikkel rekruttering fra primordial follikkel pool og likeså utvalget av modne follikler. Derfor er hormonet en viktig fysiologisk regulator av folikkelforbruk. Nyfødte jentebarn har like etter fødsel nesten ingen AMH konsentrasjon. Hos prepubertale jenter er verdiene fortsatt meget lave. I samsvar med vekst og start av pubertet øker konsentrasjonen av AMH grunnnet økt størrelse og økt antall antrale follikler. Etter puberteten når AMH sin maksimale konsentrasjon og faller deretter sakte over mange år. Etter menopausen er hormonet ikke lengre målbart. Aldersrelaterede referanser er viktige for å gjøre individuelle vurderinger av AMH verdier.

### AMH i forløpet av syklus

Forskjeller i fluktuasjonen av AMH speilet gjennom menstruasjonssyklus er meget lave, men statistisk signifikant. Endringene som kan observeres intrasyklisk er mye lavere enn intersyklisk variabilitet. For daglig praksis betyr det at AMH kan måles hver dag i syklusen. Dette er en veldig viktig fordel ved rutinediagnostikk. FSH og Inhibin-B derimot kan bare tas mellom 3. og 5. syklusdag. Dessuten påvirkes AMH ikke ved inntak av per orale kontraceptiva, Nuvaring eller graviditet.

#### AMH nivåer

< 0.025 ng/ml	INFERTIL / postmenopausal
< 1.0 ng/ml	Redusert fertilitet
1.0 - 5.0 ng/ml	Fertil fase
> 5.0 ng/ml	PCOS

### Fertilitet og alder

Graviditetsraten er fallende med økende alder. Den økende tiden som kreves til utdanning og høy ansettelsesrate blant kvinner har i de vestlige industrinasjonene ført til økende alder ved førstegangsgraviditet. I Tyskland er denne alderen 29 år. For sammenlikning kan man se på tyrkiske kvinner som føder sitt første barn ved 22 års alder. Den naturlige fertiliteten synker etter 30 års alder. På grunn av dette møter mange kvinner uventede problemer senere i livet med bl.a. å bli gravid. Dette kommer bl.a. på grunn av reduksjon av de ovariale reservene.

### Ovarial reserve

Ovariene inneholder et visst antall primordiale follikler som er fallende i antall biekspensielt. Ovarial reserve representerer antallet follikler i ovariet som er i stand til å utvikle seg videre. Derfor er serum markør som kan måle antallet follikler og utviklingen fra primordial til sekundær og tertiær follikler, og som i tillegg ikke er kontrollert av gonadotropiner, den ideelle markøren for ovariale reserver. Det kan vises at ratio av ovariale reserver er individuell og kan svinge mellom ulike individer i sterk grad. Det er fornuftig å utvikle tester som kan måle resten av den individuelle reproduktive fasen. Med økende alder hos kvinner er det tydelig fall i fertiliteten. Åpenbart er fallet mest markant etter 35 år alder. Denne reduksjonen av fertilitet er forårsaket for det meste på grunn av tap av oocytter i ovariene. Flere studier kan vise med AMH cut off verdier med < 1 ng/ml vil rundt 80 % av kvinnene ha reduserte funksjonelle ovariale reserver. Tabell I viser videre potensiell bruk av AMH måling.

### Antral follikkel måling

Til tross for at direkte måling av antallet primordiale follikler ikke er mulig, kan det vises at måling av antrale follikler i eggstokken er proporsjonell med antallet primordiale follikler i eggstokken. De antrale folliklene med diameter på 2 – 8 mm, kan man observere ved hjelp av ultralyd. Derfor vil antallet antrale follikler i eggstokken representere bra det kvantitative aspektet

av ovarial alderen. Dessverre er det ikke lett å undersøke med ultralyd og undersøkelsen er avhengig av den undersøkte personen. Det kan vises at serum konsentrasjonen av AMH korrelerer sterkt med antallet antrale follikler. På denne måten representerer det størrelsen av den primordiale follikel pool.

### Indikasjoner for måling av AMH

Polycystisk ovarial syndrom: på grunn av den direkte korrelasjonen til antallet av modne follikler spiller AMH en viktig rolle ved diagnostisering av PCOS. Pasienter med PCOS har forhøyede AMH nivåer. Derfor kan AMH brukes som markør til klinisk diagnostikk av PCOS.

### Overvekt

I sen reproduktiv alder (> 35 år) har overvektige kvinner lavere AMH nivåer enn normale kvinner. Disse funn indikerer en kompleks korrelasjon mellom overvekt og reproduksjonshormonnivåer hos kvinner. Hos disse kvinnene kan man forvente redusert ovarial svar ved stimulering likeså som redusert follikkelvekst, samt redusert antall ovulatoriske sykkluser.

### Ovarial hyperstimulerings syndrom (OHSS)

Basale nivåer av AMH er signifikant forhøyet hos pasienter med OHSS. Derfor spekuleres det i at AMH måling er brukbar for å forutse responsen ved stimulering. Dermed kan det brukes til å individualisere stimuleringsbehandling.

### Tumordiagnostikk

I kombinasjon med inhibin-B kan måling av AMH brukes til å diagnostisere granulosa celled tumores. Disse svulstene har meget høye AMH nivåer. Måling av disse verdier er nyttig for å vise at tumoren er totalt ekstirperet etter kirurgisk behandling, samt for å oppdage metastaser av granulosa celled tumor. Kjemoterapi virker direkte på de små folliklene og like etter oppstart av kjemoterapi faller AMH speilet. FSH stiger. AMH er meget nyttig som markør for toksisiteten til kjemoterapien.

I tillegg kan AMH brukes for å bestemme om pasienten er premenopausal eller

postmenopausal. Denne type avgjørelser må ofte gjøres hos pasienter med brystkreft diagnose for å bestemme riktig videre behandling.

Under kjemoterapi synker AMH meget raskt. Hos barn som har gjennomgått kjemoterapi viser det seg at de har lavere nivåer av AMH enn hos kontroll populasjonen.

### Prematur ovarialsvikt

Når ovarialfunksjonen svikter før 40 års alderen er den karakterisert av amenorrhoe forbundet med eleverte gonadotropin nivåer. AMH måling passer godt til denne gruppen av pasienter for vurdering av utviklingen av de antrale folliklene. Ved å bestemme AMH nivåene kan man dele pasienter i to grupper; den ene gruppen som har rest follikler og har en forbigående ovarial svikt, mens den andre gruppen har ingen flere follikler og har en tydelig ovarial svikt.

### Stimuleringsstrategier for assistert befruktning:

AMH er ideal for å måle ovarialrespons ved stimuleringsbehandling, for eksempel for å forberede IVF eller ICSI. AMH skal måles før IVF. Det er påvist at AMH er bedre enn alle andre kjente parametre. Det er også påvist at lave AMH verdier, under 0.025 ng/ ml, betyr at man ikke kan forvente ovarialrespons og at behandlingen ikke bør gjennomføres. I kategorien mellom 0.025 og 1.0 ng/ ml, finner man såkalte dårlige respondere. Her er det nødvendig å stimulere med høyere doser. Mellom 1.0 og 4.0 ng/ ml skal man forvente normalt ovarialt svar. Verdier over 4.0 ng/ ml tyder på sterk respons eller mulig forventet OHSS. Bruken av antagonistisk protokoll kan tas i betraktning.

Individualisering og tilpasning av doser kan føre til unngåelse av OHSS eller overstimulering.

### Bruk i Norge:

St.Olavs Hospital avd. for biokjemi og Aker Sykehus Hormonlaboratoriet gjør disse analysene. Det eksisterer flere ulike måleenheter. St.Olavs Hospital skiftet i mai til ny metode.

Måleenheter:

ng/ ml, mikrogram/ liter og pmol/ liter.

Omregningsformel:

ng/ ml x 7.14 = pmol/ liter

### Litteratur

1. AMH ved behandling av ufrivillig barneløshet, Tidsskrift for den norske legeforening nr. 5, 2009, 129: 409-11

C

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, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorf aluminiumhydroksofosfatdijuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primæravvaksinasjon: Primæravvaksinasjon: 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 deltamuskul eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings utsettes ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** 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 virusarter i vaksinen som kvinnen 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. Ved beslutning om å vaksinere en kvinne i alderen 27-45 år, må risiko for tidligere HPV-eksponering veies opp mot potensiell nytte av vaksinasjon. 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 beskyttelseseffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primæravvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitets- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. 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 vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. *Overgang i morsmelk:* Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Øymer, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Muskel-skjelettsystemet: 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/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. *Øvrige:* Asteni, utmattelse, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Ved overdosering er 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-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å induisere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseseffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, VaIN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseseffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% 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 primæravvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(t) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (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 beskyttelseseffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseseffekt 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 uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav.

**Pakninger og priser:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte med to kanyler) 098722. Kr 1170,80



I DAG KAN VI GJØRE MER

  
**GARDASIL®**  
Vaksine mot humant papillomavirus  
Type 6,11,16,18  
Rekombinant, adsorbert

## SPRE KUNNSKAP OM HPV OG FOREBYGGING

«Det er særdeles viktig at informasjon om HPV og forebygging gis til jenter og foreldre også utover 7. klassetrinn - på lik linje med informasjon om andre seksuelt overførbare sykdommer»

Gynekolog Kari Anne Trosterud, Helsesøstre - nr 2-2009 - «Hva kan helsesøstre gjøre i kampen mot livmorhalskreft»

«Ungdom har krav på å vite om viruset for å kunne beskytte seg»

Professor, overlege KK A-Hus Anne Eskild, *Gynekologen* 21-4, 2008

Helsesøstre har en uvurderlig funksjon som profesjonelle formidlere og viktige helsearbeidere i forebyggende helsearbeid. Vær med og formidle et viktig budskap for kvinnehelsen.

Informasjonsbrosjyren – **Dette bør du vite om Humant Papillomavirus (HPV)** – (forfattet av gynekolog Kari Anne Trosterud) for jenter og foresatte, er et av flere viktige hjelpemiddel for å øke kunnskapsnivået på et område mange har lite kunnskap om.

**Bestill et eksemplar til alle jenter også utenfor vaksinasjonsprogrammet.**

Brosjyren kan bestilles hos:

**Sanofi Pasteur MSD**

Adresse: Hamangskogen 60, 1338 Sandvika

e-mail: [rjensen@spmsd.com](mailto:rjensen@spmsd.com)



- Tom Seeberg
- Praktiserende spesialist, Tønsberg
- tomseebe@online.no

# Hva får jeg i pensjon?

**Du vet sikkert at pensjon får du fra folketrygden og fra tjenstepensjonsordninger gjennom nåværende og eventuelt tidligere arbeidsgivere. I tillegg kan du ha individuelle pensjonsordninger. Hva du får i pensjon fra folketrygden avhenger av hvor mange år du har hatt arbeidsinntekt og hvor meget du har tjent i løpet av årene i arbeidslivet.**



Foto: Flickr.com © KaVass

Det kan kanskje virke greit, imidlertid tror jeg at når pensjonstiden etter hvert nærmer seg har mange allikevel vanskeligheter med å forstå hvordan pensjonen regnes ut og hvor stor den blir. Noen henvender seg til trygdekontoret for å få greie på sin pensjon, ofte uten særlig hell.

Jeg har vært yrkesaktiv siden begynnelsen av 1970-årene, de siste 24 årene som avtalespesialist. Jeg har tjent godt og det har gitt meg maksimalt med G'er de fleste av årene. Jeg hadde derfor forventet en atskillig bedre pensjon enn den som ble meg til del. Svært overrasket ble jeg ved å erfare at min gode venn og kollega som har vært sykehuslege det meste av sitt yrkesaktive liv mottar omlag 250000 kroner mer enn meg i årlig pensjon! Vår sykehuskollega får nemlig i tillegg til alderspensjonen utbetalt "offentlig tjenstepensjon". Offentlig tjenstepensjon tildeles "ansatte i staten, kommunene, helseforetak eller bedrifter med offentlig tilknytning". Avtalespesialisten lønnes som bekjent av Helseforetaket med et driftstilskudd, dette tilskuddet utgjør en dominerende del av legens inntekt. Samarbeidet mellom HF og lege formaliseres i en kontrakt som inneholder bestemmelser om arbeidstid mv.. Det hevdes imidlertid at denne skriftlige overenskomsten ikke kvalifiserer til tjenstepensjon fordi avtalespesialisten ikke er ansatt i HF'et. Sykehuslegene fikk per 1.5.2000 økt sine pensjoner gjennom fjerning av det såkalte

"knekkpunktet" slik at all inntekt opp til 12 ganger folketrygdens grunnbeløp ble tellende i de offentlige tjenstepensjonsordningene. Denne økningen maktet SOP aldri å matche. Pensjonsnivået mellom sykehusleger og avtalespesialister er som følge av dette svært ulikt og forskjellene har økt de senere år. La gå at den praktiserende spesialisten i sine yrkesaktive år kan tjene en del mer enn sin sykehuskollega, det betales da også tilsvarende mer i skatt. Når det kommer til pensjonsberegningen skjer altså en forskjellsbehandling som føles helt urimelig og dypt urettferdig. Den pensjonerte sykehuslegen kan som du nå har forstått motta henimot dobbelt så meget i pensjon som avtalespesialisten! Man må rette søkelyset mot hva i all verden dette er for slags ordning avtalespesialisten har med HF'et når den ikke gir pensjonsrettigheter! Dette er fakta du som avtalespesialist og kommende pensjonist må ta til deg.

# Behandling av endometriepolypper

Behandling av endometriepolypper har tidligere vært kommentert i *Gynekologen* både av andre og oss.<sup>1-4</sup>

Vår forskningsgruppe har publisert flere artikler som omhandler endometriepolypper og vi ble våren 2010 invitert til å skrive en systematisk litteraturgjennomgang vedrørende behandling av endometriepolypper i *Acta Obstet Gynecol Scand*. Denne litteraturgjennomgangen ble

publisert i august 2010 og presentert på NGF's årsmøte i Arendal.<sup>5</sup> Basert på litteraturgjennomgangen beskriver vi i denne artikkelen et forslag til kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling av endometriepolypper.

Mange privatpraktiserende kollegaer har etter årsmøtet uttrykt ønske om å få gjengitt disse retningslinjene. På oppfordring fra Runa Sigrid Aabø beskrives retningslinjene for behandling av endometriepolypper derfor i *Gynekologen*. For nærmere opplysninger om kunnskapsgrunnlaget bak retningslinjene, vennligst se artikkelen i *Acta Obstet Gynecol Scand*.<sup>5</sup>

## Kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling av kvinner med endometriepolypp:

	Ingen symptomer	Infertilitet	Symptomer
Premenopausale kvinner:	Lav risiko for malignitet Behandling ikke nødvendig	TCRP <sup>a</sup> bedrer sannsynligvis fertiliteten	TCRP reduserer spotting/mellombødninger. Tilleggsbehandling bør vurderes ved menoragi <sup>b</sup>
Postmenopausale kvinner	Individualisert behandling basert på risikofaktorer <sup>c</sup> for malignitet og kvinnens ønske		TCRP for å behandle symptomer og utelukke malignitet

<sup>a</sup>TCRP: Transcervical reseksjon av endometriepolypp

<sup>b</sup>Forslag til tilleggsbehandling: Mirena eller kombinert TCRP/TCRE (endometrireseksjon)

<sup>c</sup>Faktorer som øker risiko for malign endometriepolypp: symptomer (blødningsforstyrrelser), økende alder, menopause, polyppstørrelse (> 1.5 cm), tamoxifen, overvekt

### Referanser:

1. Augensen K. Screening av postmenopausale kvinner. *Gynekologen* 2005;2:12-13.
2. Iversen OE. Går teknikken fortære frem enn tanken. *Gynekologen* 2005;2: 13-15.
3. Moen MH. Hva har vi gjort, og hva gjør vi? *Gynekologen* 2005;2:15-17.
4. Lieng M, Qvigstad E, Istre O. Skal asymptotiske endometriepolypper behandles? *Gynekologen* 2006;4:25-7.
5. Lieng M, Istre O, Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2010; 89:992-1002.

## LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

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

**INDIKASJONER:** Antikonsepsjon.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sist endret: 19.08.2009

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



# LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

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

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

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



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

#### Trygg bruk av p-piller

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

- Rune Mork Braut
- Praktiserende spesialist, Sandnes
- rune.m.braut@lyse.net

# Erfaringer med Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Siden 1987 har Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) utviklet seg til å bli en stor organisasjon som svært mange helsearbeidere, spesielt leger, får kontakt med. Oppgaven til NPE er kort sagt å behandle erstaningskrav til pasienter som er blitt påført skade innen helsevesenet. I 2009 ble det fra NPE utbetalt kr. 758.000.000 i erstatninger. Antall saker som ble behandlet var 3939 og antall årsverk i NPE nærmer seg 100. Ordningen med pasient- og brukerombud har også blitt utbygget parallelt med NPE og hadde i 2009 ca. 12000 henvendelser. Dersom man summerer utgiftene til erstaningsutbetalinger, administrasjonen til NPE, bruker- og pasientombud og alle legeårsverkene som går med rundt i sykehus og legekontorer for å besvare erstatningssaker og skrive spesialistuttalelser, kan det ikke være tvil om at vi kommer opp i milliardbeløp. Jeg synes at det er påfallende liten diskusjon innen legeföreningen når det gjelder hva vi får igjen for disse store beløpene.

Mitt utgangspunkt er, naturlig nok, en erstatningssak der jeg har vært en av flere påklagede leger. Jeg tror at det kan være av interesse å ta opp denne saken i et felles forum. Dels ønsker jeg at andre gynekologer skal vurdere og gjøre seg opp en mening om denne spesielle kasuistikken og den avgjørelsen som er tatt på bakgrunn av en kollegas spesialisterklæring. Men først og fremst kan det være et utgangspunkt for å vurdere NPE's rolle og hvordan slike saker påvirker den enkelte lege.

25.09.06 hadde en kvinne på 26 år time hos sin fastlege pga. postkoitale blødninger og underlivssmerter. Han undersøkte henne

uten å finne noen patologi. Det ble tatt cervix-cytologisk prøve. Hun ble henvist til meg for ytterligere vurdering.

13.11.06, altså 6 uker senere, ble kvinnen undersøkt av meg. Smertene hadde da blitt mindre plagsomme. Det var en noe lettblødende portio, men ingen sikker patologi ved kolposkopi. Ingen sår eller tumor. Normale funn ved transvaginal ultralyd. Jeg kontaktet patologisk anatomisk laboratorium som kunne bekrefte at cervix-cytologien tatt hos fastlegen var beskrevet som normal/benign. Siden jeg regnet alvorlig patologi som nærmest utelukket, koagulerete jeg de lettblødende punktene på portio med varme.

20.12.06 ble hun undersøkt ved nærmeste Kvinneklippikk pga. fortsatte postkoitale blødninger. Man fant ingen alvorlig patologi, men mente at det kanskje forelå en lokal betennelsestilstand på portio.

19.01.07 og 02.02.07 ble hun på nytt undersøkt på Kvinneklippikken. Hun var da gravid og hadde blødninger. Man fant at svangerskapet utviklet seg normalt og man fant ingen patologi som kunne forklare blødningene. Hun ble derfor henvist til meg for videre oppfølging.

I perioden 12.02.07 - 13.03.07 var hun til ukentlige kontroller hos meg. Noen uker hadde hun lite blødning, men noen dager ganske frisk blødning. Jeg fant ingen patologi.

14.03.07 fikk pasienten en kraftig vaginalblødning og ble innlagt på Kvinneklippikken. Portio var noe stor og plump og man trodde kanskje at det var et myom i cervix som ga blødningene. Det ble

tatt biopsier fra cervix og det histologiske svaret var cervix-cancer. Graviditeten måtte avbrytes og uterus måtte fjernes.

Senere ble cervix-cytologien fra 30.09.06 regravsket. Man fant at svaret som ble gitt på prøven var feil. Riktig svar på cervix-cytologien skulle vært høygradig plateepitellesjon, HSIL.

Tre år senere, 25.02.10, forelå spesialistuttalelse i saken. Vår kollega uttaler da bl.a. følgende:

“Celleprøven som ble tatt 25.09.2006 ble feilaktig oppfattet som normal/godartet, men den ved regravskning viste seg å være patologisk. Gynekolog Rune Braut og gynekologisk avdeling hadde pasienten til gjentatte undersøkelser for symptomer som var forenlig med livsmorhalskreft. De synes å ha stolt på at celleprøven fra september var korrekt analysert selv om det er velkjent at det forekommer feildagnostikk ved slike prøver. Således har pasienten ikke fått korrekt diagnostikk fra laboratoriet, og hun har heller ikke fått korrekt undersøkelse, diagnostikk og oppfølging for de symptomer og plager hun har hatt”.

Videre kommenterer vår kollega følgende: “Korrekt diagnostikk av celleprøven i september ville ha vært mest utslagsgivende for pasienten med tanke på prognose og livskvalitet. Ny celleprøve eller vevsprøve med korrekt diagnose ved konsultasjonen 13.11. ville ha framskyndet behandlingen med ca. 4 måneder og ville også, om enn i noe mindre grad, ha påvirket utfallet”.

Konklusjonen fra Norsk Pasientskadeerstatning er, naturlig nok, i samsvar med spesialistuttalelsen: “Det

foreligger derfor en pasientskade som følge av svikt ved ytelse av helsehjelp, og pasienten har rett til erstatning”.

**M**ed andre ord uttaler kollega at ved postkoitale blødninger hos en 26 år gammel kvinne som har normale funn ved gynekologisk undersøkelse og en cervix-cytologisk prøve som er tatt 6 uker tidligere, skal man enten ta ny cervix-cytologi eller histologiske prøver. ( Jeg presiserer at denne kvinnen var hos meg bare én gang i forbindelse med disse symptomene - ikke flere ganger slik uttalelsen kan tyder på - og at det er denne ene konsultasjonen som er grunnlaget for å uttalelsen om at pasienten er blitt påført skade). Vår kollega har ikke angitt hvor han har disse retningslinjene fra eller hvilket vitenskapelig grunnlag han bygger sine uttalelser på.

**V**åre veiledere for faget gynekologi og fødselssykdommer inneholder ingen retningslinjer for hvordan man skal utrede postkoitale blødninger. I en engelsk artikkel fra 2009 (Eur J Obstet Reprod Biol. 2009, May; 144(1)72-5) konstaterer og etterlyser man standardisering for utredning av postkoitale blødninger i UK.

**E**n oversiktsartikkel fra 2006 (Br J Gen Pract 2006 Jun; 56(527); 453-60) omhandler postkoitale blødninger. Der angis punkt-prevalensen for postkoitale blødninger til mellom 0,7 og 9%. Det er altså et vanlig symptom hos kvinner. Man har også gjort en beregning av risikoen for at en kvinne skal ha cervix-cancer dersom hun får postkoitale blødninger. Den er beregnet til 1:44000 dersom kvinnen er 20-24 år og 1:2400 dersom kvinnen er 45-54 år gammel. Tall fra Kreftregisteret viser at det i Norge i perioden 2004-2008 var gjennomsnittlig 13,8 kvinner med cervix-cancer. Det er altså en svært sjelden sykdom hos en 26-åring.

**S**pesialisten som har uttalt seg i denne saken mener at det var feilaktig ikke å ta ny cervix-cytologi eller histologisk prøve ved første konsultasjon hos spesialist ved postkoitale blødninger. I den tidligere refererte britiske artikkelen fra 2009 uttaler bare 48,8% av spesialistene at de ville ha tatt ny cervix-cytologi dersom det var innenfor grensene for det nasjonale screening-intervallet, det vil i Norge si 3 år. I en nylig publisert artikkel i Acta (Acta Obstetrica et Gynecologica 2010;

89: 367-372) som omhandler utredning av blødningsforstyrrelser, skriver forfatterene at: “A cervical smear was obtained if no smear had been done within the previous 12 months”. Det er altså vanskelig å finne noen konsensus når det gjelder når man skal repetere en negativ cervix-cytologi. Det er velkjent at sensitiviteten til en cervix-cytologi ikke er så god som man skulle ønske (kanskje 70%). Men det betyr da også at det fortsatt er en usikkerhet selv om man tar enda en cervix-cytologi.

**J**eg har enda ikke funnet litteratur som anbefaler at alle kvinner, uansett alder og uansett funn ved undersøkelse, bør ta histologiske prøver ved første konsultasjon pga. postkoitale blødninger. Den aktuelle kvinnen var i en alder der cervix-cancer er sjelden og det var ingen sår eller tumor på cervix. Det kan derfor ikke være noen spesiell grunn til å ta histologiske prøver hos denne kvinnen framfor andre med postkoitale blødninger. Nå er det vel også slik at heller ikke histologiske prøver er helt sikre. Jeg ville tro at det er en betydelig risiko for å få et falskt negativt histologisk resultat hos en kvinne der man ikke kan se noe patologisk på portio ved kolposkopi.

**A**lle undersøkelser vi gjør i medisinen er beheftet med usikkerhet. Vi skulle gjerne hatt undersøkelser med 100% sensitivitet og 100% spesifisitet. Men i klinikken er vi nødt til å leve med en viss usikkerhet. Sjeldne eller uvanlige sykdomsforløp vil dukke opp og glippe unna vår diagnostikk. Uansett hvor finmasket vi forsøker å gjøre diagnostikken, vil det være noe som glipper. Men dersom vi har en diagnostikk som f.eks. fanger opp 99% av alle syke, er det da legens feil når den ene av de hundre ikke får riktig diagnose? Det er alltid enkelt i ettertid å peke på undersøkelser som kanskje kunne fanget opp sykdommen tidligere. Må vi akseptere at vi stadig skal gjøre flere mer eller mindre indiserte undersøkelser i vår umulige kamp for å oppnå 100 % sikre svar på våre undersøkelser? Bør ikke publikum få beskjed om at vi har ikke undersøkelser som er helt sikre? Våre undersøkelser vil aldri nå en sensitivitet og en spesifisitet på 100%. Skal det alltid være en lege som må stilles til ansvar for et tragisk sykdomstilfelle som ikke fanges opp? Er ikke det en del av systemet at med våre mer eller mindre sikre undersøkelser og vurderinger vil det være noen som vi ikke fanger opp?

**J**eg registrerer at NPE stadig får flere klagesaker. I år ser antallet saker ut til å øke med ca. 30% i forhold til i 2009. Andelen saker der klageren får medhold er nokså kontant på 30%. Betyr det at legene gjør en stadig dårligere jobb? Eller betyr det at terskelen stadig senkes for hva vi skal kalle en legefeil? Jeg registrerer også at spesielt ortopedene har et høyt antall klagesaker. Betyr det at ortopeder er dårligere enn andre leger? Jeg tror at det er mer sannsynlig at vi publikum har en urealistisk oppfatning av behandlingsresultatene og komplikasjonsrisikoen ved ortopediske inngrep. Er det rimelig å akseptere at ortopeder skal få et vesentlig større antall avgjørelser mot seg enn andre leger i NPE?

**J**eg har opplevd at en klagesak, som den jeg har gjort rede for, stjeler nattesøvn, arbeidsglede og motivasjon. Jeg er klar over at saken ikke får noen formelle følger for mitt arbeide som lege. Men likevel føles det svært ugreit, spesielt overfor pasienten, å bli stemplet som en lege som gjør mangelfullt arbeide. Det er ikke greit å være en i rekken av det journalister beskriver som “legetabber”. Jeg finner også at konklusjonen er svært frustrerende siden jeg er svært sikker på at mange kolleger både på sykehus og i spesialistpraksis ville håndtert denne pasienten på samme måte. Jeg mener at jeg hadde utelukket cervix-cancer med svært stor sikkerhet hos en 26 år gammel kvinne uten synlig tumor eller ulcus, men normal kolposkopi og normal cytologi. Ville alle kolleger ha tatt ny cytologi eller histologi ved første gangs spesialist-vurdering?

**J**eg synes etter hvert at Legeforeningen bør diskutere om det er greit at antall klagere som får medhold hos NPE stadig øker. Det må jo bety at listen for hva man kaller en legefeil stadig blir lavere. Er samfunnet tjent med at denne dyre ordningen eser ut slik at den koster milliarder og stjeler mange legeårsverk? Bidrar det til å øke kvaliteten i helsevesenet?

**J**eg har først og fremst skrevet dette fordi jeg tror at det kan være til ettertanke for både gynekologer og andre kolleger. Jeg ønsker gjerne at kolleger kommer med innspill og kommentarer både til utviklingen når det gjelder pasientklager og også når det gjelder håndteringen av postkoitale blødninger.

- Stig Hill
- Lege i Spesialisering, Sykehuset Telemark
- stighill@gmail.com

# Obstetrikken i Norge; på kanten av stupet eller i fritt fall?

■ trå med tidligere innlegg ved undertegnede i Gynekologen vil jeg med denne kronikken kaste en ny brannfakkellinn i debatten om utviklingen i faget og kvaliteten på spesialistutdannelsen innen obstetrikken i Norge. Det åpne spørsmålet fra Styret i Norsk Gynekologisk Forening (NGF) i Gynekologen 23-2 2010: "Bør vi gjenta et gjennombruddsprosjekt om keisersnitt?"<sup>(1)</sup>, og den finske artikkelen i ACTA Obstetrica et Gynecologica (Volume 89, 2010, Number 7, side 896-902) "Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors"<sup>(2)</sup> har blåst nytt liv i engasjementet og kampviljen for å kjempe en kamp for faget og håndverket obstetrikken. En kamp som etter alle solemerker vil allikevel vil komme til å tape, og som noen vil si allerede er tapt.

**K**eisersnitt frekvensen i Norge har vært stigende fra 60-tallet og frem til i dag (3), og med all sannsynlighet vil den fortsette å stige. I 1967 var keisersnittfrekvensen i Norge 1,8%. (3) I 2008 var keisersnittfrekvensen på landsbasis 17,1% (MFR), men med stor geografisk variasjon (11,6% i Hordaland, 18,6% i Oslo og 21,2% i Østfold). Av alle disse keisersnittene var 39,5 % elektive, med fylkesvariasjon mellom 49,3% elektive keisersnitt i Vest-Agder og 30,3% elektive

keisersnitt i Hordaland. Så godt som alle norske gynekologer synes utviklingen er uheldig, men ingen virker å ha makt eller evne til å gjøre noe med den.

**S**tudien fra Finland<sup>(2)</sup> viser at keisersnitt ikke er et ufarlig og komplikasjonsfritt inngrep slik mange lekfolk tror, og dessverre også mange gynekologer mener og praktiserer. I den finske studien fant man en total komplikasjonsforekomst på 27% og alvorlige komplikasjoner i 10%. Forekomsten av komplikasjoner var høyest i hyperakutte keisersnitt (crash-emergency) og akutte keisersnitt sammenlignet med elektive, men forekomsten av komplikasjoner var fremdeles etter forfatterens mening høy også i gruppen av elektive keisersnitt.

**D**et store spørsmålet blir derfor: Hvorfor gjør vi stadig flere og flere keisersnitt i Norge?

**D**et har blitt lansert en rekke mulige forklaringer på dette opp gjennom årene. Innføring av CTG overvåking, eldre førstegangs fødende, endrede krav fra fødepopulasjonen, frykt for å bli saksøkt, bedre svangerskapsovervåking, bedret utkomme ved prematuritet, kortere vakter for leger i spesialisering og dermed mindre erfaring, osv... De fleste av disse mulige



forklaringene er ikke forklaringer, men heller bortforklaringer. Faktum er at vi har økt bruken av keisersnitt dramatisk i løpet av de siste 40 årene uten et tilsvarende bedret utkomme for mor eller barn (3) som kan tilskrives forløsningsformen keisersnitt alene. Min påstand er at den viktigste grunnen til at keisersnitt frekvensen har vært stadig økende de siste fire tiårene og sannsynligvis bare vil fortsette å øke er at vi som stand er blitt håndverksmessig dårligere, mindre erfarne og mer engstelige fødselshjelpere. Samtidig som keisersnitt blir oppfattet som en ufarlig og komplikasjonsfri kirurgisk prosedyre både blant lekfolk og av et stort antall gynekologer. Økningen i bruken av keisersnitt gjenspeiler dermed i mine øyne obstetrikens faglige forfall, et forfall som muligens er for sent å snu.

**I** min karriere har jeg hørt mange vandrehistorier om kjente norske obstetrikere og gynekologer. Og når jeg ser på fagets kurs i dag og sammenligner med hvordan jeg forestiller meg obstetrisk håndverk ble praktisert for eksempel ved Haukeland i Løvsets tid får det meg til å konkludere med at jeg er i ferd med å bli spesialist i et fag på hell og som har sin storhetstid 30 år tilbake i tid.

**M**in kollega Per Svindland (Sykehuset Telemark HF) forteller en vandrehistorie om en kjent kollega den gang han var reservelege ved Kvinneklinikken i Bergen og hadde en kvinne i fødsel med misfarget fostervann og en fosterlyd på rundt 50. Han kontaktet så den andre reservelegen, men ingen ville ta beslutningen om å gjøre sectio og gikk dermed til Overlegen som skal ha sagt noe sånt som: "Sectio? Vi har jo alt gjort 2 sectio denne måneden! Greit, men det der liker jeg ikke!" Ifølge Svindland var det vanskeligere å få tillatelse til sectio mot slutten av måneden sammenlignet med tidlig i måneden. Eller når han forteller om sin egen tid på Rikshospitalet hvor han først forsøkte å tangforløse en kvinne med langsom fremgang i utdrivningen og en occiput posterior innstilling. Når han ikke lyktes med dette "mot moderat motstand" forsøkte han å rotere med Kiellands tang, men lyktes heller ikke med rotasjonstangen. Tilkalte så bakvakt som også forsøkte

uten hell. Hvorpå de besluttet sectio uten å konferere med professoren. Ved en tilfeldighet ringte professoren og spurte etter vakthavende og når han fikk vite at de var på operasjonsstuen for å gjøre sectio hev han seg i bilen og kjørte til Rikshospitalet i en forrykende fart. Når han kom inn på operasjonsstuen var han så forbannet at han var hvit rundt ørene og sprutrød i ansiktet fordi de hadde besluttet sectio uten å konferere med ham. Videre forteller Per Børdahl i Tidsskrift for den Norske Lægeforening fra 2001 (4) en vandrehistorie om at Jørgen Løvset ble invitert som hedersgjest til Norsk Gynekologisk forenings årsmøte i 1976 hvor et av temaene var om setefødsler. Men på samme årsmøte la Arne Christensen frem et materiale fra Ullevål hvor de hadde gjort elektivt keisersnitt på alle førstegangsfødende med seteleie, og hvor han argumenterte for at alle seteleier burde forløses med sectio. Løvset skal i følge historien ha takket nei til å komme med begrunnelsen at det å høre om at seteleier skulle forløses med sectio ville volde ham for mye smerte. "Setefødsler er jo det letteste av alt bare man kjenner prinsippene". I følge Per Svindland hadde Løvset pådratt seg en FCF som selvsagt også kan ha medvirket til at han takket nei til invitasjonen. Videre forteller Svindland en historie om en eldre kollega som skal ha kjeftet en underordnet lege huden full i alles påhør og kalt ham inkompetent fordi han hadde gjort sectio på tvilling to. Det å ikke kunne forløse tvilling to vaginalt var toppen av inkompetanse.

**D**isse vandrehistoriene er dessverre lysår unna dagens situasjon i faget og dagens ledes fokus på fagets utvikling, eller retttere sagt manglende fokus på fagets utvikling.

**E**r så alt håp ute? Sannsynligvis! Hvis vi ikke tar oss selv hardt i nakkekragen og gjør noen radikale grep. Disse grepene må føre til at vi før tiden renner fra oss klarer å utdanne mange unge, flinke, erfarne, kompetente, trygge og praktisk gode obstetrikere. Fokus i faget må bli å videreføre praktisk kunnskap, ferdigheter og tradisjon, ikke å publisere mest mulig uinteressant epidemiologisk forskning og produsere flest mulig praktisk inkompetente doktorander.

**D**e viktige spørsmålene ved ansettelse av overleger både på Universitetssykehus og lokalsykehus bør bli: Er du obstetrisk sterk? Kan du legge tang? Kan du forløse seteleie? Kan du forløse tvillinger? Kan du løse en skulderdystoci? Kan du beskrive kardinalbevegelsene ved bakhode, forhode og occiput posterior persistens fødsler og hvordan dette påvirker draretningen på tangen under forløsningen? Hvor mange grader kan du rotere fosterets hode med en Simpsons tang? Hvilken tangbransje anlegger du først ved en dyp tverrstand og hvorfor? Kan du gjøre en postpartum hysterectomi for å berge kvinnens liv? Har du god forståelse for fosterovervåkning intrapartum? Har du en fornuftig induksjon og forløsningspraksis? IKKE slik dagens trend er for å få stilling på Universitetssykehusene hvor den viktigste kvalifikasjonen man kan ha og mange steder den eneste obligate: Har du doktorgrad? Skal obstetrikken i Norge ha en fremtid må praktisk obstetriske ferdigheter igjen få høyeste rang.

"Obstetikk er et åndens og håndens fag" (Kåre Augensen). Skal vi få en fornuftig keisersnittfrekvens og med det en fremtid for faget obstetikk må fokus bli å utdanne gode og trygge obstetrikere, ikke å utdanne en skokk med halvskolerte forskere med doktorgrad.

**I** 1967 kom 1 av 50 barn til verden med keisersnitt i 2009 nærmer vi oss 1 av 5. Kan skriften på veggen bli tydeligere enn det?

#### REFERANSER

1. Gynekologen 23-2 2010 s. 25, "Nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt?", T.Kolås
2. ACTA Obstetrica et Gynecologica, Volume 89, 2010, Nr. 7, p. 896-902, "Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors", N.Pallasmaa et al.
3. Norsk Epidemiologi 2007; 17(2):185-190, "Keisersnitt gjennom 40 år Overvåking ved hjelp av Medisinsk fødselsregister", P.Bergsjø
4. Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 13, 2001; 121: 1606-7, "Løvsets manøver ved skulderforløsning i seteleie- <<bedst og sikrest>>", P.Børdahl

# Folk syns nok at jeg er en dårlig matmor.

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



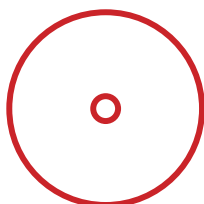
**C Vesicare Urologisk spasmolytikum.** ATC-nr.: G04B D08 **TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Solifenacinuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering: Voksne inkl. eldre:** 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. **Barn og unge:** Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. **Nedsatt nyrefunksjon:** Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance  $\leq 30$  ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Tablettene kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkl. toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. Overfølsomhet for virkestoffet eller et eller flere av hjelpestoffene. Hemodialysebehandling. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt leverfunksjon som behandles med en potent CYP 3A4-hemmer, f.eks. ketokonazol. **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastroøsofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av øsofagitt, autonom neuropati. 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 herediter 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 før 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, neflavinir, itrakonazol). **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Klasespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørthet er sett hos 11% behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22% behandlet med 10 mg 1 gang daglig. **Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Syn: Tåkesyn. **Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ):** Gastrointestinale: Gastroøsofageale refluksykdommer, tørr hals. Hud: Tørr hud. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon, cystitt. Luftveier: Nasal tørrhet. Nevrologiske: Somnolens, dysgeusi. Syn: Tørre øyne. Urogenitale: Vannlatingbesvær. Øvrige: Tretthet, perifer ødemer. **Sjeldne ( $\geq 1/10000$  til  $< 1/1000$ ):** Gastrointestinale: Obstruksjon i colon, fekal impaksjon. Urogenitale: Urinretensjon. **Svært sjeldne ( $< 1/10000$ ):** Gastrointestinale: Oppkast. Hud: Erythema multiforme, kløe, utslett, urticaria. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Hallusinasjoner, forvirringstilstand. Etter markedsføring: QT-forlengelse, «torsades de pointes». **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Overdosering kan potensielt føre til alvorlige antikolinerge effekter. Høyeste dose som ved et uhell ble gitt til en pasient, var 280 mg i løpet av 5 timer. Det førte til mentale endringer som ikke krevde sykehusinnleggelse. **Behandling:** Ved overdosering bør aktivt kull gis. Ventrikkelskylling kan være nyttig dersom den gjennomføres innen 1 time, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardiskemi, arytmi, kongestiv hjertesvikt). Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D08 side d. **Pakninger og priser** (pr. 01.10.2010): **5 mg:** 30 stk. 385,60 kr., 90 stk. 1086,70 kr., 100 stk. 1203,50 kr. **10 mg:** 30 stk. 472,70 kr., 90 stk. 1348,10 kr., 100 stk. 1494 kr. **T:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urgeinkontinens). **Refusjonskode: ICPC:** U04 Urininkontinens **ICD:** N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 20.11.2009. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 16.09.2010. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker. Tlf: +47 66 76 46 00. Faks: +47 66 90 35 20. kontakt@no.astellas.com. www.astellas.no.

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

 **Vesicare**  
Solifenacin

Legemiddel mot overaktiv blære

# Kjære FUGO-medlemmer!



**FUGO**

Først av alt ønsker jeg å takke Tambo, Kahn og Romunstad for glimrende forelesninger i forbindelse med vårt nylig gjennomførte kurs i Infertilitet, samt lokalkomiteen i Arendal for uvurderlig hjelp med de praktiske detaljene omkring kurset. Christian Tappert var kursansvarlig, og hadde som sedvanlig full oversikt og kontroll.

Oppmøtet var også i år svært godt, foreleserne gjorde en fabelaktig jobb med å holde på vår interesse til siste slutt, og tilbakemeldingene var svært bra. Noe overraskende var hovedvekten av kursdeltagerne privatpraktiserende gynekologer og ferdige spesialister, så det eneste skåret i gleden var at det var så få LIS som hadde funnet veien til Arendal. Årsakene til dette er sikkert flere, men om det er noe vi kan gjøre for at flere LIS skal komme på kursene våre, ønsker vi tilbakemeldinger om dette.

Oppmøtet på vår generalforsamling i forkant av årsmøtet var imidlertid bedre enn det har vært de siste årene. Vi var så heldige å ha besøk av Nuno Martins, leder for ENTOG, som holdt et innlegg om utdanning i europeisk perspektiv. Man ønsker på sikt å gjøre det mulig å utføre deler av spesialiseringen i et annet europeisk land, og ENTOGs visjon er at de skal kunne bygge opp en database med interesserte sykehus rundt om i Europa, slik at de kan fungere som en link mellom arbeidsgiver og arbeidssøker. Flere sykehus har allerede meldt sin interesse.

En viktig del av ENTOGs arbeid består i å organisere den årlige utvekslingen. Neste vår går denne til Storbritannia, med avsluttende seminar i London. Dato er fastsatt til 2.- 7. mai, og tema for seminaret er "Simulation and interdisciplinary aspects of training in Obstetrics and Gynaecology". De siste to årene har vi, mye på grunn av labor interesse, kun kunnet sende én norsk representant til utvekslingen. Da vi har to tildelte plasser, håper vi på mange søkere slik at det i mai 2011 vil være 2 norske representanter blant deltakerne. Man kan allerede nå melde sin interesse til kristine.kleivdal@gmail.com. Full utlysning vil komme i neste nummer av Gynekologen



FUGO styret 2011 vil være relativt lite endret fra i år. Den eneste som går ut av styret fra 31.12.2010, er undertegnede. Nyinnvalgt til styret er Sjur Lehmann fra Haukeland. Marte Myhre (Ringerrike) og Christian Tappert (St.Olavs Hospital) stilte begge til gjenvalg, og ble begge valgt for ytterligere 2 år i styret. Erik Andreas Torkilsen (Stavanger), Pawel Wilkosz (OUS-Rikshospitalet) og Kristine Kleivdal (Ahus) fortsetter alle i styret ut kommende år.

Tema for neste års kurs er ennå ikke fastsatt, og vi er svært takknemlige for forslag fra våre medlemmer. Hovedtanken er å dekke tema som ikke belyses så godt via de obligatoriske kursene/eksisterende kurs.

Med dette takker jeg for meg og ønsker dere alle en fantastisk høst og vinter!  
Sissel H. Oversand

## FUGO-styret 2010

Sissel H. Oversand	Leder	ENTOG-representant	Sisseloversand@hotmail.com	908 51 474
Erik Andreas Torkildsen	Nest-leder	PWG-representant, vara-NGF styret	eatorkildsen@yahoo.no	926 01 220
Christian Tappert	Kasserer	Kursansvarlig	ctappert@broadpark.no/ christian.tappert2@stolav.no	418 45 149
Marte Myhre:	NGF-representant		martemyhre@yahoo.no	990 02 294
Pawel Wilkosz	Nettansvarlig	NFYOG-representant	pawelwilkosz@hotmail.com	993 55 408
Kristine Kleivdal	Sekretær	NFYOG-representant	kristine.kleivdal@gmail.com	988 16 000

## Nyttige websider

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

# Referat fra generalforsamling FUGO



Sissel Oversand ble valgt til ordstyrer, Kristine Kleivdal til referent.

Møteinnkalling ble godkjent. Man gikk gjennom styrets sammensetning:

Leder: Sissel Oversand  
Nestleder: Erik A. Torkildsen  
Kasserer: Christian Tappert  
Sekretær: Kristine Kleivdal  
Nettansvarlig: Pawel Wilosz  
NGF-representant: Marte Myhre

Årsrapport 2009 for FUGO ble godkjent, slik den ble presentert i Gynekologen 23-3 2010. Kasserer gjennomgikk økonomi for FUGO, inkludert regnskap for 2009 og budsjett for 2010. Dette ble godkjent.

NGF-representanten rapporterte fra NGFs arbeid i 2009 og første halvdel av 2010. I Gynekologen 23-3 2010 finner man årsmeldingen for detaljer.

Man rapporterte så fra internasjonalt arbeid i form av EBCOG, ENTOG og NFYOG.

Det innebar informasjon om den årlige ENTOG-utvekslingen, denne har vi fortsatt få søkere til hvert år, og i år var det kun en som reiste på utveksling til Belgia, selv om vi egentlig har 2 plasser. Neste års utveksling vil foregå i England våren 2011 hvor det avsluttes med et seminar i London. Vi oppfordrer LISer til å sende søknad til FUGOs sekretær, dersom de ønsker å delta i denne utvekslingen. Søknadsfrist er satt til 15.01. 2011.

Man 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. Årets formøte ble avholdt før NFOG-kongressen i København i juni, og Mats Brännström fra Sverige var invitert til å forelese om transplantasjonskirurgi innefor vårt fag.

Sissel Oversand har sittet i FUGO-styret i 4 år; stiller derfor ikke til gjenvalg fra januar 2011.

Valgkomiteen presenterte tre kandidater til valg inn i FUGO-styret for de kommende 2 år, 2011-2012. En ny kandidat var Sjur Lehmann, Christian Tappert og Marte Myhre stilte til gjenvalg. Alle tre kandidatene ble valgt inn i styret for 2011-2012.

FUGO arrangerte kurs i infertilitet dagen før generalforsamlingen med 40 påmeldte deltakere + 4 fra kurskomiteen. Tilbakemeldingene fra kurset var i hovedsak positive, noen hadde imidlertid ønsket at det hadde vært en litt mer praktisk tilnærming til temaet. Det ble nevnt at det var mange ferdige spesialister på kurset, man ser ikke på dette som noe negativt, men man oppfordrer flere LISer til å melde seg på kursene. Emnet for neste års kurs er ikke bestemt, et forslag var menopause og HRT.

Det ble presentert et forskningsprosjekt i Sør-Afrika hvor man ønsker interesserte søkere. Kontaktperson for prosjektet er Eyrun Kjetland som kan kontaktes på mail; e.f.kjetland@medisin.uio.no.

Det ble også orientert om at man trenger en ny nettansvarlig for NGF sine sider, dette kan gjerne være en LIS, men man har ingen kandidater foreløpig.

Generalforsamlingen avsluttes, FUGOs årsmøte fortsatte med orientering fra Spesialistkomiteen ved Jakob Nakling og årsmøteforedrag ved president Nuno Martins, ENTOG.



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

## Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



### Dalacin Pfizer

Antinfektivt middel 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 innholdstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

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

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

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

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

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

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

E2010-1026



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

**Dalacin**<sup>®</sup>  
Klindamycin



WWW.NFOG2012.NO

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



38TH NORDIC  
CONGRESS  
OF OBSTETRICS  
AND GYNECOLOGY



Norsk gynecologisk  
forening  
DEN NORSKE LEGEFØRENING



# FIGO – NEWS!

The Nordic countries have traditionally had a representative at the FIGO Executive Board. The representative has been chosen according to the national rotation in NFOG, and has been promoted by the NFOG-countries during the FIGO congress. Officially national societies are members of FIGO and responsible for the expenses of the board member. The members of the NFOG board have felt that there is a need to improve communication between FIGO and NFOG and to strengthen collaboration between these two organizations. Therefore, the NFOG board has decided to cover the expenses of the FIGO Executive Board member from a Nordic country and he/she shall attend the NFOG board meetings at least once a year to report of FIGO activities and to keep NFOG members up dated by news letters. This is the news letter from my first FIGO Executive Board meeting.

FIGO Executive Board Meeting took place in June in Dar Es Salam, Tanzania. The board is chaired by professor Gamal Serour from Egypt and has over 40 representatives in different positions: 24 representatives from national societies, the Chief Executive and 6 officers, 10 committee and working group chairs, and the editor of International Journal of Gynecology and Obstetrics. In addition, an observer from Europe (EBCOG), Asian & Oceanian Federation (AFOG) and the Federation of Latin American Societies (FLASOG) participated the meeting. EBCOG was represented by the president Peter Hornnes from Denmark. The FIGO Executive board has three female members: Past-President Dorothy Shaw, Canada, Christine Tippett, Australia, and Seija Grénman, Finland.

This was my first Executive Board meeting, but the 253 page long briefing baggage including reports from the officers and the committees as well as the material delivered at the meeting helped in learning about the numerous activities of FIGO. The discussions with many longstanding board members indicated that **FIGO has undergone some fundamental changes during the recent years**. The Federation has:

1. become more international and focused more on the problems in developing, low income countries.
2. recruited more non-governmental funding, the Gates foundation being the greatest supporter.
3. created a close network with other organizations working to improve female sexual and reproductive health
4. aims to create closer collaboration with national societies and regional federations.

In addition, the board members expressed on several occasions that the main focus of FIGO activities should be education and training at grass- route level as there is already a wealth of guidelines and protocol available.

President Gamal Serour and the Chief Executive Rushwan have attended a number of meetings of national societies or organizations like WHO and UNFPA (United Nations Population Fund), and work to establish joint efforts to improve women's reproductive and sexual health.

FIGO has the office in London and during the recent years the number of people on the FIGO staff has increased from 3 to 13. In 2008 prof. Hamid Rushwan from Sudan started as Chief Executive and has worked actively to promote both funding and follow up of projects. His contract was renewed for another 3 years in 2010.

President Gamal Serour had decided to arrange **the Executive Board meeting in Tanzania for at least three reasons:**

1. To show the board members what are the **problems and resources** in African countries, Tanzania has the population of nearly 40 million, and only 140 gynecologists. Half of the deliveries take place at home, and from every 20. mothers one die due the complications, mainly post partum haemorrhage (PPH).
2. To show **a positive example of FIGO activities**. We had a chance to visit the fistula hospital supported by FIGO and AMREF (African Medical and Research Foundation). AMREF has a number of projects going on in Africa, and the support of the fistula hospital in future is under consideration. Around 250-300 operations are performed yearly, mainly by a Greek surgeon, and 1-2 Tanzanian doctors are in training yearly. Professor, The Lord Patel from Dundee is the chairman of FIGO Committee on Fistula.
3. **To support AGOTA** (Association of Gynecology and Obstetrics in Tanzania) and to help them to get resources from the government. It was obvious that the meeting was successful in this respect. On 23. June the FIGO Executive Board and AGOTA arranged a joint workshop "Challenges in women's health; evidence based practices". It was attended by Mama Salma Kikwete, the First Lady of Tanzania, and officers from the Ministry of health. Almost half of the Tanzanian gynecologists and a number of midwives attended the meeting, and had a chance to discuss the treatment and prevention of post partum haemorrhage, family planning, unsafe abortions and other important topics.

The FIGO committee for Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) is one of the most important committees within the Federation. It



is chaired by Professor André Lalonde from Canada, and it is overseeing the Saving Mothers and Newborns initiatives (twinning projects) in 10 countries, but has also many other ongoing activities. The twinning projects were initially planned for four years, and are closing in 2010-2011 due to the lack of further support. It is a shame because these projects have been running well. Sweden has been twinning with Pakistan, and Denmark with Nigeria. It is obvious that FIGO needs more support from non-governmental organizations to run its activities.

The majority of the work is done in the working groups and committees. Most of the committees have eight members, and some consultants or corresponding members. The activity and the frequency of meetings of the committees seem to some extent to vary, the SMNH being one of the most active with a teleconference every six weeks and one physical meeting/ year.

The cultural and religious differences of the member countries are most obvious in the **committee for the Ethical Aspects**. The committee makes proposals and writes statements on numerous issues. The completed statements can be found at the FIGO home page, [www.figo.org](http://www.figo.org), and may be helpful in some problematic cases. Many interesting topics are at final stage of discussion including cross-border reproductive care, care of pregnant women who are in persistent vegetative state or brain dead, gynaecologic care of disabled women, late term detection of severe fetal impairment, teenage pregnancy associated with early marriage etc. The statement and recommendation on hymenoplasty was listed as completed in the report, but was withdrawn at the meeting since it still needs more discussion among the committee members.

Attending the FIGO Executive board meeting was very interesting and educational. I look forward to learning more about FIGO and will keep the NFOG members updated on its activities, and also on possibilities to participate projects run by FIGO.

Best regards,  
Seija Grénman  
FIGO Executive Board Member  
Finland /NFOG



## Endrede prosedyrekrav for spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer

I tråd med Legeforeningens innstilling har Helsedirektoratet vedtatt endringer i prosedyrelisten/attestasjonsskjemaet som kreves vedlagt søknad om spesialistgodkjenning i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Vedtaket innebærer følgende endringer:

Kravet om undersøkelser ved seksuelle overgrep fjernes med umiddelbar virkning.

Kravet om totalt 40 operative inngrep på adnexae opprettholdes, men det blir valgfritt om dette dekkes av laparotomi eller laparoskopi. Endringen er gitt umiddelbar ikrafttreden.

Kravet til antall utførte keisersnitt økes fra 30 til 50. Denne endringen gjøres gjeldende for søknader om spesialistgodkjenning som fremmes etter 31.12.2011.

Ikrafttreden av kravet om økt antall keisersnitt er utsatt med ett år (fra 1.1.2011 til 1.1.2012) på bakgrunn av at det opprinnelige vedtaksbrevet fra Helsedirektoratet først ble mottatt i Legeforeningen og kunngjort overfor fagmiljøet i september 2010.

Endrede prosedyrelister vil bli publisert på Legeforeningens nettsider.

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



# Kentera<sup>®</sup>

oxybutynin

## Kentera<sup>®</sup> gir en lav frekvens av munntørrhet og forstoppelse.<sup>3</sup>



#### Referanser:

1. Davila GW, et al. *Urol Clin N Am* 2006;33:455-63.
2. Dmochowski RR, et al. *Urology* 2003;62:237-42.
3. Dmochowski RR, et al. *World J Urol* 2005;23:263-70.

#### C Kentera «Nicobrand» Urinevisspasmolytikum. ATC-nr.: G04B D04

**T DEPOTPLASTER** 3,9 mg/24 timer: Hvert depotplaster inneholder 3,9 mg oxybutynin 36 mg hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingshyppighet og -trang som kan forekomme hos pasienter med ustabil blære. **Dosering:** Plasteret skal festes på tørr, intakt hud på abdomen, hofte eller sete umiddelbart etter at det er tatt ut av doseposen. Et nytt plaster skal festes på et nytt applikasjonssted, slik at en unngår at det festes på samme sted i løpet av 7 dager. Anbefalt dose er ett 3,9 mg depotplaster 2 ganger ukentlig (hver 3.-4. dag). Anbefales ikke til barn eller ungdom. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for noen av innholdstoffene. Urinretensjon, alvorlig gastrointestinal lidelse, myasthenia gravis eller trangvinkelglaukom og hos pasienter som er i risikogruppen for disse lidelsene. **Forsiktighetsregler:** Brukes med forsiktighet ved nyreeller leversvikt. Pasienter med leversvikt skal overvåkes nøye. Andre årsaker til hyppig vannlatning (hjertesvikt eller nyresykdom) skal undersøkes før behandling. Forsiktighet utvises ved betydelig hemmet blæretømming og ved behandling av eldre. Antikolinerge midler kan føre til døsigheit, søvnløshet eller uklart syn. Alkohol kan forsterke døsigheit. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre antikolinerge legemidler eller midler som konkurrerer om CYP 3A4-metabolismen, kan øke hyppigheten eller alvorlighetsgraden av munntørrhet, forstoppelse og døsighegamlol. Antikolinerge effekter på gastrointestinal motilitet kan endre absorpsjonen av visse legemidler som gis samtidig. Interaksjon med legemidler som hemmer CYP 3A4, som azolantimykotika (f.eks. ke-tonazolol) eller makrolidantibiotika (f.eks. erytromycin), kan ikke

utelukkes. Oxybutynin kan antagonisere effekten av motilitetsstimulerende legemidler. **Graviditet/Amning:** Overgang i placentadirestudier har vist små reproduksjonstoksiske effekter. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: En liten mengde utskilles. Bruk under amming frarådes. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørrhet, forstoppelse, diaré, kvalme, magesmerter. Hud: Kløe, rødhet, reaksjon og utslett på applikasjonsstedet. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinveisinfeksjon Øvrige: Svimmelhet, hodepine, søvnløshet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, abdominalt ubehag. Hud: Elveblest, sopp. Luftveier: Øvre luftveisinfeksjon, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter. Sirkulatoriske: Hetetokter, palpasjoner. Urogenitale: Urinretensjon, dysuria. Øvrige: Påført skade. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Antikolinerge effekter, som stimulering av sentralnervesystemet, rødme, feber, dehydrering, hjertearytmi, oppkast og urinretensjon. Behandling: Symptomatisk. Plasmakonsentrasjonen reduseres 1-2 timer etter fjerning av plasteret. **Egenskaper:** Klassifisering: Urinevisspasmolytikum. Virkningsmekanisme: Kompetitiv, selektiv muskarinreseptorantagonist. Relaksere glatt muskulatur i blæren, øker den maksimale blærekapasiteten og volumet før første detrusorkontraksjon. Dermed reduseres trang og hyppigheten av inkontinensepisoder og frivillig vannlatning. Oxybutynin er racemisk. Antimuskarinaktiviteten er hovedsakelig i R-isomeren som viser større selektivitet for muskarinsubtype M1 og M3 (predominant i detrusormuskelen og glandula parotis). Absorpsjon: Kontinuerlig transport opprettholdes

i løpet av hele doseintervallet. Maks. plasmakonsentrasjon, 3-4 ng/ml, nås innen 24-48 timer. «Steady state» nås under andre påføring av depotplasteret og opprettholdes i opptil 96 timer. Fordeling: Distribusjonsvolum: 193 liter. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 3A4. En metabolitter farmakologisk aktiv. Utskillelse: <0,1% utskilles uomodannet i urinen. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen. Må ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. **Andre opplysninger:** Se pakningsvedlegget for informasjon om bruk og håndtering. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 385,20. 24 stk. kr 1085,50. Refusjon: **Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

#### Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr	
U04	Urininkontinens	-	N 39.4	Annen spesifisert - urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert

Oktober 2010

NFGs årsmøte Arendal 2.-4. september 2010

# Årsmøte i Arendal

Foto: Viktor Hoverud og Marinko Mikic.

## Sørlandsidyll

Endelig skulle mange kolleger få oppleve Sørlandet. Forventningsfulle, i strålende sommervær steg vi om bord i det spektakulære skoleskipet Sørlandet. Vi fikk oppleve Arendals vakre skjærgård i solgangsbris mens vi nøt forfriskninger og godt samvær. Vel tilbake i havn ble vi møtt av salutt ved Arendal Borgelig Militaire, og flere fikk vist sin treffsikkerhet som skytter. Lekkert skalldyrsbord med ditto tilhørende drikke og dans med Andreas band gjorde sitt til at stemningen var upåklagelig og vi klarte å holde varmen etter som kvelden falt på.



Neste dag var det gallamiddag, der lokal komité bistod med sin stødige toastmaster som loset oss gjennom nok et fortreffelig festmåltid, der flere av oss fikk litt flash-back til 70-tallets TV serie Pompel og Pilt idet vi ble presentert for gynekolog-balletten Rosa. Årets hederspris ble til stor applaus tildelt onkologiens Claes Trope før glade deltakere kastet seg ut i dansen til fantastisk storbandmusikk med et flertall solister og egen dirigent. Vi takker komiteen for et flott gjennomført årsmøte, og gleder oss til å se Vestlandet (Ålesund) til neste år!

## Lokal komité



Kristin Skogøy

## Prisvinnere NGF Årsmøte 2010

**MSDs Forskningsstipend**  
Branka Yli, Rikshospitalet

**Norsk gynekologisk forenings hederspris.**  
Claes Tropé, Det Norske Radiumhospital, Oslo universitetssykehus

**Beste foredrag i gynekologi**  
Ingebjørg Kinne, Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus  
FREMRE KOLPORRHAFI VERSUS TRANSVAGINALT NETT. EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE. I ÅRS RESULTATER

**Beste foredrag i obstetrik**  
Astrid Rygh, Kvinneklubben, Stavanger universitetssykehus  
OVERLAPP- ELLER ENDE-TIL-ENDE-REPARASJON VED SFINKTERSKADE? EN RANDOMISERT UNDERSØKELSE.

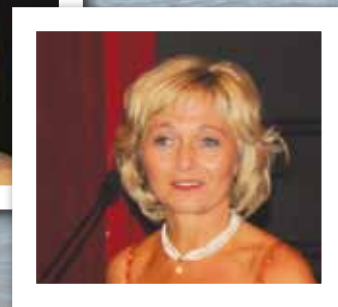
**Etterutdanningsprisen ("Oslo-prisen")**  
Anne Veddeng, Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus



Ingebjørg Kinne.



Astrid Rygh.



Anne Veddeng.



Norsk gynekologisk forenings hederspris.  
Claes Tropé, Det Norske Radiumhospital, Oslo universitetssykehus.



# Bankett



# God stemning ombord



- Margit Steinholt
- Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
- margit.steinholt@sasyk.nl.no

Fagpolitisk debatt:

# Et trygt fødetilbud?

Årets fagpolitiske debatt var todelt, og første del fokuserte på konsekvenser av de nye forslagene til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner: ”Et trygt fødetilbud.” Innledere var Pål Øian, professor, dr. med fra Kvinneklinikken, UNN og Marit Heiberg, leder i Den norske jordmorforening.

Øian problematiserte rundt det faktum at svangerskapsomsorgen er et kommunalt ansvar mens fødselshjelp tilhører spesialisthelsetjenesten. I rapporten påpekes det nettopp at forpliktende samarbeid mellom forvaltningsnivåene må etableres. Som eksempel på et konkret problem ble det vist til at jordmødre på fødestuer ofte er ansatte av kommunen fødestua ligger i, mens fødselen som sådan tilhører spesialisthelsetjenesten.

Videre mente Øian at ordningen med de såkalte forsterkede fødestuene som har mulighet for nødkeisersnitt i dag, ikke bør videreføres. De som allerede eksisterer bør omorganiseres til reint jordmorstyrte fødestuer i henhold til kvalitets- og seleksjonskriterier.

Det som videre ble framholdt som positivt er at det slås fast at følgetjeneste for fødende er sykehusenes ansvar. Seleksjonskriteriene for de forskjellige nivåene av fødeinstitusjoner er også klarere enn tidligere.

## Arbeidspress

Øian fokuserte på et uakseptabelt arbeidspress for legene, spesielt på de største avdelingene. Mange ”rømmer ” fra faget av denne grunn. For å møte kvalitetskravene rapporten legger opp til, vil det mange steder være nødvendig med oppbemanning både på lege- og jordmorsiden. Et av de nye kravene er at en kvinne i aktiv fødsel skal alltid ha jordmor tilstede. Dette synes det nok mot mange ganger på store avdelinger der travelheten er stor.

Krav til tilstedeværelse er skjerpet også for legespesialistene som gynekolog, anestesilog og pediater. Det samme gjelder dokumentasjon og kompetanseoppbygging og vedlikehold av denne.

Kvalitetskravene er såpass sterke at Øian mente at dette vil måtte få konsekvenser for strukturen for fødeinstitusjoner i Norge. RHF'ene får ansvar for å følge opp kravene for de forskjellige nivåene; fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Hver region er også pålagt lage flerårige

og forpliktende avtaler og planer for en helhetlig svangerskapsomsorg.

Øian tok også opp spørsmålet om kvalitetsindikatorer. I dag rapporteres det bare på keisersnittfrekvens. I rapporten legges det opp til flere og mer nyttige kvalitetsindikatorer, og i tillegg skal perinataalkomiteene revitaliseres.

Viktige spørsmål for framtida vil blant annet være hvordan spesialistutdanning skal utvikles og hva styrking av kvalitet vil koste i kroner og øre.

Debattens andre innleder Marit Heiberg støttet Øian's påstand at de små fødeavdelingene nok må omgjøres til fødestuer som følge av kvalitetskravene. Hun mente likevel må det tas hensyn til geografi uten at hun utdypet dette nærmere. Heiberg problematiserte mer enn Øian når det gjaldt utfordringene for de største fødeklinikkene. Hvor stort er stort nok? Når opphører den faglige gevinsten på bekostning av omsorg osv. I Stockholm





Knut Hordnes



Kevin Sunde Oppegaard



Jacob Nakling



Arne Laudal Refsum



Torunn Janbu.

reverseres nå prosessen, og de aller største klinikkene bygges ned av faglige grunner.

Kravet om et differensiert fødetilbud må også få gyldighet innad i de store klinikkene. Heiberg stilte spørsmålet om man er i stand til dette? Utviklingen tyder på at de "alternative" tilbudene forsvinner når økonomien skranner.

Videre tok Heiberg opp temaet demedikalisering av fødselshjelp. Dette er et mål fagfolk er enige om, men likevel øker antall keisersnitt og andre inngrep. Her trengs et samarbeid mellom fødselsleger og jordmødre for å snu en uheldig utvikling.

Heiberg slo fast at barselomsorgen er blitt en salderingspost i spesialisthelsetjenesten uten at tilsvarende tilbud er bygd opp kommunalt. Her kan ting forbedres ved at helsestasjoner får økte jordmorressurser, men igjen avspeiler det problemene som oppstår når et forvaltningsnivå, spesialisthelsetjenesten, skal spare penger og dermed skyver ansvaret over på et annet nivå, kommunene, uten at dette nivået er tilført tilsvarende finansiering. Det er barselkvinner og deres barn som betaler prisen.

Til slutt definerte Heiberg hva hun mente var målet med følgetjeneste for gravide. Tjenesten er ikke en rettighet, men skal sørge for at transporten er medisinsk faglig forsvarlig og skaper trygghet for kvinnen.

I debatten etter innledningene ble det reist spørsmål om noen kan definere hva akseptabel reisetid for fødende er? Øian mente at dette ikke var noe problem dersom følgetjenesten er godt utbygd, og at det er viktig å se hvordan transporten forgår.

Ingrid P. Olsen fra Hammerfest understreket at kvinner trenger gynekolog også utenom de få ganger de er gravide og føder. Hun stilte spørsmål om hvordan skal dette tas hånd om dersom fødeavdelinger omgjøres til fødestuer og gynekologene dermed forsvinner til andre arbeidssteder. Spørsmålet ble ikke besvart av noen av innlederene.

Debatten sett under ett var behersket og uten de store konfrontasjonene. Det syntes å være en allmenn enighet i salen om at kvalitetskravene for en helhetlig svangerskapsomsorg er viktige og riktige. Arbeidet med å utvikle gode og hensiktsmessige kvalitetsindikatorer blir avgjørende for at utviklingen i faget både innholdsmessig og strukturelt, kan gå i rett retning.

### Faste stillinger for LIS

Del to av den fagpolitiske debatten tok for seg diskusjonen om faste stillinger for leger i spesialisering. Innledere var Legeforeningens president Torun Janbu, Arne Refsum, leder i Norsk overlegeforening og Jakob Nakling, leder i spesialistkomiteen.

Torun Janbu var første innleder og slo fast at prinsippet om faste ansettelser for leger i spesialisering er en av Legeforeningens viktigste saker for tida. Hun viste til at gjennomsnittsalder for første faste ansettelse er 41 år. 9 av 10 leger i spesialisering går i midlertidige ansettelsesforhold, og ansettelsene blir kortere og kortere. Legeforeningens jurister har over lang tid påpekt at den utbredte bruken av midlertidige ansettelser er i strid med arbeidsmiljøloven. Regjeringen har som politisk målsetting at faste stillinger skal være



Marit Heiberg.



Pål Øian.

hovedregelen i hele arbeidslivssektoren. Dette argumentet har Legeforeningen brukt aktivt i arbeidet med denne saken.

Sykehusene er i tillegg verstinger mht diskriminering av gravide leger, og flere foretak har lidd knusende nederlag hos Likestillingsombudet. Her er det med andre ord mye ugjort.

#### **Hvilke utfordringer foreligger:**

3 modeller ute på høring for å gi rullering i stillingene. Modellene bygger i hovedsak på prisnippet om faste stillinger med målstyring av det faglige innholdet. Janbu mente at rekruttering til mindre sykehus blir lettere med en slik ordning, ikke minst fordi det blir forutsigbart for alle parter.

President Janbu kunne fortelle at hun skulle møte helseministeren om denne saken 16. september. Det foreligger politisk uenighet mellom Arbeidsdepartementet som er enige med Legeforeningen om at midlertidige ansettelse er i strid med Arbeidsmiljøloven, og Helse- og omsorgsdepartementet som ikke synes å ville ta tak i problemet.

Det synes dog som om Legeforeningen har politisk drahjelp fra mange hold nå, og selv om en løsning nok er et stykke unna, er dette en sak Legeforeningen som fagforening ikke kan slippe før den er kommet i havn.

Arne Refsum, leder i Overlegeforeningen, startet sin innledning med å slå fast at overlegene selv gjennom mange år har vært med å undergrave systemet med tidsbegrensede stillinger for leger i spesialisering ved ansette folk i kortere og kortere vikariater.

Han mente videre at faste stillinger vil være svært viktig for pasientsikkerheten fordi stabiliteten i kollegiet blir mer robust. For å

muliggjøre prinsippet med faste ansettelse, må systemet med stillingsnummer bort og den rigide styringen av stillinger fjernes. Flexibiliteten innad i avdelingene må økes for å hindre at kolleger blir hengende fast i og dermed blokkerer en underordnet stilling, av mangel på overlegehjerner.

Jakob Nakling, leder i spesialistkomiteen, understreket i sitt innlegg at ved å innføre faste stillinger ville utdanningsløpene måtte endre seg, men innholdet og de faglige måkravene ville være nokså uforandret. De fagmedisinske miljøene er derfor svært viktige å få med i denne diskusjonen.

Nakling mente at i en overgangsfase vil gruppe I tjeneste bli en flaskehals, og at ansettelsesprosessene vil bli en ny erfaring for arbeidsgiver som vil måtte ta dette mye mer seriøst enn i dag.

I debatten som fulgte var det svært få som var kritiske til Legeforeningens mål om faste stillinger. Alle innledderne understreket at lovlige vikariater ved sykdom og permisjoner selvsagt vil fortsette. Det er den ulovlige bruken av midlertidige ansettelse man skal til livs.

Selv om enigheten om prinsippet er stor, er det likevel en lang vei å gå når det gjelder utforming og tilrettelegging av utdanningsløpene. Her trenger Legeforeningen alle gode krefter!

#### **Siste nytt**

30. september sendte helseminister Strøm-Erichsen ut en pressemelding som gir Legeforeningen gjennomslag for faste stillinger også for leger i spesialisering:

**Leger i spesialistutdanning ansettes i dag i tidsavgrensede utdanningsstillinger. Helse- og omsorgsministeren**

**ber nå de regionale helseforetakene sørge for at flest mulig får fast stilling.**

- De tidsavgrensede stillingene for leger i spesialistutdanning gir denne gruppen en uforutsigbarhet som kan virke negativt inn i vedkommendes arbeidssituasjon, familieliv og sosiale liv. Jeg vil at disse i størst mulig grad skal få tilbud om fast stilling. Dette kan også virke positivt inn på rekruttering av flere leger til mindre sykehus, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Helse- og omsorgsministeren har allerede tatt kontakt med de regionale helseforetakene og bedt dem sette i gang arbeid med dette.

- Det vil ta litt tid å få på dette på plass, men det er viktig at arbeidsgiver her tar et ansvar og samtidig sikrer nødvendig fleksibilitet. Dette ligger innenfor arbeidsgivers styringsrett, sier Strøm-Erichsen.

Arbeidsmiljøloven slår fast at faste stillinger er hovedregelen og at andelen midlertidige stillinger skal begrenses.

- Med dette vil legene i spesialistutdanning få en større forutsigbarhet når det gjelder egen arbeidssituasjon. Det vil bety at flere yngre leger vil få faste stillinger, sier helse- og omsorgsministeren.

Strøm-Erichsen ber også om at de regionale helseforetakene reduserer bruken av vikariater så langt det går. Dette gjelder for alle helsepersonellgrupper.

- Sykehusene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk, slår helse- og omsorgsministeren fast.



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (ethinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller<sup>1</sup>
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller (med 30 µg etinyløstradiol og levonorgestrel<sup>2</sup> eller drospirenon<sup>3</sup>)

NUVARING® 

## C NuvaRing "Organon"

Antikonsepsjonsmiddel

**VAGINALRING 120 µg/15 µg:** Hver vaginalring inneh.: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonsyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtryksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøs og arterielle trombotiser. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil,

hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiva. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelsen av gallsteinen, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs colitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsikket er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symp-

tomer på cystitt. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som induserer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogen kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogen kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger: Hyp-pige (>1/100):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Urogenitale: Smarter i bekkenet, ømme bryster, vaginitt, genital kløe, vaginal utflod. Øvrige: Vektøkning, ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hud: Alopesi, eksem, kløe, utslett. Metaboliske: Økt appetitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hystepesi. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Heteotokter. Syn: Synsforstyrrelse. Urogenitale: Cervicitt, cystitt, urinveisinfeksjon, genital pruritus, amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystspenning, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, genital utflod, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginalt ubehag, vulvovaginal tørrhet, dysuri, sykelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Øvrige: Fibroadenomer i brystene, ryggsmarter, tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødeme, følelse av fremmedlegeme. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Urticaria. Øvrige: Hypersensitivitet. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 117,40. 3 stk. kr 297,10.

Sist endret: 27.02.2009

### Referanser:

1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74
2. Oddsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62
3. Milsom I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

### Tryggere bruk av p-piller

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

Statens legemiddelverk





# Referat Generalforsamling, NGF

Antall medlemmer til stede ved møtestart: 55

## Valg av dirigent og referent

Bjørn Backe (dirigent) og Marte Myhre (referent) ble valgt med akklamasjon.

Det var ingen kommentarer til møteinnkalling og dagsorden.

## Minnestund

Per Bjarne Bergsjø, Tor Johan Prytz, Einar Kristen Svendsen, Hans Olaus Vestre og Knut Bjørø som var gått bort siden forrige årsmøte, ble minnet med ett minutt stillhet.

## Årsmelding 2009

NGFs årsmelding for 2009 er presentert

i Gynekologen 23/3. Det var ingen kommentarer. Årsmeldingen ble godkjent ved akklamasjon.

## Regnskapet 2009

Kasserer Toril Kolås gikk gjennom regnskapet, som ble godkjent ved akklamasjon. Man minner i denne forbindelse om FUGOs oppgave i å oppfordre nye LISer til å melde seg inn i NGF.

## Revidert budsjett for 2010

Budsjettet for 2010 ble fremlagt av kasserer Toril Kolås. EBCOG medlemskontingent skal legges til under posten "kontingenter" i utgiftkolonnen. Revidert budsjett for 2010 ble godkjent ved akklamasjon.

## Budsjett for 2011

Budsjettet for 2011 ble gjennomgått av Toril Kolås. Godkjent ved akklamasjon.

**Årsrapporter** fra følgende utvalg var trykket i årsmøteutgaven av Gynekologen: Kvalitetsutvalget, NPE/NGF samarbeidsutvalget, Laparoskopitvalget, STAN gruppen, Spesialitetskomiteen, NFOGs Educational board og NFGO.

Jostein Tjugum, leder av laparoskopitvalget, orienterte om ønsket om å danne et nasjonalt kvalitetsregister med grunnlag i Norsk Gynekologisk Laparoskopiregister, jfr årsrapporten i Gynekologen. Han oppfordrer alle til å delta og oppfordret spesielt avdelingslederne til å stille seg bak registeret. Det kom spørsmål om formål, kostnader og fremtidsutsikter for et slikt register. Dirigenten konkluderte med at forsøket på å etablere et landsomfattende laparoskopiregister fortsetter, og det er budsjettet midler for 2011. Spørsmålet om å videreføre registeret var ikke gjenstand for debatt nå, styret vil komme tilbake til saken senere. Det er mulig å søke Legeforeningens kvalitetsfond om midler til å utvikle et nasjonalt kvalitetsregister.

Jacob Nakling, leder i spesialitetskomiteen, orienterte om endringer i krav til spesialiteten.

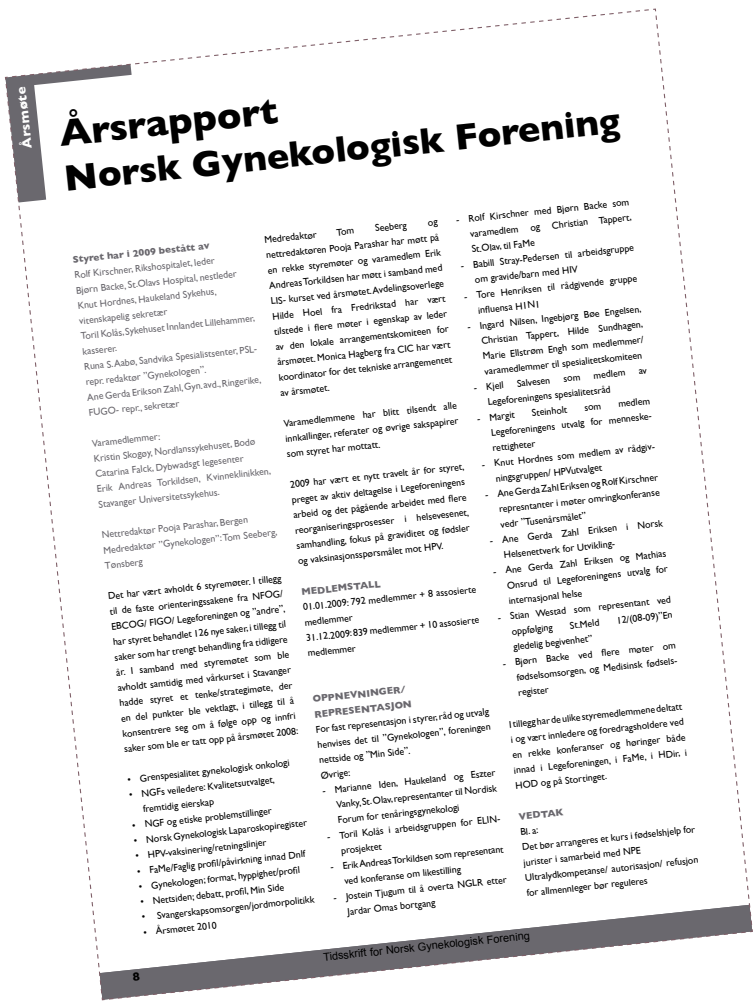
## Saker fremlagt av medlemmene

Det var ikke kommet inn noen saker fra medlemmene innen fristen.

## Saker fremlagt av styret

### Årsmøtetidspunkt

Saken var diskutert også på forrige generalforsamling. Styrets forslag var å legge årsmøtene til samme uke som årsmøtene til de fagmedisinske foreningene i andre store kirurgiske fag.





*Forslag til vedtak:* Fra 2012 avholdes NGFs årsmøte i uke 43. Vedtatt med akklamasjon.

- **Frikjøp av NGFs leder**

Saken var diskutert på forrige generalforsamling, og styret foreslo at det gis adgang til frikjøp av leder.

*Forslag til vedtak:* Styrets leder kan frikjøpes med inntil 20 %. Forslaget vedtas ved akklamasjon.

- **Årsmøtearrangør 2012.**

Pål Øian foreslo Tromsø. Forslaget ble vedtatt ved akklamasjon.

### **Orienteringssaker**

- **Internasjonal arbeidsgruppe.**

Bjørn Backe orienterte. Forrige styre besluttet å etablere en arbeidsgruppe for å samle medlemmer med interesse for u-lands arbeid, saken er ikke kommet videre. Torvid Kiserud har nå sagt seg villig til å forsøke å trekke i gang en slik gruppe. Medlemmer som er interessert bes ta kontakt med Kiserud.

- **Gjennombruddsprosjekt Keisersnitt II.**

Torill Kolås orienterte. Styret har støttet planen om et nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt, og etter søknad har Legeforeningens kvalitetsfond bevilget 450 000 NOK til et forprosjekt. Målet med forprosjektet er å lage en detaljert plan/protokoll for hovedprosjektet. Tidspunktet for oppstart av forprosjekt avhenger av Legeforeningens øvrige satsinger på kvalitetsprosjekter.

- **Overtidssaken**

Bjørn Backe orienterte. Det har vært betydelig mediaoppmærksomhet om hvordan vi behandler gravide som er overtidige. Saken kom fra Regjeringen via

Stortinget i forbindelse med i St meld nr 12 (2008-2009) "En lykkelig begivenhet". Her er Helse og omsorgsdepartementet bedt om å lage retningslinjer for svangerskap, fødselshjelp og barsels omsorg, inkl overtidig svangerskap, og saken er nå oversendt Helsedirektoratet. Foreløpig ser det ut til at Hdir vil fokusere på å lage retningslinjer for barselsomsorg, siden vi allerede har retningslinjer for svangerskapsomsorg og NGFs Veileder i Fødselshjelp. Bjørn Backe sa at hans oppgave som leder i NGF var å fronte at våre veiledere er gode og at vi har gode mekanismer for å vedlikeholde innholdet. Landets mest kompetente eksperter står bak de respektive kapitlene i våre veiledere, forfattergruppene følger med på sine felter og sørger for at innholdet i veilederen er ajour. Det er stor takhøyde i NGF og det er tillatt å være uenig med det som står, men Bjørn Backe understreket sterkt at kapitelforfatterne må være lojale til det de har skrevet. Dersom en av de som står bak et kapittel føler at teksten burde vært revidert, må vedkommende ta initiativ til en revisjon. Det er utilbørlig og sterkt skadelig for tilliten til NGFs arbeid dersom kapitelforfatterne uttaler seg til media på slik måte at det kan tolkes som at vedkommende ikke er enig i innholdet. Analogt med en jury må kapitelforfatterne også bevare taushet om prosessen i forfattergruppa, uenighet internt må ikke eksponeres. Forfatterne må stå kollektivt bak det de har skrevet. Stadige presseoppslag om strid og splittelse i fagmiljøet er veldig uheldig.

- **Nettredaktør**

Bjørn Backe orienterte. Pooja Parashar har sagt opp som nettredaktør fra 1.1.2011. Det oppfordres til å melde seg dersom man er interessert i jobben som nettredaktør.

- **Ny leder i Kvalitetsutvalget, og ny leder av utvalg for gynekologi**

Bjørn Backe orienterer. Styret vil oppnevne ny leder av Kvalitetsutvalget etter Kåre Augensen som går av med pensjon, og ny leder for generell gynekologi etter Jan Maltau som også pensjoneres. Begge de nye vil bli oppnevnt i løpet av høsten 2010.

- **NGFs Vår møte 2011**

Knut Hordenes orienterte. Vår møtet 2011 vil bli holdt av PSL-gruppa i Bergen, komiteen består av Britt Nyland, Knut Hordnes og Kristina Johannessen.

### **Eventuelt**

Bjørn Backe orienterte om et prosjektet om mōdredōdsfall, som er en nordisk audit etter mønster av UK, hvor Siri Vangen ved FHI og Kvinnehelsesenteret Oslo Universitetssykehus representerer Norge i en nordisk gruppe. NGF vil støtte arbeidet økonomisk i startfasen.

Rita Steen ved Kreftregisteret orienterte om cervixscreeningprogrammet. Datatilsynet påla i april 2009/2010 Kreftregisteret om enten å innhente samtykke fra alle pasienter eller slette all innsamlet data. Dette dreier seg om 3 millioner kvinner og over 6 millioner prøvesvar. Det ble fremlagt en liste med konsekvenser etter både evt sletting av data og innhenting av samtykke. Kreftregisteret har klaget Datatilsynets vedtak inn for Personvernemda. Dirigenten forslo at styret henvender seg til Sentralstyret i Legeforeningen for å mobilisere foreningen slik at man unngår at denne verdifulle informasjonen må slettes.

Ingar Nilsen, medlem i spes.kom., orienterte om et forslag om et nasjonalt opplegg for undervisning via internett for utdanningskandidater. Dette praktiseres i en rekke andre spesialiteter.

## **IDÉDUGNAD! NFOG-KONGRESSEN BERGEN 2012**

### **Kjære kollega!**

Vi ønsker dine ideer og forslag til det faglige programmet for kongressen i 2012 - The 38th Nordic Congress of Obstetrics and Gynaecology – som finner sted i Bergen 16-19. juni.

Send ditt forslag, med en kort begrunnelse, til [knut.hordnes@uib.no](mailto:knut.hordnes@uib.no) innen 31. januar 2011

På vegne av lokal arrangementskomité  
Knut Hordnes, Kongresspresident

I samarbeid med Bayer Schering Pharma:

# NGFs Hederspris 2010 tildeles Claes Tropé

## Juryens begrunnelse :

Claes Tropes innsats gjennom 25 år i Norge er ekstraordinær. I hele denne perioden har han preget norsk gynekologisk onkologi, i egenskap av professor og avdelingsoverlege ved Avdeling for Gynekologisk Onkologi, ved Det Norske Radiumhospital. Han har arbeidet iherdig og systematisk med å bygge opp det gynekologisk onkologiske miljøet i Norge, og har bidratt avgjørende til at avdelingen ved DNR er meget velrenommert internasjonalt. Han har stiftet både Norsk og Nordisk forening for gynekologisk onkologi, og har hatt en rekke verv internasjonalt. Han har vært en foregangsmann i organiseringen

av behandlingsmoduler for gynekologisk kreft i Norge.

Claes Tropé er i særklasse den norske gynekolog med flest publikasjoner, over 340 i Pub Med. Han har også veiledet over 30 doktorander, et tall som reflekterer en enorm kreativitet og evne til nytenkning. Claes Tropé er en nestor i vårt miljø, og er etter juryens vurdering en meget verdig prisvinner.

Bjørn Backe  
Rolf Kirschner  
Kjell Å Salvesen



## 13th World Congress on Menopause Fellesreise til Roma 8.-12. juni 2011



Kongressen arrangeres på **Marriott Rome Park** som ligger mellom flyplass og sentrum  
Åpningsseremoni onsdag 8. juni, og avslutning sen ettermiddag lørdag 11. juni  
For påmelding til selve kongressen, se web-side: [www.imsroma2011.com](http://www.imsroma2011.com)

CIC sin fellesreise inkl. fly Oslo - Roma - Oslo  
transport fra flyplass til hotellet med guide og retur til flyplass  
4 netter i delt dobbeltrom m/frokost på 4-stjerners hotell sentralt i Roma  
Pris **fra Kr 6950,-** ekskl. flyskatt (tillegg for enkeltrom Kr 1800,-)

For tilbud/påmelding vennligst kontakt CIC v/Cathrine Krogh:  
Tlf. 22 59 19 80 eller [cathrine@cic.as](mailto:cathrine@cic.as)

NFGs årsmøte Arendal 2.-4. september 2010

# Referat NUGG formøte

Det blomstrer i NUGG miljøene rundt det ganske land, noe som kom til uttrykk under NUGG møtet i forbindelse med NGF's årsmøte i Arendal. Foruten foredragsholderne, var det 32 til dels svært entusiastiske deltager på møtet.

Overlege Ingrid P. Olsen fra Hammerfest presenterte deler av sitt doktorgradsprosjekt, som innebærer 3D både vaginal og anal ultralyd, hvor hun sammenligner ulike metoder for måling. For de av oss som var på årsmøtet for ett år siden, og hørte henne da, så skjer det altså mye spennende på denne fronten, som er nokså unikt og som forhåpentligvis vil gi oss nye kunnskaper om bekkenbunnen, dens fysiologi, patofysiologi og resultater av intervensjon ved skader/sykdom.

Undertegnede presenterte en ny metode for måle- og behandlingsmetode ved stressinkontinens. Dette var bare preliminare resultater, men de viser til nå meget lovende resultater.

Overlege Hans Krogstad ved UNN/Harstad skulle ha hatt et innlegg om behovet av



urodynamikk ved mindre sykehus, men måtte melde forfall da han ikke klarte å få inn vikar slik at han kunne dra på Årsmøtet. Symptomatisk?

Overlege Memona Majida ved A-hus. fortalte oss om ett års materiale på Ajust slynge som de har brukt ved urininkontinens. De bruker ikke tradisjonell TVT. De har gode resultater å vise til, med kort operasjonstid, lite komplikasjoner og kontinens på nivå med TVT.

Det ble en del spørsmål og diskusjoner rundt de ulike temaer, slik at det tradisjonelle "komplikasjonskvarter" led noe under dette. Men det tar vi som et tegn på en engasjert gjeng kolleger som har et umettelig behov for kunnskap, og ikke minst at det skjer spennende ting på vårt fagfelt- og ikke minst: over hele landet!

Ingard Nilsen  
Overlege  
UNN

NFGs årsmøte Arendal 2. september 2010

# Referat fra NFGO

Møtet startet med at Bjørn Augdal, Swedish Orphan Biovitrum, presenterte bruk av Aloxi som forebygging av senkvalme ved kjemoterapiindusert kvalme.

Hovedtema for møtet var sarkom i uterus.

Overlege dr med Vera Maria Abeler, patologi klinikk, DNR, ga en grundig innføring i histopatologisk klassifisering av uterussarkomer og undergruppens betydning for prognose.

Overlege Trine Stokstad, seksjon for gynekologisk kreft, St Olavs Hospital, presenterte en studentoppgave fra

Trondheim der man hadde undersøkt om det finnes karakteristika som skiller sarkom fra myom. Konklusjonen av studien var at smerte er det eneste symptomet/funnet som var signifikant hyppigere tilstede ved sarkom sammenlignet med myom.

Overlege dr med Gunnar Balle Kristensen, avdeling for gynekologisk kreft, DNR, foreleste om prediktorer for, utredning av og behandling av uterussarkom. Han konkluderte som følger:

Man skal tenke sarkom når kvinnen har myomer og smerter, samt når myomer vokser hos postmenopausale kvinner som ikke bruker hormonsubstitusjon.

Ved blødningsforstyrrelser skal det alltid foreligge en histologisk diagnose før operasjon. Ved preoperativ abrasio vil histologisk diagnose kunne stilles ved endometriestromasarkom hos 70% og leiomyosarkom hos 30%.

Pipelle har høy sensitivitet for carcinomer, sensitiviteten er ukjent mht sarkomer, så han anbefalte abrasio.

Ved mistanke om sarkom, skal pasienten utredes i henhold til Veilederen i gynekologisk onkologi.

Ved mistanke om uterussarkom, skal uterus fjernes hel.

Trine Stokstad/ Ingrid Baasland

NFGs årsmøte Arendal 2.-4. september 2010

## Referat PSL formøte

Runa Aabø ønsket oss velkommen og første foredragsholder var spesialrådgiver Mette Myrhaug som er ansatt ved Sykehuset Asker og Bærum. Hennes bakgrunn er utdannelse som sykepleier og bedriftsøkonom. Mette Myrhaug informerte om ISO sertifisering, der det finnes flere modeller, som f eks NS-EN ISO 9001. Dette er et system for kvalitetssikring, dvs ett system for å opprette en internkontroll som kan brukes i mange forskjellige bedrifter. For vår del er det ett verktøy som brukes for å sikre faglig forsvarlige helsetjenester. Oskar Johan Skår utdypet dette med å fortelle oss om arbeidet som er gjort på Sandvika Spesialistsenter frem til ISO sertifiseringen i 2010. Fra legegruppen startet opp med møter og tok kontakt med Mette Myrhaug, tok det ca 1,5 år til sertifiseringen var gjennomført. I hovedsak dreier det seg her om fordeling av ansvar og myndighet, beskrive kjerneaktivitetene, ha oversikt over viktige samarbeidspartnere og ha ett system for innrapportering av avvik bl.a. Mette Myrhaug har vært i praksisen og bl a fulgt sekretærene i deres daglige arbeid, og dermed kartlagt behovet for forbedringer.

Det som har vært ett av de viktigste målene med dette, har vært å opprette ett system for å kvalitetssikre pasientflyten i praksisen. Det ble litt diskusjon rundt dette om dette er noe vi trenger, hva det koster (ca 170 000 for konsulenten og ca 30 000 for selve sertifiseringen), hvor lenge en slik sertifisering varer ( 3 år). Teknisk Institutt er et av de instituttene som kan sertifisere. Vi var vel alle enige om at vi må ha systemer for å kvalitetssikre arbeidet vi utfører i praksisene våre, fra pasientene tar kontakt, til de er ferdigbehandlet, og sikre oss at alle ledd, inkludert sekretærfunksjoner, sterilisering, hygiene, risiko for blodsmitte osv er ivaretatt.

En ISO sertifisering setter ett slikt arbeid i system, og ifølge både Runa og Oskar ville de aldri ha klart å gjennomføre dette arbeidet uten hjelp av en konsulent.

Kari Anne Trosterud orienterte om kravet til bedriftshelsetjeneste og HMS kurs som har eksistert for oss i praksis i senere tid. Foreløpig er det få av oss som har satt dette i system. Det florerer av tilbud når det

gjelder HMS-kurs. PSL jobber nå med å få til ett "spesialsydd" kurs for oss, samtidig med administrasjonskurset i januar 2011. Når det gjelder bedriftshelsetjeneste, så jobbes det også mer sentralt med dette, for å kartlegge hvilke firmaer som tilbyr slike tjenester, som kan være aktuelle for oss som leger.

Runa orienterte så om opplegget Oskar og hun har laget for behandling av spontanabort og missed abortion i praksis, der de også har ett godt samarbeid med Kvinneklinikken på Sykehuset Asker og Bærum, bl a når det gjelder pasienter med behov for Anti-D profylakse.

Til slutt fikk vi en statusrapport fra Runa angående arbeidet med provosert abort i spesialistpraksis. Saken er fortsatt til behandling i departementet.

Takk for et bra og informativt møte!

Anne Zanjani





# PSL feirer 30 års jubileum

**PSL (praktiserende spesialisters landsforening) feiret sitt 30 års jubileum på flotte Losby Gods i Lørenskog 27-28 august 2010.**

Alle som kommer med drosje dit tror at sjåføren har kjørt seg vill, for stedet ligger langt inne i svarte skauen – men når man endelig ankommer er stedet er åpenbaring av landlig ro, fordums storhet blandet med behagelig komfort. En flott ramme rundt et jubileumsmøte der styret i PSL hadde laget et fin faglig og sosialt program for feiringen av en sprek, oppgående 30 åring.

PSL er en av Legeforeningens yrkesforeninger og hadde ved utgangen av 2009 1037 yrkesaktive hovedmedlemmer. Av spesialitetene er psykiatri (201 medlemmer), øyesykdommer (193 medlemmer) fødselshjelp og kvinnesykdommer (127 medlemmer) og Øre Nes hals (113 medlemmer) de største spesialitetene.

Av medlemmer under 67 år (901) pr 13.12.2009 er 27,9 % kvinner, gjennomsnittsalder på medlemmene er 55,6år.

PSL får ca 20 nye medlemmer pr år og er viktige aktører i det norske helsevesen.

Vi står for 1/3 av konsultasjonene i somatisk og psykisk helsevern for voksne.

Styret i PSL hadde invitert stortingsrepresentant Are Helseth til å holde innlegg om forutsigbarhet og rammebetingelser for helsenæringsdrift.

Han er selv kirurg og representerer Arbeiderpartiet på Stortinget. Han er saksordfører for samhandlingsreformen og sa om seg selv at han er ” mer positiv til PSL’ere enn Ap-folk flest”.

Sammenliknet med andre land i Europa har Norge en stor grad av forutsigbarhet og det kan innebære et problem fordi man ikke skaper nok rom for nytenkning. Han brakte et bilde fra sinn egen læretid som kirurg og der han fikk vite at ” brudd gror best ved høvelig instabilitet”. Om dette kan overføres til PSL’s fremtid kan diskuteres, for hvis det er noe vi trenger for å jobbe effektivt og faglig tidsmessig, så er det forutsigbarhet vedrørende vår virksomhet.

PSL ’s styre hadde også invitert to representanter fra våre naboland Sverige og Danmark for å gi en redegjørelse for hvordan de privatpraktiserende spesialister innretter seg der.

Fra Sverige redegjorde Ilona Barnard som representant for Privatlækarforeningen og for Danmark Hans Henrik Wagner, begge gynekologer.

Den svenske Privatlækarforeningen har 1800 medlemmer, 1470 yrkesaktive. Privatpraksis er i Sverige organisert gjennom Praktikertjenst via den svenske Lækarforening. Mange spesialister er i Sverige er organisert vis Lækarhus, d.v.s. sammenslutning av flere leger i samme enhet.

Danmark er delt i 5 helseregioner, helsevesenet er delt i primært og sekundært helsevesen (sykehus). Det foreligger henvisningsplikt med unntak av konsultasjon hos ØNH, hud og øye. Forhandlingspart i Danmark er helseregionene.

Summarisk kan gjengis at forholdene er mer offentlig regulert i Sverige enn i Danmark. Psykolog Gunnar Rosen hadde er inspirerende innlegg om kommunikasjon som verktøy for god behandling. Han la vekt på at i kommunikasjon med pasienter kunne bruke positiv reformulering som et redskap for å komme videre i fastlåste situasjoner (“vanskelige pasienter”).



- Kristin Skogøy
- Overlege, KK, Nordlandssykehuset
- Kristin.skogoy@nlsh.no

# Bør norske gynekologer delta på Nordisk kongress for gynekologi og obstetrikk?

**Nordisk kongress for gynekologi og obstetrikk** avholdes hvert andre år på rotasjon i de fem ulike skandinaviske landene. Kongens by, København, var vertskap for den 37. kongressen i midten av juni 2010. Byen var sommervarm, vakker og historisk, og kollegene mange, med ulik erfaring og bakgrunn. Formålet med studien var å finne ut om en slik deltakelse kan anbefales til andre innenfor faget.

## Metode

Tre kolleger fra et middels stort sykehus i Norge (NLSH Bodø) meldte seg på (innen fristen!), rakk fly og flyskift før man tok seg frem til det enorme Bella kongressentret der verdens klimakonferanse nettopp var

blitt avholdt. Optelling av deltakerliste viste over 600 påmeldte fra 27 ulike nasjoner med muligheten til å velge blant 200 frie foredrag og PC-presenterte abstrakt. Forskningskapasiteter fra flere verdenshjørner var invitert til frie

foredrag, og det var mulig å delta på praktiske øvelser innenfor obstetrikk, laparoscopi, artikkelskriving osv. ved ulike arbeidsstasjoner før selve kurset offisielt ble åpnet.



Fra Nyhavn



NFOG president Seija Grenman.

## Resultat

Tre herlige dager og netter levdes i storbyene Køben! Dagene gikk med til valgets kval og lett jogg mellom ulike forelesningslokaler der det ene spennende foredraget etter det andre ble lagt frem på svært dyktig og imponerende vis. Store, inviterte forskningskapasiteter fra England, USA og Australia imponerte. Introduksjon og presentasjon av forelesere og styring av tidskjema med ivrige spørsmål fra salen, ble gjennomført med militær presisjon.

Første ettermiddagen ble deltakerne invitert inn til omvisning i Rådhuset der vi ble ønsket velkommen av borgemesteren før vi fikk rusle rundt i det flotte rennesanseinspirerte bygget fra slutten av 1800-tallet med delikat servering av kanapeer og forfriskninger. Mange deltakere vandret deretter ned til fargerike Nyhavn, hvor fine restauranter nå har erstattet tidligere ølkneiper, og sjømenn og prostituerte er byttet ut med vanlige turister. Her traff vi på gamle kjente og kolleger man tidligere har jobbet tett med, og mang en liten skrøne ble utvekslet i lystig selskap og med en viss promille...

Neste dag foregikk intens shopping i byens mange butikker, og særlig de kvinnelige deltakerne var målbevisste med visakortet etter å ha bedrevet vindusshopping dagen før. Vårt mannlige reisefølge imponerte stort i lånt Rolls Roys, et kjøretøy som passet utmerket til festmiddagens fasjonable selskapslokale ved lange Linie der den lille havfrue vanligvis skuer utover havet (nå var hun dessverre til reparasjon i Kina!). Et lekkert festmåltid ble inntatt i hyggelig selskap med skandinaviske kolleger før danseglade gynekologer frydet seg til Blues Brother bandet som spilte opp til flott svingmusikk langt ut i de små timene...

## Konklusjon

Deltakelse på NFOG kan på det sterkeste anbefales, både faglig og sosialt. Etter å ha hørt arrangementskomiteen for 2012 invitere til Bergen med fortryllende klokkeklar huldresang av Løkeland, vet i alle fall undertegnede for sikkert; – det blir Bergen neste gang!



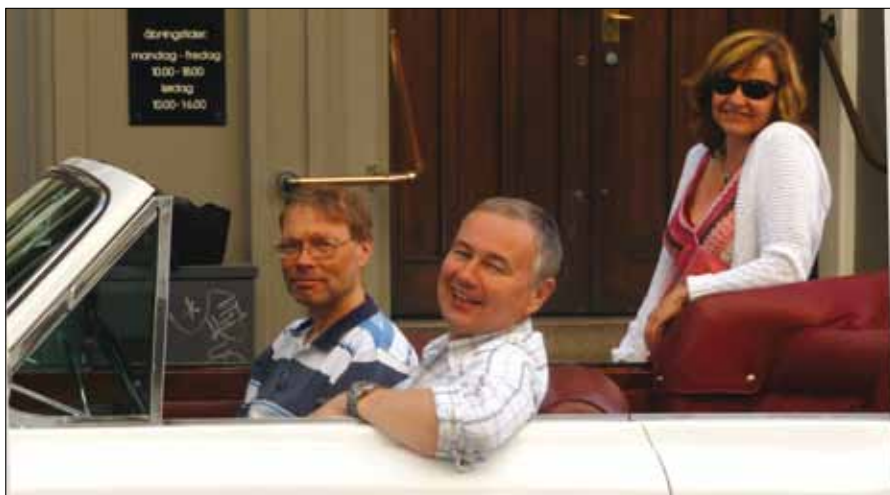
Velkommen til Bergen i 2012.



Festdeltagere..



Glade kongressdeltagere observert i Nyhavn.



Dr Næss og dr Holde kjører stansdressed.



# Nordisk Urogynekologisk Arbeidsgruppe (NUGA)

**27. årsmøte**  
**21.-22. januar 2011, Bergen**

Vi regner med at det kommer 200 og som vanlig blir møtet både faglig stimulerende og sosialt vellykket! Vi har invitert kjente utenlandske foredragsholdere, og både yngre og eldre nordiske kolleger kommer på podiet. Som tidligere år blir det også hands-on workshops.

Program og øvrig informasjon vil løpende kunne ses på [www.nuga-info.org](http://www.nuga-info.org)

Deadline for innsendelse av abstracts og for billig registrering er 19. november 2010.

## Nordic Urogynecology Association (NUGA) Research Grant 15.000 €

The purpose of the NUGA-sponsored Research Grant is to fund the development of research in the field of urogynecology. The annual grant sum is 15,000.00 EUR to be awarded to one or more applicants who complete and submit the required application prior to the stated deadline. Active researchers and clinicians in good standing working in one of the five Nordic countries i.e. Sweden, Finland, Denmark, Norway and Iceland are eligible to apply for a Research Grant. Collaborative projects between centers in two or more of the Nordic countries will be given priority. Funding will include statistical analyses, tech support (i.e. sonographer), laboratory studies, diagnostic studies (i.e. post treatment urodynamics), mailing and postage for questionnaires or other related material, and patient vouchers for transportation, meals, etc. Funding will not include travel, computer, meeting fees and related expenses, or equipment. Generally, scientists' salaries will not be funded, though very short periods of remuneration for specific tasks (e.g. to complete writing a dissertation or protocol) could be granted.

Applications must use the application form to be downloaded at [www.nuga-info.org](http://www.nuga-info.org)

Deadline for submission of deadlines is 19 November 2010. Enquiries regarding applications can be addressed to NUGA President, Søren Brostrøm at [soren@brostrom.dk](mailto:soren@brostrom.dk) or +45-42454245

# NGFs vårmøte 2011

7. – 8. april 2011

Ansvar: Kontor for legers videre- og etterutdanning (Bergen)

Kurssted: Legenes Hus, Kalfarveien 37, Bergen

Kurs komité: Kristina Johannessen (kursleder), Brit Nyland, og Knut Hordnes

Påmelding til: Kontoret for legers videre- og etterutdanning, Det medisinsk-odontologiske fakultets sekretariat, Armauer Hansens Hus, Haukelandsveien 28, 5020 Bergen - Universitetet

Telefon 55 31 31 47 / 55 58 88 47

E -post: kurs.bergen@legeföreningen.no

Maks deltakere: 80

Kurspris Leger: 2000

Kurspris Ikke leger: 4000

Tillegg for lunsj og kaffepauser begge dager: 500

Godkjennelse: Søkt godkjent som valgfritt kurs og etterutdanningskurs med 12 timer, for spesialiteten Fødselshjelp og kvinnesykdommer.

## Torsdag 7. april 2011

10.00-10.20: Registrering og kaffe

10.20-10.30: Velkommen+ info/praktiske opplysninger ved Kristina Johannessen

10.30-11.15: Cervixscreening: hva er status - og hva blir framtiden?

Professor dr. med. Ole Erik Iversen, KK, Haukeland Universitetssykehus

11.15-12.00: Svangerskap og barnefødsel hos kvinner med depresjon og bipolar sykdom

Overlege dr. med. Jan Øystein Berle, Helse Bergen HF - Forskningsenheten BMH

12.00-13.00: Lunsj

13.00-14.00: Den kroniske smertepasienten i gynekologien- hva gjør vi?

Seksjonsoverlege Unni Kirste, KK, Haukeland Universitetssykehus

14.00-14.45: God på bunnen? Fysioterapi ved seksuell dysfunksjon og smerte

Fysioterapeut og spesialist MNFF, Kjersti Hatlebrekke, Bergen

14.45-15.30: Barnet må ut. Om operativ fødselshjelp.

Klinikkoverlege dr. med. Per Børdahl, KK, Haukeland Universitetssykehus

15.30-16.00: Pause

16.00-16.45: Vaginal setefødsel – er det stadig trygt?

Overlege dr. med. Susanne Albrechtsen, KK, Haukeland Universitetssykehus

16.45-17.30: Mekanisk misforhold i fødsel. Er bekkenet for trangt, eller hodet for stort?

Professor overlege dr.med. Torvid Kiserud

På kvelden: sosialt samvær

## Fredag 8. april 2011

09.00-09.45: Kan biomarkører gi hjelp til å identifisere endometriecancer med høy risiko for residiv?

Overlege Jone Trovik, KK, Haukeland Universitetssykehus

09.45-10.30: Da Vinci i gynekologisk cancerkirurgi: ett års erfaring fra Haukeland Universitetssykehus

Overlege dr. med. Kathrine Woie, KK, Haukeland Universitetssykehus

10.30-11.00: Pause

11.00-11.45: Descens – operasjonsmetoder. Nett eller ikke nett? Status og fremtid.

Overlege Heidi Thornhill, KK, Haukeland Universitetssykehus

11.45-12.30: Arvelig gynekologisk cancer med fokus på ovarialcancer og BRCA.

Overlege Hildegunn Høberg Vetti, Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft Helse Vest

12.30-13.15: Lunsj

13.15-14.00: Arvelig ovarialcancer og ooforektomi: substitusjonsbehandling østrogen og androgener

Overlege Michael Lützhøft Hansen, KK, Stavanger Universitetssykehus

14.00-14.45: Økt forståelse av fosterfysiologi – hvor vil dette føre oss? Fremtidsperspektiver

Overlege dr. med. Jörg Kessler, KK, Haukeland universitetssykehus

14.45-15.00: Diskusjon, evaluering og avslutning.

# Kongresskalender

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

	Dato	Kurs	Sted
2010	30. nov.-3. des	<b>5th International Congress on Gender Medicine 2010</b>	Tel Aviv, Israel
2011	20.-21. jan	<b>7.Nasjonale konferanse om smertebehandling: Norsk Smerte-forening</b>	Oslo
	21.-22.jan	<b>NUGA-Nordic Urogynecological Association</b>	Bergen
	6.-8. feb	<b>10th International Symposium on GnRH</b>	Salzburg, Austria
	24.-26. mars	<b>The 6th International Symposium on Diabetes &amp; Pregnancy</b>	Salzburg, Austria
	24.-27.mars	<b>Cross-border Reproductive Care: An International Conference on the Global Quest for a Baby</b>	Florence, Italy
	7.-8.april	<b>NGFs Vår møte</b>	Bergen
	8.-11. juni	<b>13th World Congress on Menopause</b>	Roma, Italia
	28. juni-2. juli	<b>International Urogynecological Association, Annual Meeting</b>	Lisboa, Portugal
	29. aug-2. sept	<b>International Continence Society ICS 2011</b>	Glasgow
	4.-7. sept	<b>11th World Cowngress on Endometriosis</b>	Montpellier, Frankrike
	8.-10. sept	<b>NGF Årsmøte 2011</b>	Ålesund
	8.-11. sept	<b>9th Congress of the European Society of Gynecology</b>	København
	16./17. sept	<b>11th Seminar of the European Society of Contraception &amp; Reproductive Health</b>	Kaunas, Lithuania
	21.-24. sept	<b>Annual Meeting NAMS</b>	Washington, USA
3.-6. nov	<b>The Oocyte: From Basic Research to Clinical practice</b>	Barcelona, Spain	
30. nov-3. des	<b>14th World Congress on Human Reproduction</b>	Melbourne, Australia	
2012	28.-31. mars	<b>9th Congress on Menopause &amp; Andropause</b>	Athens, Greece
	16.-19.jun	<b>NFOG 2012</b>	Bergen, Norway
	20.-23. juni	<b>12th Congress of the ESC, Myths &amp; misconceptions vs evidence on contraception</b>	Athens, Greece



# C1 Yaz «Bayer AB»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A12

**TABLETTER, filmdrasjerte** 002 mg/3 mg: Hver lyserød tablett inneholder: Etinyløstradiol (som betadexklorat) 002 mg, drospirenon 3 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver hvit tablett (placebo) inneholder: Laktose 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). 1 pakning inneholder totalt 28 tabletter: 24 lyserøde og 4 hvite tabletter (placebo).

**Indikasjoner:** Antikonseptjon.

**Dosering:** Begynn på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsett med 1 tablett daglig i rekkefølgen angitt på brettet i 28 dager. Tablettene skal tas kontinuerlig og til ca. samme tid hver dag. Gå direkte over på neste brett uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og en bortfallsblødning inntreffer vanligvis 2-3 dager etter påbegynt placeboperiode. Se SPC/pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon.

**Kontraindikasjoner:** Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Tilstedeværelse av én alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller tidligere pankreatitt forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitale organer eller brystene, som påvirkes av kjønnssteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Før behandling innledes eller gjenopptas, foretas grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtryksmåling og gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Kvinnen må lese pakningsvedlegget nøye og følge rådene som gis. Senere kontroller bestemmes iht. etablert praksis og tilpasses hver enkelt kvinne. Bruk av kombinasjons-piller gir økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE). Risiko for VTE er størst i året. Insidensen hos kvinner uten kjente risikofaktorer for VTE, som bruker kombinasjons-piller med lavt østrogeninnhold, er 20-40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår. Til sammenligning er insidensen 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår hos ikke-brukere og 60 tilfeller pr. 100 000 graviditeter. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Risiko ved bruk av Yaz er ukjent. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>), langvarig immobilisering, kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i beina eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruk av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis ikke p-pillen seponeres i forkant. Perorale kombinasjons-piller gir økt risiko for arteriell tromboembolisme (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hendelse). Risiko for arterielle tromboembolier eller cerebrovaskulær hendelser øker med økt alder, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, migræne, fedme, sykdom i hjerteklaffene, positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder) og atrieflimmer. Ved mistanke om arvelig predisposisjon må kvinnen henvises til spesialist for behandling. Kvinner >35 år rådes til ikke å røyke. Ved vene- eller arteriesykdom må muligheten for behandling med antikoagulant vurderes. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Adekvat alternativ prevensjon må påbegynnes pga. teratogen effekt av antikoagulerende behandling. Andre medisinske tilstander som er forbundet med komplikasjoner er diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Økt hyppighet og intensitet av migræneanfall kan være prodromalt stadium for cerebrovaskulær hendelse, og kan være grunn til umiddelbar seponering. Økt risiko for livmorhalskreft er rapportert ved langtidsbruk (>5 år), men årsakssammenheng er ikke fastslått. Svak økning i risiko for brystkreft, men årsakssammenheng er ikke fastslått. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Sjeldne tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes ved differensialdiagnostisering av alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørret lever eller tegn på intraabdominal blødning. Serumkalium i 1. behandlingssyklus bør måles ved nedsatt nyrefunksjon og dersom nivået ligger i øvre del av referanseområdet, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med familiar forekomst av dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. I sjeldne tilfeller kan økt blodtrykk forekomme, behandling bør da seponeres umiddelbart. Bruken kan gjenopptas dersom normotensive verdier oppnås med behandling. Ved arvelig angioødem kan eksogene østrogener induisere eller forverre symptomer på angioødem. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver inntil verdiene normaliseres. Tilbakevendende gulsott og/eller pruritus som tidligere har forekommet under graviditet eller ved bruk av kjønnssteroider, krever seponering. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må følges nøye av lege, særlig i begynnelsen av behandlingen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er rapportert. Kvinner med chloasmatendens bør unngå sollys og UV-stråling. Pasienter med arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller

glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. Hvis tablettene tas >12 timer for sent, kan antikonseptjonsbeskyttelsen reduseres. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon og nedsatt prevensjonseffekt, og forholdsregler anbefalt ved glemt tablett bør følges. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i de første månedene. Dersom disse blødningene vedvarer eller inntreffer etter tidligere regelmessige menstruasjonssykluser, må ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ondartet sykdom og graviditet utelukkes. Hos noen kvinner kan bortfallsblødning utelukkende inntreffer etter tidligere regelmessige menstruasjonssykluser. Utsettelse av menstruasjon: Fortsett direkte på nytt brett uten å ta placebo-tablettene på gjeldende brett. Utsettelsen kan pågå så lenge det er ønsket inntil det 2. brettet er tomt. Bruk kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, men endringer er vanligvis innenfor normalområdet. Drospirenon gir økt reninaktivitet i plasma og aldosteronnivå i plasma.

**Interaksjoner:** Samtidig bruk av følgende legemidler kan gi gjennombruddsblødning og/eller nedsatt prevensjonseffekt: Fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, bosentan og hiv-preparater (f.eks. ritonavir, nevirapin), antibiotika (penicilliner, tetracykliner), muligens også okskarbazepin, topiramid, felbamid, griseofulvin og johannesurt (Hypericum perforatum). Ved kortvarig behandling med nevnte legemidler bør annen prevensjon benyttes i tillegg, og i inntil 7 dager (28 dager ved bruk av rifampicin) etter avsluttet bruk. Dersom samtidig administrering fortsetter utover slutten av p-pillebrettet, skal placebo-tabletter kastes og neste brett påbegynnes direkte. Ved langvarig behandling med leverenzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjonsmetode benyttes. Samtidig bruk med aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. Kaliumserum bør kontrolleres i 1. behandlingssyklus. Perorale kombinasjons-piller kan påvirke metabolismen av andre legemidler. Plasma- og vevskonsentrasjonen kan enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). (I: G03A A/AB)

**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden og andre sammensetningen av morsmelken. Små mengder antikonseptjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles i melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke brukes under amning.

**Bivirkninger:** Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/bryst: Brystsmerte, metroragi (går vanligvis over ved fortsatt behandling), amenoré. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Følelsesmessig labilitet. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ): Gastrointestinale: Magesmerter, oppkast, dyspepsi, flatulens, gastritt, diaré. Hjerte/kar: Migræne, åreknuter, hypertensjon. Hud: Akne, kløe, utslett. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal candidiasis, hoftesmerter, forstørrede bryster, fibrocystisk bryst, livmor-/skjedeblødning (går vanligvis over ved fortsatt behandling), utflod fra kjønnsorgan, hetetokter, vaginitt, menstruasjonsforstyrrelser, dysmenoré, hypomenoré, menoragi, tørrhet i skjeden, mistenkelig Papanicolaou-utstryk. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, smerte i ekstremiteter, muskelkramper. Neurologiske: Svimmelhet, parestesi. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido, nervøsitet, sømnløshet. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Asteni, økt svetting, ødem (generalisert, perifert, ansikt-). Sjeldne ( $\geq 1/10000$  til  $< 1/1000$ ): Blod/lymfe: Anemi, trombocytopeni. Endokrine: Endokrine sykdommer. Gastrointestinale: Oppsvulmet mage, gastrointestinal forstyrrelse, følelse av full mage/tarm, hiatushernie, candidiasis i munnen, forstoppelse, munntørrhet. Hjerte/kar: Takykardi, flebitt, karsykdom, epistakse, synkope. Hud: Kloasme, eksem, alopesi, dermatitt akneiform, tørr hud, erythema nodosum, hypertrikose, hudsykdom, hudstriae, kontaktdermatitt, lysfølsom dermatitt, hudkurer. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner. Infeksjoner: Candidiasis. Kjønnsorganer/bryst: Dyspareuni, vulvovaginit, blødning etter samleie, menstruasjonsblødning, brystcyste, brysthyperplasi, brystsvulst, livmorhalspolyp, endometriell atrofi, ovariecyste, forstørrelse av livmoren. Lever/galle: Gallesmerter, kolecystitt. Neurologiske: Vertigo, tremor. Psykiske: Anorgasmi, sømnløshet. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt, anoreksi, hyperkalemi, hyponatremi. Undersøkelser: Vekttap. Øye: Konjunktivitt, tørre øyne, øyesykdom. Øvrige: Uvelhet.

**Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Kvalme, oppkast, lett blødning fra skjeden (hos unge jenter). Behandling: Symptomatisk. Intet spesifikt antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger i Felleskatalogen G03A side 6.

**Egenskaper:** Klassifisering: Østrogen-gestagen (drospirenon) kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjon og endringer i endometriet. Absorpsjon: Nesten fullstendig. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinyløstradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinyløstradiol: Ca. 98.5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinyløstradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaclearance er 1,5±0,2 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og feces er ca. 40 timer. «Steady state»: Ca. 70 ng/ml etter 8 behandlingdager. Etinyløstradiol: Plasmaclearance er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er ca. 1 døgn. Metabolisme: Drospirenon metaboliseres i stor grad etter peroral inntak. Etinyløstradiol gjennomgår presystemisk konjugering i tynntarmens mucosa og i lever. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og feces. Etinyløstradiol: Via urin og galle.

**Pakninger og priser:** 3 · 28 stk. (kalenderpakn.) 287,40 kr.

**Sist endret:** 29.04.2010

## 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 raske oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig

## Ref. Statens Legemiddelverk



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo, Tlf.: +47 24 11 18 00 -  
www.bayerscheringpharma.no

Finnes det en P-pille som  
reduserer hormonsvingningene?



**YAZ inneholder 20 ug etinyløstradiol og 3 mg drospirenon i et nytt behandlingsprinsipp; 24/4.**

**Dette innebærer:**

- ▶ drospirenon har 30 timer halveringstid, og aktiviteten fortsetter inn i den hormonfrie perioden<sup>1</sup>
- ▶ 3 ekstra dager med EE/drsp antimineralkortikoid og antiandrogen aktivitet
- ▶ færre hormonelle svingninger<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Blode H et al. Eur J Contracept Reprod Health Care 2000;5(4) 256-84

<sup>2</sup> Klipping et al. Contraception 2008; 78(1):16-25



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

