

22-1
2009

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOLD

■ **Haydom – Tanzania s. 8** ■ Nye AHUS s. 13 ■ **PregMet – studien s. 16** ■
Seniorordningen s. 19 ■ **Alvorlige hendelser s. 20** ■ Vårkurset s. 40 ■



EMSELEX® - EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV

Effektivt¹

VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens¹
- Godt tolerert¹
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig²

 **Emselex**[®]
(darifenacin) 7,5mg og 15mg DEPOTABLETT
Effektiv og M₃ selektiv

Id-kode: 5084/02.2009

Referanser:
1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M₃ selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;99:993-1001.
2. FK-tekst 12.04.2007

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 og annonseansvarlig

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

Redaksjonsmedlemmer

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

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

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

Nettredaktør

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

Materiellfrister 2009

nr 2; 1. mai
nr 3; 15. juni
nr 4; 1. oktober

Innhold

■ Redaktøren	5
■ Leder	6
■ Artikkel	
Haydom Lutheran Hospital i Tanzania	8
Nye AHUS - Nord Europas mest moderne sykehus	13
PregMet – en studie ble til	16
”Seniorordningen” og overdragelse av praksis	19
■ Debatt	
Når det utenkelige skjer - søkelys på alvorlige hendelser	20
■ FUGO	
Nytt styre	26
Kolposkopi-kurs 2009	27
■ Foreningsnytt	
Status og utfordringer for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer	28
Ultralydundersøkelser innen gynekologi og fødselshjelp	31
Internasjonalt samarbeid	32
■ Kurs/kongress	
PSL’s administrasjonskurs	36
Mifepristone and Misoprostol	38
NGFs Vår møte 2009	40
Doppler-ultralyd og vekstkontroll i svangerskapet	41
Kongresskalender	43



22-1
2009



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2008-2009

Leder	Rolf Kirschner	Kvinnekliviken, Rikshospitalet	rolf.kirschner@rikshospitalet.no	Tlf: 911 36 553
Nestleder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinnekliviken St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	Tlf: 900 35 427
Vitenskapelig sekretær	Knut Hordnes	Kvinnekliviken, Haukeland Universitetssykehus	knut.hordnes@uib.no	Tlf: 915 38 874
Kasserer	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	toril.kolaas@c2i.net	Tlf: 906 63 264
Styremedlem og Redaktør Gynekologen (PSL) Sekretær (FUGO)	Runa S. Aabø	Sandvika Spesialistsenter	raa@sandspes.no	Tlf: 415 18 715
Varamedlem	Ane Gerda Zahl Eriksson	Gyn. avdeling, Ringerike Sykehus	anegerda@hotmail.com	Tlf: 482 30 660
Varamedlem (for PSL)	Kristin Skogøy	Nordlandssykehuset HF	kristin.skogoy@nlsh.no	Tlf: 952 75 910
Varamedlem (for FUGO)	Catarina Falck	Dybwadsgate Legesenter	catarina.falck@c2i.net	Tlf: 979 79 540
	Erik Andreas Torkildsen	Kvinnekliviken, Stavanger Universitetssjkehus	toea@sus.no	Tlf: 926 01 220

Zidoval[®] gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av
bakteriell vaginose



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

Referanser: Se preparatomtalen.

MEDA

Kontrastenes verden



Som spesialister i gynekologi og obstetrikk har vi det privilegium å kunne følge kvinnen gjennom alle livets faser. Vi involveres daglig i livets små og store gleder og sorger. Ressursene vi har tilgjengelig i vårt land går det mulig å tilby befolkningen helsetjenester av høy kvalitet. Dette gjenspeiles bl.a i svært lav barne – og mødredødelighet.

Dette er ikke tilfellet i store deler av verden. Til tross for at helsetjenester for mor og barn har vært et prioritert felt for myndigheter i mange utviklingsland og i internasjonal bistand, er livsl psrisikoen i forbindelse med svangerskap og fødsel svært høy globalt sett.

For å kunne være med å bidra og stimulere til bistandsarbeid innen v rt fagfelt, har Norsk gynekologisk forening over lengre tid hatt til vurdering ulike samarbeidsprosjekter. Det er med glede å melde at det nå er etablert et samarbeid med Haydom Lutheran Hospital i Tanzania. Forhåpentlig

griper mange av kollegene muligheten til å jobbe ved sykehuset, gjerne i forbindelse med overlegepermisjon.

I kontrast til de relativt enkle forhold som råder ved sykehusene i andre deler av verden, kan vi gratulere A-HUS med Europas mest moderne sykehus. Det er et utradisjonelt institusjonsbygg, og sykehuseier har ønsket en utforming som skal sette pasienten i sentrum. Man ønsker at åpenhet, god arkitektur og kunstnerisk utsmykning skal bidra til trygghet og en stimulerende atmosfære. Samling av funksjoner skal skape bedre kontakt mellom behandler og pasient, god organisering og moderne teknologi skal gi personalet mer tid til pasientene. På tross av organisatoriske utfordringer i forhold til teknologi og logistikk etter innflyttingen, er målet at moderne og effektive løsninger skal sikre pasientene best mulig behandling og gi personalet en enklere arbeidsdag.

Selv med de aller beste ressurser tilgjengelig er det naturgitt at vi som yrkesgruppe involveres i tragiske hendelser. Ting kan gå galt på tross av adekvat behandling. Om ikke situasjonen håndteres korrekt, kan den som står midt oppi en slik situasjon kunne føle at en står alene. Vi skal, som gode kolleger, være oppmerksomme på følgene en alvorlig hendelse kan få for den enkelte lege. Vi må være beredt til både å gi og motta støtte og omsorg når det er nødvendig. Det er også viktig å huske at Legeforeningen har etablert et kollegialt støttetilbud i alle landets fylker, og at det sentralt finnes svært gode rådgivere som kan gi juridisk bistand.

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/R D/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

Tore Henriksen, Branislava(Branka) MYli, Torunn Eikeland, J rg Kessler, Lisbeth Brech, Berit Lunden Hustad

LAPAROSKOPIUTVALGET

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

NETTREDAKSJONEN

Pooja Parashar

GYNEKOLOGEN

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

KVALITETSUTVALGET

Kåre Augensen(leder), Pål Øian, Bjørn Hagen, Jan Martin Maltau

FUGO

Sissel Oversand, Ane Gerda Zahl Eriksson, Erik Andreas Torkilsen, Marte F. Myhre, Vilde Lehland, Cristian Tappert

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

REVISJONSKOMITE – prose-dyrekoder i spesialistpraksis

Hilde Sundhagen, Oskar Johan Skår

VALGKOMITEEN

Grete Riis-Johannessen, Ingard Nilsen, Ole-Erik Iversen

ANDRE RELATERTE INSTANSER SPESIALITETSKOMITEEN

Kjell  . Salvesen (leder), Tone Skeie Jensen, Klaus Oddenes, Benet Hjelseth, Kari Anne Trosterud (vara), Trond Melby Michelsen (Ylf), Elisabeth Magnussen Balstad (vara), Elisabeth Berge Nilsen Ylf (vara)

NFGO

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

EBCOG

Rolf Kirschner, Runa Sigr d Aabø, Erik A Torkildsen (PWG representant)

NFOG'S NEMNDER

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

- Rolf Kirschner
- Rikshospitalet, Oslo
- Rolf.Kirschner@rikshospitalet.no

Kjære medlemmer



Vel inne i 2009 som kontraktbundet medarbeider i Oslo Universitetssykehus, fortsatt uvitende om hva som skal skje både lokalt som nasjonalt. Lokalt har det allerede blitt en del forvirring om prosessens fase I, dvs. ansettelse av direktør: først forlenges utlysningstiden, deretter trekker en seg- og en til- og en til, og så utsettes avgjørelsen; snart er det ikke flere negerbarn igjen (ref. Agatha Christie). Uansett så sitter jeg fortsatt på samme kontor og har avvirket min en- måneders overlegepermisjon meget tilfredsstillende med studiebesøk på sykehus i Danmark, Nederland og Frankrike, forhåpentligvis til gagn for kommende kolleger og pasienter.

Året starter med mange baller i luften, og kun Snåsa-mannen kan vite hvor de lander, kanskje knapt nok han.....!

Mens storsamfunnet synes mest opptatt av det overnaturlige og alternative behandlingsformer, har statsråden frontalangrepet spesialitetsordningen. Midt i samhandlingsprosessen har han på en times varsel meddelt Legeforeningen (og tannlegeforeningen og optikerforeningen) at han ønsker en rask endring av lovverket,

slik at delegasjonsretten dras inn. Det er ikke nok med å ta tilbake delegasjonen som Legeforeningen har fått fra Helsedirektoratet, f. eks. lage et overgangsprosjekt der saksgangen fortsetter som før, men med endelig godkjenning ved HDir, og deretter en evaluering. Nei, loven skal endres slik at ingen "private yrkesorganisasjoner" (ja, det er Dnlf blitt i dagens maktspråk) kan få anledning til å påvirke utviklingen. Høringsnotatet på 29 sider, med frist 9. mars, påpeker riktignok at dagens system har fungert meget tilfredsstillende i alle år, men at det er en "fare at en privat organisasjon både påvirker og kan dra nytte av", og at sykehusstrukturen er for meget pregete av legenes spesialitetsstruktur og ikke omvendt.

Legeforeningens ledermøte som var lagt til 27-28 januar la om programmet, slik at denne viktige saken kunne drøftes og en strategi legges. Essensen av forslaget er sannsynligvis at en vil kunne endre spesialitetsstrukturene, slik at en kan lage "lokale spesialister", kanskje med "enklere struktur", noe f. eks Helse-Nord har ønsket i noen tid, og dette i samarbeid med universitetene, som lenge har ønsket å overta mer av spesialistutdanningen og ikke minst forberede eksamener i den forbindelse.

Det er ingen løgn at NGF i mange år har vært spesielt opptatt av, og fått ros for, vårt fokus på utdanningen og LIS'enes utvikling, ved våre veiledere, utdanningsmaler, sykehusbesøk, EBCOG og ENTOG, loggbøker osv. osv, og vi kommer til å følge saken meget aktivt gjennom foreningen, og tar gjerne imot råd og kommentarer fra medlemmene i dette viktige arbeidet.

I denne forbindelse bes medlemmene bli mer aktive i å følge med på "Min Side" på legeforeningens nettside og ikke minst vende seg til å ta en titt på nettutgavene både av Dagens Medisin og Tidsskriftet, som ofte bringer nyttige nyheter og kommentarer før andre medier. Og ikke minst- NGFs nettside -still going strong!!

Av andre viktige saker fra HOD venter vi fortsatt, om enn noe forsinket, på "Svangerskapsdokumentet" som vi har nevnt tidligere, og på "Samhandlingsrefomen" som jo etter hvert er blitt en "Primærhelsereform". Sammen med flere fagmedisinske medlemmer fra Dnlf var vi invitert til halvdagsmøte i Dept i den anledning, og ga uttrykk for styrets mening i den forbindelse. Av disse to prosessene er det klart at den første er den som vil påvirke vårt arbeid mest, uten at vi har fått særlig innsyn i løpet av de to møtene vi har vært i, og dessuten har fått beskjed om at det kommer som en Stortingsmelding, dvs. uten høring. Som statsråden sier, slik er demokratiet, særlig når en sitter på et flertall.

Med hensyn til alle disse utfordringene som møter oss er det viktig at vi står samlet som profesjonelle yrkesutøvere, som stand og forening, og at evt. uenighet får et saklig og faglig innhold. Det er viktig at vi ikke "overreklamerer" oss og sår splid innad som får uønsket oppmerksomhet utad.

Det økonomiske oppgjøret etter årsmøtet i Bodø befestet inntrykket av at dette var "ze best ever; ref Samaranch", og det er bare å forsterke takksigelsene og gratulasjonene til den lokale arrangementskomiteen. Dette ikke sagt for å skremme noen i Fredrikstad

(i den grad det er mulig). Vi vet at man har store ting på gang i "plankebyen", og styret har planene klar for symposiene og har allerede sikret seg gode forelesere til plenumsforedragene. Vi kommer bl.a. til å sette av god tid til fortsatt behandling av komiterapporten vedr. rekruttering. Styret har valgt å fordele rapportinnholdet til de relevante aktørene, dvs spesialitetskomiteen, Overlegeforeningen, Yngre legers Forening og oss selv, slik at vi hver for oss tar for oss de aktuelle problemområdene. Følgelig har vi bedt om at alle disse presenterer sine saker i Fredrikstad, for diskusjon på møtet. Vi ser at det er noe som ikke stemmer mht bemanning og rekruttering når det allerede nå tilflyter oss nøddrop ang. bemanningen på sentrale steder i Østlandsområdet.

Avslutningsvis er vi glade for at et mangeårig arbeid fokusert på Afrika kan munne ut i et realistisk opplegg ved Haydomykehuset, som skissert i denne utganen av bladet. Etter mange forsøk opp mot ulike myndigheter og organisasjoner mener vi at dette er det som sannsynligvis har muligheter for å kunne bli realisert. Vi håper at mange tar seg tid til å lese gjennom artikkelen og reflektere over muligheten.

Stavanger er stedet- vårmøtet er saken! Det endelige programmet for dette Legeforeningsgodkjente kurset vårt foreligger på trykk og nettside, og det er bare å melde seg på. Kurset i 2008 var en suksess, og årets kurs i dagene 16-17 april vil garantert bli av samme kaliber. I tillegg er byen, ifølge mine kilder, en kulturell og sosial perle, så det går til og med an å forlenge oppholdet noen dager! Meld dere på!!

Da ses vi Stavanger! Ha en fin vinter!

Zidoval gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av bakteriell vaginose

c Zidoval «Meda»

Kjemoterapeutikum.

ATC-nr.: G01A F01

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

Indikasjoner: *Voksne:* Bakteriell vaginose.

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

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

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

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

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale:

Moderate og forbigående symptomer som mavesmerter, kvalme, brekninger. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Urogenitale: Lokal irritasjon, utflod, candidose. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, munntørhet, metallsmak. Hud: Kløe. Neurologiske: Uvanlig følelse i armer/ben. Sentralnervesystemet: Søvnforstyrrelser, irritabilitet, depresjon. Urogenitale: Symptomer på urinveisinfeksjon, mørkere urin. Hevelse, uregelmessige blødninger. Lekkasje av medikament. Øvrige: Krampefølelse.

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

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

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares < 25° C.

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

Pakninger og priser: 40 g med 5 engangsapplikatorer kr 141,20.

Sist endret: 13.06.2007 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Referanser:

1. Preparatomtale Zidoval Gel

2. Hanson JM et al. The J of Reprod Medicine, 2000; Vol. 45, No. 11

MEDA

Meda AS • Postboks 194 • N-1371 Asker

Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33

www.meda.no

- Gith Eng
- Overlege Ringerike sykehus
- Gith.Eng@ringerike-sykehus.no
- Oversatt fra svensk av Anne Zandjani

Haydom Lutheran Hospital i Tanzania

Haydom Lutheran Hospital (HLH) ligger i Mbulu distriktet i Tanzania. Sykehuset ligger i et høylandsområde 30 mil sydvest fra nærmeste større sted, Arusha, og ca 15 mil fra fantastiske safaris som Ngorongoro, Tarangire, Serengeti og Lake Manyara. Selvom Arusha er moderne på mange områder, kan dette ikke overføres til Haydom. Her smelter flere kulturer, stammer og språkgrupper sammen.



Historik og bakgrunn

Hovednæringen er småjordbruk og hoveddelen av befolkningen i området har lave inntekter. Her finner man stammer som Datoga, Hadzabe, Iraq og masai-er. Hadzabe samler inn planter, bær og frukter og jager med giftpil. De lever som de gjorde for 10 000 år siden. Haydom by har 20 000 innbyggere. Sykehusets opptaksområde er stort, på ca 2 millioner, i nærområdet bor ca 500 000 mennesker.

For drøye 50 år siden utryddet den tanzanianske staten den dødelige tse-tse fluen i Haydom området gjennom fjerning av skogen. Man ønsket at folk skulle slå seg ned her, for å drive jordbruk. Dette ble starten til HLH. Fra starten ble det lille sykehuset utstyrt med 50 senger. Året var 1955 og ansvarlig for driften var Dr Olaf Olsen. I 1961 ble driften overtatt av sønnen, avdøde Dr Ole Hallgrim Olsen sammen med sin hustru Kari, som til daglig kalles Mama Kari. Sykehuset har siden starten vært integrert i det nasjonale helseprogrammet. President Nyerere godkjente den første ekspansjonen og sykehuset fikk 250 senger i 1963.

Haydom Lutheran Hospital i dag

I dag er Dr Øystein Evjen Olsen

administrerende direktør ved sykehuset. HLH har økt sin kapasitet ytterligere og har nå 400 senger. Organisasjonen ved sykehuset er god, spesielt om man tar i betraktning at ressursene er små.

Målsetting for HLH

- Helse og behandling
- Kapasitetsøkning og opplæring
- Bekjempelse av fattigdom
- Samarbeid med institusjoner og mennesker som deler utfordringene

HLH har på mange måter bidratt til en positiv utvikling i sykehusets opptaksområde. Listen kan gjøres lang, men noen eksempler er forbedring av kvaliteten på drikkevannet, veier og helse. Forebyggende helsearbeid drives i sykehusets lokaler, i poliklinikker utenfor sykehuset og med mobile team (outreach). Det finnes 28 mor- og barnklinikker, hvorav 27 er outreach og en er lokalisert på HLH. Her tilbys svangerskapsomsorg, familieplanlegging og -utdanning, myggnett deles ut, HIV-testing, vaksinasjoner. I 2007 ble det ved disse klinikkene gitt ca 50 000 vaksinasjoner – morbilli, BCG, difteri, polio, tetanus. Antall mødre og barn som ble undersøkt/fikk behandling i mor-og

barnklinikken i 2007 var 24 033 respektive 81 664. Mødre dødeligheten i området er 382 per 100 000 forløsninger, som er lavt i forhold til det nasjonale tallet som er 1 100 per 100 000. Den neonatale dødeligheten er 17 per 1000 levende fødte barn jamført med 35 per 1000, nasjonalt sett. Ett spesielt program er rettet mot den mannlige delen av befolkningen, såkalte "males mobile clinics", der utdanning gis om kjønnssykdommer, med spesielt fokus på HIV/AIDS. Outreach arbeidet omfatter også andre spesialområder. På Haydom finnes en veldig aktiv øyeklinikk med operativ virksomhet og feltarbeide. En øyelege og en optiker er ansatt der. Det finns en tannklinikk, men det er ikke alltid en tannlege tilstede. En stor del av tannlegens arbeid går ut på å trekke dårlige tenner, mange ganger ute i felten, under ett tre.

Kurativt helsearbeid

De vanligste årsakene til at pasienter legges in på HLH, er forløsning, malaria, tuberkulose, diaré sykdom, pneumoni, fraktur/trauma, cancer, graviditetsrelaterte problemer, anemi og hjertesykdom. De vanligste dødsårsakene på sykehuset er tuberkulose og malaria.

Sykehuset har en barneavdeling med 70 plasser, ofte med et belegg på 100 pasienter. Dessuten finnes kirurgisk og medisinsk avdeling og støttefunksjoner som laboratorievirksomhet, røntgenavdeling, operasjonsavdeling, intensivavdeling og et apotek. Det finnes en Forløsnings- og BB avdeling (Maternity Ward) som i 2007 hadde 3343 forløsninger, men som ved halvårsrapporten i 2008 viste en tydelig økning av antallet fødende.

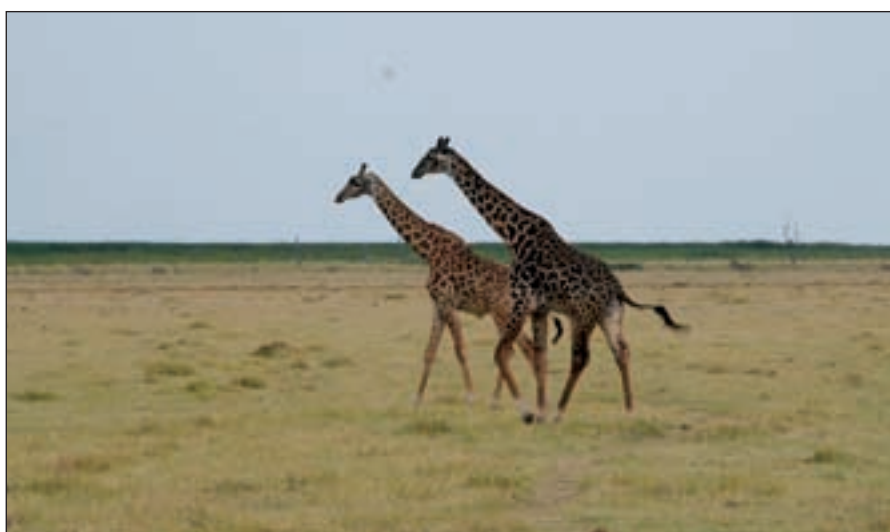
Arbeidet på Maternity Ward er tøft mange ganger. Personal- ressursene er få og romkapasiteten liten, i forhold til antallet innkommende pasienter. I flere av sengene ligger det ofte to pasienter. Hygiene er langt fra den vi er vant til, men innføringen av håndsprit på avdelingen, var en befrielse. Man er uvanlig nøye med å anvende hansker ved alle typer av undersøkelser. Ved operasjon er det en regel å bruke doble hansker. Beskyttelsesbriller og munnbind er en mangelvare, så har man tenkt seg ned til Haydom for å jobbe, er det en anbefaling å ta med seg det. De medisinske utfordringene er også store, interessante og lærerike. Her ser man interkurrente sykdommer hos gravide kvinner som man



Gith Eng foran hovedinngangen til Haydom Lutheran Hospital (HLH)



Blomstrende Jacarandatre på personalområdet.



Tanzania har et rikt dyreliv.



Laparotomi.



Mor- og barnundersøkelse i distriktet.

veldig sjelden eller aldri ser hjemme. De vanligste tilstander hos gravide er malaria, tuberkulose, diaré- sykdommer, anemi og generell underernæring. HIV som er utbredt langs østkysten og i de store stedene er mer sjelden i Haydoms opptaksområde. Studier og statistikk har vist at gravide med HIV nå ligger rundt 2-3% i opptaksområdet. Høyeste tall som er rapportert fra Tanzania er til sammenligning 45%. Alle kvinner som inngår i programmet for mødrehelsetjenesten blir testet for HIV og resultatet registreres både

i graviditetsjournalen som kvinnen skal ha med seg, og når hun kommer til sykehuset for å føde. HIV positive gravide kvinner går inn i et behandlingsprogram som tilbyr gratis bromsmedisiner og oppfølging.

Obstetriske komplikasjoner og katastrofer er vanlige. Ubehandlete preeklampsier, eklampsier, "obstructed labour" pga mekaniske misforhold eller sekunder risvekkelse, uterusrupturer og placentablødninger av ulike slag,

extrauterine graviditeter, er tilstand som man får se og behandle. Under mine ti uker på Haydom døde 4 unge, gravide kvinner av obstetriske katastrofer. Alle kom til sykehuset så sent, at vi ikke kunne redde dem. Alle var i sirkulatorisk sjokk pga hemoragi eller sepsis. Psykologisk er det naturligvis veldig belastende å vite at disse kvinnene trolig hadde kunnet reddes, om man hadde hatt ressurser. En kvinne døde etter et eklamptisk anfall, sannsynligvis av en cerebral blødning.

Muligheten å gi blod, er liten da transfusjonsblod er mangelvare. Ved planlagte operasjoner kreves det at pasienten alltid har en blodgiver med seg.

Ikke- gravide kvinner søker behandling for ulike ting. Det kan være menstruasjonsforstyrrelser, andre vaginal blødninger, gynekologiske infeksjoner, totale uterusfremfall, mistanke om cancer, ulike symptomer fra fistler.

Det som er mest nedslående er de mange cervixcancer pasientene som man møter. På Haydom finnes kunnskap og muligheter å få undersøkt cervixutstryk. På den tiden som jeg var der, gjorde vi mange koniseringer og hysterektomier ved precancerøse tilstand og cancer. Det er åpenbart at mye lidelse kunne vært forhindret, gjennom et forebyggende program. Det finnes en sterk interesse fra ledelsen på HLH å samarbeide i ett prosjekt om forebyggende behandling i form av HPV vaksinerings, cytologiprøver og oppfølging. Før man starter opp en sånn virksomhet, kreves en nøye planlegging. Nå finnes det ingen gynekolog stasjonert på Haydom. Da jeg kom til Haydom hadde det ikke vært noen gynekolog der på lang tid, og ingen tok over stafettspinnen, når jeg reiste derfra.

I en rapport i Tanzania Health Research Bulletin er 40% av alle innrapporterte cancertilfeller, cervixcancer. Antallet pasienter som kommer å involveres i ett forebyggende program kommer til å bli stort. Det er derfor ytterst viktig å få igang en "gynekolog-stafett" for å få en kontinuitet i ett sådant prosjekt.

Arbeidsdagen på HLH

Mitt arbeide besto i hovedsak av ulike gynekologiske og obstetriske problemstillinger og behandlinger. Den



På vei til Kilimanjaro, Afrikas høyeste fjell (5695 moh)

obstetriske delen skilte seg ikke mye fra mitt arbeide i Norge, det vil si keisersnitt, vakumforløsninger eller behandling av store blødninger, før og etter forløsninger. Ved ett tilfelle valgte jeg å utføre en kraniotomi på ett dødt foster, for å skåne den unge førstegangsfødende fra ett arr i livmoren, med tanke på fremtidige forløsninger. Så godt som alle kvinner som jeg undersøkte, var omskåret.

Gynekologien besto mest av poliklinikk, ultralydundersøkelser og operativ virksomhet. På Maternity Ward fantes ett gammelt ultralydapparat med en abdominal probe, så kvaliteten på undersøkelsene var ikke de beste. Man fikk hovedsaklig stole på palpasjonsfunnet. Flertallet av operasjonene var adnexpatologi, myoma uteri, precancerøse cervix tilstander, extrauterine graviditeter og store fremfall. Jeg så også noen kvinner med fistler, som jeg henviste til en spesialklinikk i Arusha. Behandlingen for pasienter med fistler er kostnadsfri.

Jeg er takknemlig over muligheten å ha fått arbeide og leve på Haydom Lutheran Hospital. Opplevelsene har vært mange. Det sosiale livet på Haydom er annerledes enn det man er vant til, men man behøver ikke å kjenne seg ensom. Vi var flere u-landsdoktorer som kunne støtte hverandre ved vanskelige opplevelser. Haydom besøkes også av medisin- og sykespleiestudenter som utfører en del av sin praksis der. Vi ble en sammensveiset gjeng av ulike nasjonaliteter, som var sammen på fritiden. Det ble mange og lange diskusjoner, utflukter og kortspill. Tanzania er et av verdens fattigste land, men her finnes annen rikdom i form av medmenneskelig varme, engasjement og glede, midt i alt det vanskelige. Landet har mye å by på med fantastisk kultur og natur. Jeg avsluttet mitt besøk i Tanzania med å besøke nasjonalparkene Lake Manyara og Ngorongoro, å bestige Uhuru peak, Kilimanjaro, og å oppleve det fantastiske Zanzibar.

NGF støtter arbeidsopphold på Haydom Lutheran Hospital

NGF ønsker å stimulere til bistandsarbeid innen vårt fagfelt. Flere former for bistand og ulike samarbeidspartnere har vært vurdert, før vi nå har valgt å promotere et samarbeid mellom Haydom og norske gynekologer.

Haydom-sykehuset ligger i Arusha-området i Tanzania, og har hatt norsk ledelse fra starten av, først med Ole Halgrim Evjen Olsen, og nå med Øystein Evjen Olsen som sjef. Sykehuset er usedvanlig veldrevet og gjennom årene har mange norske leger hatt et arbeidsopphold her, særlig fra Sykehuset i Kristiansand.

NGF vil støtte at norske gynekologer reiser til Haydom for arbeidsopphold, gjerne i forbindelse med overlegepermisjon. Ettersom det er behov for leger som kan arbeide selvstendig inne faget vårt, er det i første rekke overleger/spesialister som er aktuelle, men at LIS reiser sammen med overlege er en mulighet.

For informasjon om Haydom vises til deres nettsted www.haydom.no og til reportasje fra Gith Eng (se Gynekologen 1/2009) som arbeidet her 10 uker i 2008.

Arbeidet på Haydom er utfordrende, spennende og stimulerende og den som reiser må være initiativrik og løsningsorientert. Det foreligger en prosedyrebok for tilstander som vi ikke er vant til i Norge, som er til stor hjelp. Mye av arbeidet er imidlertid velkjent: Obstetrikk preges av vakuump, keisersnitt, behandling av store blødninger før og etter forløsning, og infeksjoner. Gynekologien dreier seg om spontanaborter, ekstrauterine svangerskap, cervixdysplasier, og laparotomier med adnexkirurgi og hysterektomier. Det er viktig å bidra med opplæring av de fast ansatte, noe som mottas med stor takknemlighet.

Det kreves arbeidstillatelse i Tanzania, og dette tar noe tid å skaffe, slik at reisen må planlegges minst 6 mnd i forveien.

Det kan søkes om reisestøtte hos Fredskorpset som har midler knyttet til ESTHER-samarbeidet. NGF kan også bidra med økonomisk støtte til reisen, etter søknad.

Er du interessert, ta kontakt med Haydom Lutheran Hospital ved leder Øystein Evjen Olsen, oeolsen@haydom.co.tz med kopi til post@haydom.co.tz. Spørsmål kan også rettes til NGF ved Knut Hordnes, knut.hordnes@uib.no.



© 2014 Vesicare, Inc.

**Mange bekymrer seg
for ikke å rekke frem i tide.!**

 **Vesicare**[®]
solifenacin

Nye AHUS - Nord Europas mest moderne sykehus

1.oktober 2008 åpnet det Nye Ahus. Poliklinikker, Dagkirurgisk enhet, sentraloperasjon, Føden, barsel og gynekologisk sengepost ble alle samlet i det nye bygget. Bygget Nye Ahus er 137 000 m² og har et pasientgrunnlag på 340 000. Nye Ahus har 735 senger, 22 operasjonsenheter, 8 fødemiljøer, 109 polikliniske rom, 90 dagbehandlingsplasser og 23 bildediagnostiske rom. Det er 4800 ansatte med et årlig budsjett på 3.5 milliarder kroner.

I forkant av flyttingen ble det planlagt omfattende omorganisering av både arbeidsprosesser og administrasjonsform, hvorav en av de største endringene er opprettelsen av Sykepleiedivisjonen. Sykepleiedivisjonens 'Samarbeidsområde 3' server sykepleietjeneste for Kvinneklubben, øre-nese-hals, ortopedi og nevrologi.

Ny teknologi

Det Nye Ahus er basert på ny teknologi, med AGV transportsystem for mat og utstyr, elektronisk tøy-system, IP-telefoni,

rørpostsystem og integrerte elektroniske journalsystemer med tategjenkjenning. Det ble i tillegg innført et elektronisk medikamenthåndteringssystem som nå er tatt ut av bruk, da det ikke fungerte.

For å få lov til å arbeide i det nye bygget, måtte alle ansatte igjennom ca 30 timer kurs og omfattende opplæring i alle de nye funksjonene før man ble utstyrt med ID-kort. Uten ID-kort kommer man ingen vei. ID kortet er nødvendig for å komme inn i bygget, få tilgang til kontorlandskap,

hente ut tøy, slå på datamaskinen, skrive ut dokumenter og betale i kantine.

Sengetun

Sengepostområdet er organisert i 4 sengetun, hvorav sengene fordeles mellom ortopedi, ØNH og gynekologi. Dette er i samsvar med 'Samarbeidsområde 3' i sykepleiedivisjonen. I praksis innebærer denne organiseringen at det ikke alltid er en sykepleier som har erfaring innenfor gynekologi på sengeposten. Senger på gynekologisk avdeling er redusert fra 27 til 9. Det er allerede et problem med for få senger på hele sykehuset. Fra å ha en samlet gynekologisk post opplever vi å ha pasienter 'spredt' rundt i sykehuset, på diverse akuttposter uten gynekologisk kompetanse. Med fleksibiliteten som var planlagt for en slik post, er det stadig konflikt med de uendelige mengdene av ortopediske ø-hjelp pasienter som opptar senger på gynekologisk sengetun. Vi har merket en økning av postoperative infeksjoner hos gynekologiske pasienter med økt reoperasjonsfrekvens den siste måneden. Årsaken til dette, og hvorvidt strukturen på sengepostene bidrar til dette, er ennå ikke avklart.

Effektivitet

Sykehuset er organisert med fokus på effektivitet. Det er stor poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet. I 2008 var det registrert 24226 konsultasjoner på



Nye AHUS.



Kvinneklinnens poliklinikk, en økning på 500 konsultasjoner fra 2007. Det ble administrert 401 cytostatika-kurer.

Vi tilbyr generell gynekologisk poliklinikk, urodynamikk inkl. uroterapeut, 3-D gynekologisk ultralyd, ø-hjelp, mottakspoliklinikk, infertilitetspoliklinikk. Provoserte medisinske aborter gjennomføres og cytostatika infusjoner gis på poliklinikken. Laserkoniseringer, vaporiseringer, hysteroskopier og andre inngrep i lokalanestesi utføres på skiftestuen på poliklinikken.

Vi tilbyr generelle fødepoliklinikker, øyeblikkelig hjelp, Diabetes pol, Embla pol, A-team med oppfølging av rus og psykososiale problemer, ultralyd screening og spesialisert føtal ultralyd. Det er kapasitet til å avlaste Ullevaal og Rikshospitalet med tidlig ultralyd som ledd i genetisk veiledning, men dette er enda ikke innvilget.

Siden liggetiden på barsel er redusert, er det lav terskel og stor tilgang til Barsel poliklinikken.

Dagkirurgi

Dagkirurgisk senter (DKS) flyttet inn i det Nye Ahus 1. april 2008, og er en effektiv enhet. Det er registrert 1295 dagkirurgiske gynekologiske inngrep i 2008, med forventet økning i 2009. Inngrep som utføres på DKS er vaginal hysterektomi, TCRE/TCRM, inkontinens operasjoner, vaginale plastikker, evacatio, abrasio og laparoskopier- diagnostiske, steriliseringer og behandling av ovarial cyster. Ved hjelp av ERAS og omfattende bruk av lokalanestesi er de fleste pasienter meget tilfredse med dagbehandling. Kvinner som gjennomgår større inngrep blir oppringt av sykepleier 1. postoperative dag.

Føden

Den nye fødeavdelingen har 8 fødemiljøer,

som inneholder en fødestue og et familierom/ 'latens rom' koblet med et bad. Målet var å kun ha en fødende per fødemiljø, men på grunn av plassmangel blir både familierommet og fødestuene fylt opp av fødende og barselkvinner. Det er innstallert STAN overvåking på alle fødestuer. Vi tilbyr alle former for smertelindring, inkludert lystgass og akupunktur. Badekarene er tilpasset for vannfødsler. Fødeavdelingen ligger vegg-i vegg med operasjonssalene, og vår 'Katastrofe-sectio' stue ligger som nærmeste stue. Nå som vi slipper å kjøre heis ned sju etasjer ved katastrofe sectio er utfordringen heller at vi rekker frem til operasjonsstuen før anestesi og operasjonspersonell.

Føde observasjonspost ligger i tilknytning til fødeavdelingen, med åtte sengeplasser. Denne posten brukes blandt annet til gravide med truende prematur fødsel, pre-eklampsi, elektive sectio, induksjoner etc. Det er et undersøkelsesrom tilknyttet posten, og all poliklinisk virksomhet på kveld og natt gjennomføres på avdelingen. Desverre fyller barsel-kvinner opp posten enkelte dager på grunn av plassmangel på barselavdelingen.

Barselavdelingen

Barselavdelingen er nå samlet i en avdeling i nær tilknytning til fødeavdelingen. Det planlegges et barselhotell i 2011, men inntil det merkes kutt i antall barsel senger, fra 42 til 28. De fødende nyter lyse, nye lokaler, med kun enkelt- og tomannsrom. Det er en post med 'mor-barn vennlig' prinsipper, tidlig hjemreise og for kvinner med patologisk fødsel/barsel forløp. Det er laget en midlertidig 'barsel-hotell' med rom kun for mor og barn i barneklivnikken med 5 senger. Her legges friske barselkvinner med normale fødsler. Ettersom sengemangelen på barsel påvirker kapasiteten i føde

avdelingen og på føde observasjonsposten, jobbes det med å utvide denne posten i påvente av barselhotellet. Desverre har reduksjonen i barselplasser ført til at noen fødende henvises til andre sykehus, men alle ansatte strekker seg til det ytterste for å ta imot våre fødende. Det ble satt rekord ved Ahus i 2008 med over 4200 fødsler, til tross for flytting!

Forskning

Det er stor forskningsaktivitet ved Kvinneklivnikken/Uio, med flere internasjonale og nasjonale publikasjoner i 2008. Overlege Eva Øverland vant pris for 'Beste foredrag' på Perinatal -dagene og overlege Memona Majiida vant 'Beste gynekologiske' foredrag på årsmøtet. Det er tilknyttet stipendiater, arrangeres diverse kurs, hvorav Bekkenbunnskirurgi med 'live' overføringer fra operasjonssalen. Det er stor satsing på det multidisiplinære Bekkenbunnsenteret, hvor pasienter fra hele Norge blir henvist til vurdering.

Utfordringer

Flyttingen til det Nye Ahus har vært spennende, men også svært utfordrende for alle ansatte ved Kvinneklivnikken. Bygget er prangende flott med flotte rom, utstyr og utmykking. Det er til dels stor frustrasjon med de teknologiske løsningene, organisatoriske utfordringer og problemer med pasientlogistikk. Totalt sett ses det forbedring og løsninger på de fleste områder i løpet av de 4 månedene bygget har vært i bruk, og vi ansatte ved Kvinneklivnikken forsøker å strekke oss til det ytterste for å gi pasientene like god eller bedre behandling enn i det Gamle Ahus!

Mer informasjon finnes på www.ahus.no

I DAG KAN VI GJØRE MER



GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Rekombinant, adsorbent

Den firevalente
vaksinen som skal
beskytte mot
livmorhalskreft*
– for bred beskyttelse
og tidlig nytte



Livmorhalskreft*



Premaligne genitale lesjoner

• Livmorhalsen

• Vulva

• Vagina

NY indikasjon



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18**



*Relatert til HPV 16/18
**Norsk SPC 05/09/08

- Eszter Vanky
- Overlege KK, St Olavs Hospital
- Eszter.vanky@ntnu.no
- Sven M. Carlsen
- Overlege KK, St Olavs Hospital
- sven.carlsen@ntnu.no

Metforminbehandling av gravide kvinner med PCOS

PregMet – en studie ble til

Tradisjonelt var Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) infertilitetseksperternes domene. De tok hånd om kvinner med sjeldne menstruasjoner, polycystiske eggstokker, hyperandrogenisme og uønsket barnløshet. Men nyere forskning viser at barnløshet bare er et aspekt. PCOS er en kompleks tilstand som har eksistert til alle tider, hos alle folkegrupper (i varierende grad), og har sannsynligvis vært en overlevelseshet ved redusert næringstilgang og økte fysiske krav.



Eszter Vanky

Endokrinologi anser PCOS å være et "hyperandrogene metabolske syndrom" siden flertallet PCOS kvinner er insulinresistente og mange har metabolsk syndrom. Flertallet PCOS kvinner blir spontant gravide, mens noen må ha hjelp. Fra 1990-tallet kom rapporter om økt forekomst av graviditetskomplikasjoner som svangerskapsdiabetes, preeklampsi og prematur fødsel. Et tiår senere begynte det å komme retrospektive, ukontrollerte

rapporter om at metformin minsker risikoen for spontanabort hos PCOS kvinner. Etter hvert har dette medført at en del leger, også i Norge, begynte å behandle PCOS kvinner med metformin gjennom hele eller deler av graviditeten, såkalt "villbehandling" (jmf "vill-screening"). Trykket fra pasienter som forlanger å få metformin er økende.....

Pilotstudie

Ideen om en prospektiv, randomisert studie for å undersøke effekten av metformin på androgener og glukosemetabolisme under graviditet hos kvinner med PCOS dukket opp før "villbehandling" var særlig vanlig. En pilotstudie ble gjennomført i Trondheim fra 2000-2003 med 40 deltakere. Resultatet var overraskende! Vi kunne ikke vise noen effekt av metformin på androgener og ingen sikker effekt på glukosemetabolisme. Men de metforminbehandlede kvinnene hadde signifikant færre alvorlige svangerskapskomplikasjoner! Faktisk var det 7 alvorlige svangerskapskomplikasjoner i kontrollgruppen og ingen i metformingruppen.

Dette var for bra for å være sant! Det måtte en betydelig større prospektiv,

randomisert dobbelblind studie til. Det var viktig å avklare om metformin forebygger svangerskapskomplikasjoner hos PCOS kvinner slik at eventuelt alle kan tilbys slik behandling. Eller i motsatt fall få slutt på uvirksom behandling. Og dette måtte gjøres før "villbehandlingen" tok helt overhånd og vanskeliggjorde rekruttering.

Jeg fikk mye oppmuntring og oppbakking av kolleger, - et postdoktorstipend, men lite penger. To kubikkmeter metformin og placebo fikk vi vederlagsfritt fra Weifa.. Og så var vi i gang! Jeg fridde i øst og i vest, i nord og i sør til kolleger om frivillig gratisarbeid uten utsikt til kongressreiser eller andre goder. Og respons fikk vi der og når vi minst forventet. Det ene senter etter det andre meldte seg. Noen sluttet og andre tilkom. Det har vært meget oppmuntrende å oppleve så mye egenutnyttig entusiastisk innsats for å avklare en viktig klinisk problemstilling.

PregMet-Studien

En prospektiv, randomisert dobbelblindt, egeninitiert norsk multisenterstudie. Gjennomført etter GCP reglene.

Måler er å avklare om metformin hos PCOS kvinner reduserer forekomsten av

1. Svangerskapsdiabetes
2. Preeklampsi
3. Preterm fødsel

Inklusjonskriter: PCOS diagnose, singelton svangerskap, ikke kjent diabetes før graviditet.

Deltakerne ble inkludert før utløp av uke 12 i graviditeten og ble randomisert til enten metformin 1000 mg x 2 eller tilsvarende placebo. Alle fikk kost- og livsstilsråd. Blodprøver ble tatt 4 ganger i graviditeten og peroral glukosebelastning ble gjennomført 3 ganger. Kvinnene ble ultralydundersøkt ved 3 anledninger.

Blodprøver fra navlesnor og placentabiopsier ble samlet (i Trondheim).

265 kvinner er inkludert (målet er 300), 223 er forløst og "drop out" frekvensen er bare 4 %. Studien avsluttes juli 2009 og resultatene vil bli presentert i løpet av høsten 2009. Da vil vi i Norge sannsynligvis ha avklart hvorvidt metformin reduserer svangerskapskomplikasjoner som

svangerskapsdiabetes, preeklampsi og preterm fødsel hos PCOS kvinner. Vi vil kunne gi bedre råd om hvordan PCOS kvinner bør følges gjennom graviditeten. Og ikke minst vil vi ha et internasjonalt unikt materiale for basalforskning på PCOS, graviditet og metformineffekter.

Diagnosekriterier for PCOS

Minst 2 av 3 kriteriene må oppfylles:

Polycystiske ovarer

- Minst 12 follikler i et ovar
- Minst 10 ml³ ovarialvolum

Hyperandrogenisme

- Klinisk eller
- Biokjemisk

Oligo/amenoré

- > 35 dagers syklus eller
- < 10 blødninger / år

Sentralisert fedme

Insulinresistens

Vanlig forekommende hos PCOS

Sentrene og legene i PregMet-studien

Solhild Stridsklev - Trondheim

Ilka Clemens - Trondheim

Kari Flo - Tromsø

Kristin Skogøy - Bodø

Sissel Hjelle - Ålesund

Agneth Lund - Bergen

Philip von Brandis - Stavanger

Torunn Eikeland - Haugesund

Oddrun Kleggetveit - Kristiansand

Ingunn Almås - Drammen

Kristine Flaten Berg - Drammen

Gabor Bunford - Hønefoss

Cecilie Bjerke - Lillehammer

Ann Hilde Berg - Lillehammer

Anna Danielsson - Lillehammer

Gulim Lahmami - Bergen

Margareth Lode - Ålesund

Hilde Berg - Lillehammer

VESICARE®. KOMPETITIV, SPESIFIKK KOLINERG RESEPTORANTAGONIST. **ATC-KODE:** G04B D08. **TABLETTER, FILMDRASJERTE 5 MG OG 10 MG:** HVER TABLETT INNEH.: SOLIFENACINSUKSINAT 5 MG, RESP. 10 MG TILSV. SOLIFENACIN 3,8 MG, RESP. 7,5 MG, LAKTOSEMONOHYDRAT, HJELPESTOFFER. FARGESTOFF: 5 MG: GULT JERNOKSID (E 172), TITANDIOKSID (E 171), 10 MG: RØDT JERNOKSID (E 172), TITANDIOKSID (E 171). **INDIKASJON:** SYMPTOMATISK BEHANDLING AV URGEINKONTINENS OG/ELLER HYPPIG VANNLATING OG ØKT VANNLATINGSTRANG SOM KAN FOREKOMME HOS PASIENTER MED OVERAKTIV BLÆRE. **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. **GRAVIDITET/AMMING:** OVERGANG I PLACENTA: FORSIKTIGHET MÅ UTVIKLES VED FORSKRIVNING TIL GRAVIDE. OVERGANG I MORSMELK: BRUK UNDER AMMING BØR UNNGÅS. **BIVIRKNINGER:** KLASSESPESIFISKE, ANTIKOLINERGE BIVIRKNINGER AV (VANLIGVIS) MILD ELLER MODERAT GRAD. HYPPIGHETEN ER DOSERELATERT. MUNNTØRRHET ER SETT HOS 11% BEHANDLET MED 5 MG 1 GANG DAGLIG OG HOS 22% BEHANDLET MED 10 MG 1 GANG DAGLIG. HYPPIGE (>1/100): GASTROINTESTINALE: FORSTOPPELSE, KVALME, DYSPEPSI, ABDOMINALSMERTER. SYN: TÅKESYN. MINDRE HYPPIGE: GASTROINTESTINALE: GASTROØSOFAGEALE REFLUKSSYKDOMMER, TØRR HALS. HUD: TØRR HUD. LUFTVEIER: NASAL TØRRHET. NEUROLOGISKE: SOMNOLENS, DYSGEUSI. SYN: TØRRE ØYNE. UROGENITALE: URINVEISINFEKSJON, VANNLATINGSBESVÆR, URINRETENSJON, CYSTITT. ØVRIGE: TRETTHET, PERIFERE ØDEMER. SJELDNE (<1/1000): GASTROINTESTINALE: OBSTRUKSJON I COLON, FEKAL IMPAKSJON. DET ER IKKE SETT ALLERGISKE REAKSJONER UNDER DEN KLINISKE UTVIKLINGEN, MEN AT ALLERGISKE REAKSJONER KAN OPPSTÅ KAN ALDRI UTELUKKES. **OVERDOSE-RING/FORGIFTNING:** SYMPTOMER: HØYESTE SOLIFENACINSUKSINATDOSE ADMINISTRERT ER 100 MG SOM ENGANGSDOSE. DE MEST VANLIGE BIVIRKNINGENE VED DENNE DOSEN ER HODEPINE (MILD), MUNNTØRRHET (MODERAT), SVIMMELHET (MODERAT), DØSIGHET (MILD) OG TÅKESYN (MODERAT). DET ER IKKE RAPPORTERT TILFELLER AV AKUTT OVERDOSE-RING. BEHANDLING: VED OVERDOSE-RING BØR PASIENTEN BEHANDLES MED AKTIVT KULL. VENTRIKLESKYLLING KAN FORETAS, MEN DET BØR IKKE FREMKALLES BREKNINGER. SYMPTOMATISK BEHANDLING. EN BØR VED OVERDOSE-RING 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. MYOKARDISCEMI, ARYTM, KONGESTIV HJERTESVIKT). **FORSIKTIGHETSREGLER:** ANDRE ÅRSAKER TIL HYPPIG VANNLATING (HJERTESVIKT ELLER NYRESYKDOMMER) BØR VURDRES FOR 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 NEUROGEN ÅRSÅK TIL DETRUSOR-OVERAKTIVITET. PASIENTER MED SJELDNE ARVELIGE PROBLEMER MED GALAKTOSEINTOLERANSE, EN SPESIELL FORM FOR HEREDITÆR LAKTASEMANGEL (LAPP LACTASE DEFICIENCY) ELLER GLUKOSE/GALAKTOSEMA-LABSORPSJON 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 UTALT TERAPEUTISK EFFEKT OG FLERE BIVIRKNINGER. DET BØR GÅ CA. 1 UKE MELLOM AVSLUTTET BEHANDLING MED SOLIFENACIN FOR EN ANNEN ANTIKOLINERG BEHANDLING INNLEDES. SOLIFENACINS TERAPEUTISKE EFFEKT KAN BLI REDUSERT VED SAMTIDIG ADMINISTRERING AV KOLINERGE RESEPTORAGONISTER. SOLIFENACIN KAN REDUSERE VIRKNINGEN AV MIDLER SOM STIMULERER DEN GASTROINTESTINALE MOTILITETEN, F.EKS. METOKLOPRAMID OG CISAPRID. SOLIFENACIN METABOLISERES AV CYP 3A4. DERFOR BØR MAKS. SOLIFENACINDOSE BEGRENSES TIL 5 MG VED SAMTIDIG BEHANDLING MED KETOKONAZOL ELLER TERAPEUTISKE DOSER AV ANDRE POTENTE CYP 3A4-HEMMERE (F.EKS. RITONAVIR, NELFINAVIR, ITRAKONAZOL). **DOSE-RING: VOKSNE INKL. ELDERE:** 5 MG 1 GANG DAGLIG. DOSEN KAN ØKES TIL 10 MG 1 GANG DAGLIG ETTER BEHOV. **BARN OG UNGE:** SIKKERHET OG EFFEKT ER FORELØPIG IKKE TILSTREKkelig DOKUMENTERT. BØR DERFOR IKKE BRUKES TIL BARN. NEDSATT NYREFUNKSJON: PASIENTER MED ALVORLIG NEDSATT NYREFUNKSJON (KREATININCLEARANCE ≤30 ML/MINUTT) MÅ BEHANDLES MED FORSIKTIGHET, MAKS. 5 MG 1 GANG DAGLIG. NEDSATT LEVERFUNKSJON: PASIENTER MED MODERAT NEDSATT LEVERFUNKSJON («CHILD-PUGH» GRAD 7-9) MÅ BEHANDLES MED FORSIKTIGHET, MAKS. 5 MG 1 GANG DAGLIG. TABLETTENE KAN TAS UAVHENGIG AV MAT OG BØR SVELGES HELE MED VANN. **PAKNINGER OG PRISER:** 5 MG: 30 STK. KR. 399,30, 90 STK. KR. 1119,50. 10 MG: 30 STK. KR. 487,90 STK. KR. 1391,10. T: REFUSJONSBERETTIGET BRUK: MOTORISK HYPERAKTIV NEUROGEN BLÆRE MED LEKKASJE (URGE-INKONTINENS). REFUSJONSKODE: ICPC: U04 URININKONTINENS ICD: N39.4 ANNEN SPESIFISERT URININKONTINENS VILKÅR: INGEN SPESIFISERT. **REFERENS:** 1. KARAM ET AL. UROLOGY, VOLUME 73, NUMBER 1, JANUARY 2009, P. 14-18.

BASERT PÅ PREPARATOMTALE GODKJENT AV STATENS LEGEMIDDELVERK 05.01.2006. FULL PREPARATOMTALE KAN REKVIRERES HOS ASTELLAS PHARMA. TEKSTEN SIST ENDRET 01.09.08. ASTELLAS PHARMA, SOLBRÅVEIEN 47, N-1383 ASKER. TEL: +47 66764600. FAX: +47 66903520. E-MAIL: KONTAKT@NO.ASTELLAS.COM, WWW.ASTELLAS.NO

Kentera
oxybutynin

Doseres kun to ganger i uken



Referanser:

1. Dmochowski RR, et al. *Urology* 2003;62:237-42.
2. Davila GW, et al. *Urol Clin N Am* 2006;33:455-63.

Kentera Nicobrand Urinveisspasmolytikum. ATC-nr.: G04B D04
DEPOTPLASTER 3,9 mg/24 timer: Hvert depotplaster inneholder 3,9 mg Oksybutynin 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, hofter 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 nyre- eller leversvikt. Pasienter med leversvikt skal overvåkes nøye. Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdom) skal undersøkes før behandling. Forsiktighet utvises ved betydelig hemmet blæretømming og ved behandling av eldre. Antikolinerge midler kan føre til døsighet, søvnighet eller uklart syn. Alkohol kan forsterke døsighet.

Interaksjoner: Samtidig bruk av andre antikolinerge legemidler eller midler som konkurrerer om CYP 3A4-metabolismen, kan øke hyppigheten eller alvorlighetsgraden av munntørrhet, forstoppelse og døsighet. Andre antikolinerge legemidler er f. eks. amantadin og antiparkinsonmidler (biperiden, levodopa), antihistaminer, antipsykotika (fentiaziner, butyrofenoner, klozapin), kinidin, trisykliske antidepressiva, atropin og relaterte forbindelser som atropin spasmolytika og dipyrindamol. Anti-

kolinerge effekter på gastrointestinal motilitet kan endre absorpsjonen av visse legemidler som gis samtidig. Interaksjon med legemidler som hemmer CYP 3A4, som azolantimykotika (f.eks. ketokonazol) eller makrolidantibiotika (f.eks. erytromycin), kan ikke utelukkes. Oksybutynin kan antagonisere effekten av motilitetsstimulerende legemidler.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Dyrestudier 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, søvnighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, abdominalt ubehag. Hud: Elveblest, sopp. Luftveier: Øvre luftveisinfeksjon, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter. Sirkulatoriske: Hetetokter, palpitasjoner. Urogenitale: Urinretensjon, dysuria. Øvrige: Påført skade.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Antikolinerge effekter, som stimulering av sentralnervesystemet, rødme, feber, dehydrering, hjerterytmi, oppkast og urinretensjon. Behandling: Symptomatisk. Plasmakonsentrasjonen reduseres 1-2 timer etter fjerning av plasteret. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D04 og G04B D.

Egenskaper: Klassifisering: Urinveisspasmolytikum. Virkningsmekanisme: Kompetitiv, selektiv muskarinreseptorantagonist. Relaksere glatt muskulatur i blæren, øker den maksimale blærekapasiteten og volumet før første detrusor kontraksjon. Dermed reduseres trang og hyppigheten av inkontinens episoder og frivillig vannlating. Oksybutynin er racemisk. Antimuskarinaktiviteten er hovedsakelig i R-isomeren som viser større

selektivitet for muskarin subtypene M1 og M3 (predominant i detrusor-muskelen 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 metabolitt er 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 483,30. 24 stk. kr 1368,70.

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

Refusjonskode:

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

Vilkår: Ingen spesifisert

”Seniorordningen” og overdragelse av praksis

Hva får en gynekolog til å ta skrittet ut av sykehuskarrieren og etablere praksis? Bort fra operativ virksomhet og fra obstetrikken utfordringer, forlate det sikre og trygge i en fast stilling og ut i det mer uvisse, der det fullstendig er avhengig av egne evner og innsats hvorvidt man skal lykkes.



Jørn-Hugo Karlsen og Tom Seeberg

Å drive egen, fulltids praksis krever først og fremst mot og motivasjon. Og, ikke minst, man bør kjenne ekte glede ved pasientarbeidet. Den praktiserende gynekolog kan tilby kvinnene en rekke fordeler sammenliknet med poliklinikkens tilbud. Pasientene sikres kontinuitet, konfidensialitet og en type lege-pasient-forhold som bare unntaksvis vil kunne etableres ved en sykehuspoliklinikk. Jeg mener at denne ”kvalitetssikringen” er vesentlig, idet nærhet og fortrolighet betyr svært meget.

Jeg valgte å gå ut av sykehusarbeidet og drive egen praksis, jeg har faktisk ikke angret én dag på dette valget. I begynnelsen var det ganske glissent mellom pasientene, jeg måtte en tid påta meg jobb som tilsynslege ved et par aldersinstitusjoner og kjøre legevakt for å få endene til å møtes. Den nye status som selvstendig næringsdrivende førte med seg forpliktelser overfor pasienter og det medisinske hjelpepersonell jeg ansatte. I alle år har jeg i tillegg til legesekretær hatt en dyktig og ultralydkompetent jordmor ved kontoret. Årene har rast avgårde og til sommeren slutter jeg etter drøyt 25 år som avtalespesialist. Jeg kan med hånden på hjertet si at jeg har gledet meg til hver eneste arbeidsdag, og jeg gledergruer meg til å bli pensjonist.

Rammeavtalen mellom Helse SørØst og Legeforeningen gir tilbud om såkalt ”seniorpolitikk”, avtalespesialisten gis derved mulighet til å trappe ned sin virksomhet og å gi rom for yngre kollega. Jeg valgte å avstå 60% av hjemmelen for selv å beholde de resterende 40% og to arbeidsdager i uken

det siste halvannet år før pensjonering. Jeg må ærlig innrømme at det var med blandete følelser jeg leste ”ledig avtalehjemmel i gynekologi”-annonsen i Tidsskriftet. Det meldte seg en del søkere, innstilling og ansettelse forløp uten problemer etter et fint samarbeid mellom Helse SørØst, PSL-representant og meg. ”Junior” og jeg kom ganske raskt og ukomplisert til enighet om overdragelses-summen. Ved at jeg betaler et fast beløp hver måned bidrar jeg med de avtalte 40% av driftsomkostningene. Nå et år etter at ”junior” kom inn i praksis føler jeg at jeg har vært heldig og fått riktig mann på riktig plass.

Etter 40 år som lege sitter det i blodet. Selv om jeg ellers har nok ting å sysle med liker jeg ikke utsiktene til at legearbeidet om få måneder må avsluttes. Jeg blir 70 år til sommeren, føler meg som midt i 50-årene og er fortsatt levende opptatt av pasientarbeid.

- Margit Steinholt
- Overlege, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
- Margit.Steinholt@sasyk.nl.no

Når det utenkelige skjer

En lang seinsommerkveld i fjor ble jeg sittende og se på reprisen av serien "Jordmødrene". Temaet for episoden var barn som dør i mors liv eller under fødselen, og alvoret ble fint avstemt mot nødvendigheten av profesjonalitet i slike situasjoner.

Det som slo meg etter programmet var at nesten alle jordmødrene på denne store fødeinstitusjonen hadde opplevd dødfødsler, men ingen fortalte om den virkelig store tragedien; nemlig når mor dør. Det sier vel mer enn mange ord at norske helsearbeidere er skjermet fra de utrolig krevende situasjoner som kolleger andre steder i verden møter daglig.

For 100 år siden var mødredødeligheten i Norge lik den i mange 3. verden land i dag; nemlig mellom 0,5 % - 1 %. Med dagens fødselstall på opp under 60 000, skulle det tilsa at mellom 300 og 600 norske kvinner skulle dø hvert år....

De siste tiårene har mødredødeligheten i vårt land vært svært lav, bare 3 -5 dør årlig av svangerskapsrelaterte tilstander. Det er derfor ikke underlig at jordmødrene på TV har vært forskånet fra å oppleve mødre som dør.

Som fødselshjelpere opplever vi daglig at livet er skjært og fantastisk! Hver fødsel er et under enten man har en religiøs eller sekulær holdning til skaperverket. Ved hjelp av verdens beste mødre helse går det

heldigvis lang tid mellom hver gang tragedien rammer familier, enkeltpersoner og fagfolk i form av alvorlig skade eller død på mor eller barn.

Likevel skjer det utenkelige og det brutale; unge friske kvinner dør i det de er i ferd med å sette nytt liv til verden. Det som ikke skulle hende inntreffer likevel, og tilbake står knuste pårørende, ofte med en nagende mistanke om at helsepersonell har gjort fatale feilvurderinger.

Slike hendelser fører ikke sjelden med seg langvarig saksbehandling i Helsetilsyn og Pasientskadenemnda, og sorgprosessen for alle involverte trekkes dermed også i langdrag.

Sorgen hos familie og nære pårørende etter tragiske hendelser er forståelig og vekker sympati og omsorg hos alle. Vanskeligere er det å få tak i og kanskje skjønne sorgen hos de leger og jordmødre som også var involvert i tragedien. Sorgen omfatter redsel for represalier, for å gjøre feil på nytt og en følelse av å ha mistet grepet i et håndverk man trodde man kunne.

I dette nummeret av "Gynekologen" ønsker redaksjonen å fokusere på hva som kan skje når det utenkelige inntreffer. Redaksjonen har snakket med aktører med forskjellige ståsted, og forhåpentligvis vil dette avstedkomme ettertanke og diskusjoner blant kolleger og andre berørte.

En kollega opplevde at saken der han var kalt inn som vitne, nærmest utviklet seg til et overgrep mot ham – sjøl om det var Norsk Pasientskadeerstatning som var saksøkt. For å få noen betraktninger rundt medias rolle og ansvar i saker der helsepersonell er involvert, intervjuet ”Gynekologen” vår kollega, som ønsker å være anonym, Hilde Haugsgjerd (nestleder i Pressens faglige utvalg (PFU) og ansvarlig redaktør i Aftenposten) og Frode Solberg (fagsjef og advokat i Legeforeningens Forhandlings- og helseerettsavdeling).

KOLLEGAEN:

Vår kollega velger å være anonym da han ønsker fokus på sak og ikke på person. Dr NN er en erfaren gynekolog og fødselshjelper. Han har arbeidet i mange år på både små og store avdelinger. Den nåværende arbeidsplassen har vært hans de siste 10 årene.

Året før den aktuelle hendelsen hadde han sectioforløst samme kvinne grunnet dårlig fosterlyd. Det barnet døde etter noen dager, grunnet store medfødte misdannelser.

Den aktuelle hendelsen inntraff senhøsten 2003. Vår kollega kjente kvinnen godt fra før. Da det i følge norske retningslinjer ikke forelå indikasjon for keisersnitt, lå alt til rette for en spontan vaginal fødsel denne gang.

Katastrofesnitt

Da NN ankom fødestua, ble det raskt slått fast at en måtte gjøre katastrofesnitt pga svært dårlige fosterlyd. Det viste seg peroperativt at det forelå en total uterusruptur med foster liggende i fri bukhule. Mor og barn ble så vidt berget, men barnet har dessverre fått betydelig nevrologisk sequele.

Akdekvat helsehjelp

Foreldrene søkte Norsk Pasientskadeerstatning om erstatning, men fikk avslag. Anken til Pasientskadenemnda ble også avvist. Begge ganger fastslo sakkyndige at helsehjelpen som ble utført i forbindelse med fødselen var adekvat og i henhold til nasjonale retningslinjer.

Vitne

Foreldrene gikk så til sivil søksmål mot Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Vår kollega ble kalt inn som vitne for NPE i denne rettsaken, men han var helt uforberedt på hva som ventet.

For å kunne undergrave NPE's første og andre vurderinger av pasienthistorien, ble strategien til familiens advokat å så tvil om NN's kompetanse og det aktuelle sykehus

sin håndtering av saken. Fra å være innkalt som vitne, opplevde NN at saken tok en vending der han nærmest endret status til å bli den tiltalte.

Troverdighet

Det hadde vært noen uklarheter om sykehusets sekretær virkelig hadde sendt inn alle de begjærte journalkopier. For å ordne opp i dette, hadde vår kollega selv kopiert opp alle dokumenter og sendt inn til retten. Familiens advokat anklaget nå vår kollega for å ha forfalsket dokumentene og skrevet de i ettertid. Overfor sittende rett, med journalister tilstede, sier familiens advokat: ”Nå har overlege NN ikke noe annet valg enn å legge kortene på bordet, og det fremgår nå klart hvor selektiv han tidligere har vært. Overlege NN har ikke noen troverdighet.”

Slik fortsatte prosessen timevis med spørsmål av administrativ/organisatorisk art og som ikke hadde noe med selve saksspørsmålet å gjøre. Strategien var å undergrave tiltroen til vår kollega.

Norsk Pasientskadeerstatning tapte saken, og familien ble tilkjent erstatning. I domspremissene ble det lagt til grunn at fødselshjelpen var adekvat utført, men at det hadde tatt litt for lang tid før alarmen gikk til keisersnittet ble utført.

Pressen

Forut for det sivile søksmålet var det en rekke artikler i lokalpressa om den berørte familien. Det var derfor stor interesse rundt saken, og dermed også stort oppslag da familien vant fram.

Slik saken ble framstilt i den lokale avisa, måtte man kjenne saken ekstremt godt for ikke å få det inntrykk at vår kollega var syndebukken. Han var nevnt med navn flere ganger, og artikkelen kunne lett forstås dit hen at foreldrene hadde saksøkt ham og sykehuset og ikke NPE. I lokalavisen sin framstilling kunne en lett få inntrykk av at han også var skyldig i det første barnets død.

Artikkelen var dessuten trykket uten at han som berørt part hadde fått noen mulighet til å komme med korrigerende opplysninger.

“Gynekologen”: *Du har nølt lenge med å stille i et intervju. Hva var det som til slutt fikk deg å stille opp?*

NN: Utfallet av denne saken er ekstremt uheldig. På en måte skjønner jeg godt foreldrepares bitterhet og fortvilelse. Dessverre er det slik; enkelte ganger går det skikkelig galt, tross for at vi gjør det vi skal. Dette må vi alle i vår spesialitet være klar over.

Egentlig har jeg lagt saken bak meg. En må gå videre. At jeg til slutt fant å stille opp til intervju, er at når jeg om noen få år trekker meg tilbake, går Foreningen glipp av en erfaring, som – hvis den håndteres korrekt – kan komme yngre gynekologkollegaer til gode.

For det første er det viktig, at yngre kollegaer vet at forferdelige ting kan skje, og for rutinerte folk. Og at en da står meget alene. Nå har jeg den fordel at jeg har jobbet i 35 år i dette fag, de siste 10 årene

her i lokalsamfunnet, og at folk flest vet hva jeg står for. Dessuten har jeg hatt en god støtte av mine overordnede.

For det andre mener jeg at Norsk Gynekologisk Forening (NGF), sammen med Den Norske Legeforening (DNLF), må ta tak i dette. Både dette med pressen og særdeles dette med jus. Jeg innrømmer villig at jeg rett og slett var naiv. Tenkte i min enfold, at det er vel ikke så farlig å fortelle sannheten. Jeg vet nå, at når det er tilstrekkelig mye

penger, som står på spill, brukes alle midler for å oppnå målet.

For å unngå misforståelse, vil jeg understreke, at jeg mener at foreldrepåret hadde all rett å saksøke staten ved NPE. Jeg tenker mest på måten som advokat og journalister agerte. Når det står tilstrekkelig mye penger på spill virker det som om alt er tillatt. Det sjenerer dem ikke å kle av mennesker all heder og respekt. Jeg opplevde en råhet og hensynsløshet, som jeg aldri hadde kunnet forestille meg.

Det jeg skulle ønske er at både NGF og DNLF opparbeider et system, hvor det på et tidlig stadium i utdannelsen vises til at vi alle må ta kontakt med Legeforeningen sine jurister før vi still oss til disposisjon, særdeles i rettslige sammenheng. Å **ha** rett er ikke det samme som å **få** rett.

I den aktuelle saken kunne juridisk bistand enkelt ha kunnet fortelle meg, at "det spørsmålet behøver du ikke besvare, det er administrasjonen sitt ansvar, det spørsmålet er teknisk avdeling sitt ansvar".



MEDIA:

En kollega opplevde at saken der han var kalt inn som vitne, nærmest utviklet seg til et overgrep mot ham – sjøl om det var Norsk Pasientskadeerstatning som var saksøkt.

For å få noen betraktninger rundt medias rolle og ansvar i saker der helsepersonell er involvert, intervjuet "Gynekologen" Hilde Haugsgjerd (bildet), nestleder i Pressens faglige utvalg (PFU). Hun er også ansvarlig redaktør i Aftenposten.

På spørsmål om hvordan journalister får vite om og forbereder seg på saker mellom pasient og helsevesen/ helsepersonell svarer Haugsgjerd at det ofte er tilfeldig at aviser og media kommer over disse. Det kan være tips fra pårørende eller ansatte på institusjoner som fører til at det blir en mediasak. Dersom dødsfall meldes til politiet og / eller fylkeslegen, kan også slik informasjon finnes i politilogg eller postjournal.

Noen store redaksjoner "pleier" nok et kildeforhold til enkelte advokater som man erfaringsvis veit har mange pasientskadesaker. I slike tilfeller har media et ekstra ansvar for ikke å bli brukt som nyttige idioter fra den ene parten sin side.

Ensidig fremstilling

Haugsgjerd forteller videre at det i de aller fleste tilfellene er den skadelidte eller dennes advokat som tar kontakt med media – aldri legen eller legens advokat. Saken blir derfor ofte i første omgang framstilt slik den skadelidte presenterer seg. Sykehus og helsepersonell svarer sjelden utfyllende på henvendelser på grunn av taushetsplikten, og informasjonstilgangen blir derfor i de fleste

tilfellene svært begrenset. Da er det lett for at en sak kan bli ensidig belyst, og dette ser Haugsgjerd kan være et problem.

Ulik kompetanse

De forskjellige avisredaksjonene har svært ulik kompetanse i helse spørsmål. Noen steder er det egne medarbeidere med helsebakgrunn, og andre har uformelle kontakter med leger og annet helsepersonell som blir brukt som konsulenter. Man kan da drøfte et tilfelle på mer generell bakgrunn uten at legen behøver å kommentere den aktuelle saken direkte. Dette vil forhåpentligvis belyse en sak fra flere sider, men som Haugsgjerd sier vil små redaksjoner sjelden ha slike ressurser. Det er da lettere at pasientens syn blir stående relativt uimotsagt.

Kommunikasjon

- For helsepersonell som kommer i medias søkelys i forbindelse med pasientsaker, føles det mange ganger som om pressen MÅ finne en syndebukk – sjøl om pasienten kanskje fikk en skade som var en del av risikoen eller døde av naturlige årsaker. "Gynekologen" spør hvorfor det må være slik?

Hilde Haugsgjerd sier hun ikke er enig i denne påstanden. Media har imidlertid som plattform at de skal belyse en sak fra den svakestes side, og i de aller fleste saker vil det være pasienten. Leger - både som gruppe og enkeltindivider - blir i samfunnet sett på som ressurssterke og med makt. Det kan derfor være vanskelig å få gjennomslag for tanken om at bak en pasient tragedie ligger det oftest også en krise for involvert personell.

Haugsgjerd påpeker at mange pasienter hun har vært i kontakt med først og fremst er bitre fordi legene aldri beklaget skaden eller sorgen de ble påført. Det er denne bitterheten og sinnet som får mange til å klage.

Haugsgjerd mener derfor at måten uheldige hendelser håndteres av institusjonen i stor grad påvirker forløpet i saken etterpå. Her har nok mange et forbedringspotensiale når det gjelder kommunikasjon med mennesker i livskriser og sorg.

Vaktbikkjer

Hilde Haugsgjerd sier videre pressen på et generelt grunnlag har som oppgave å være

vaktbikkjer overfor institusjoner, personer eller profesjoner med mye makt; dette inkluderer legestanden! Hun mener leger har valgt et yrke der man må regne med å få søkelys på seg en eller annen gang i sitt yrkesliv. Leger står bokstavelig talt med livet til pasientene i hendene! I tillegg forvalter de store samfunnsressurser.



Vi kontaktet Frode Solberg (bildet) for å høre noe mer om hvilke roller leger kan ha i møte med rettsvesenet. Solberg arbeider som fagsjef og advokat i Legeforeningens Forhandlings- og helseerettsavdeling.

Ulike roller

Legene kan ha mange ulike roller i retten, forklarer Solberg. I hovedsak kan man si at en lege kan bli innkalt til en rettssak som part, vitne, sakkyndig eller tiltalt. Dette er helt forskjellige roller med forskjellige rettigheter. Dette er det viktig å ha helt klart for seg når man møter i rettssalen slik at man ikke går i noen feller.

En av de vanligste rollene er nok vitnerollen. Her vil legen bli innkalt av en av partene i saken. Et vitne skal forklare seg om hva han har sett, hørt eller vurdert. Normalt skal man ikke foreta nye medisinske vurderinger. Hvis man gjør det, er man over i sakkyndigrollen. Legen i vitnerollen forklarer seg ofte om det som er nedtegnet i journalen. Ofte vil legen kunne bli utsatt for kritiske spørsmål av "motpartens" advokat. Hensikten kan være å svekke bevisverdien av legens forklaring, noe som nok oppleves som ubehagelig hvis man ikke er mentalt forberedt på det. Det

Likevel er det et bærende prinsipp at ingen skal forhåndsdømmes. En lege skal derfor ikke navngis før enten rettsavgjørelsen er falt eller Helsetilsynet har kommet med et vedtak. Men også da vil det sjelden være en aktverdig grunn til å navngi legen som har opptrådt uforsvarlig. Haugsgjerd forstår at det på mindre steder er av mer akademisk betydning om en lege får navnet offentliggjort eller ei. Som regel er

forholdene så små at "alle veit" hvem det dreier seg om uansett.....

Hilde Haugsgjerd etterlyser hvilke rutiner kolleger og arbeidsgiver har overfor leger som erfarer alvorlig skade eller død på pasient. Hun mener at denne omsorgen eller mangel på sådan, kanskje er viktigere enn hva som blir kommentert i presse og media!

LEGEFORENINGEN:

I saken som kollega NN deler med oss i "Gynekologen", var opplevelsen av å bli hengt ut i rettssaken av motpartens advokat noe av det verste. Vår kollega møtte som NPE's vitne, men måtte tåle at det var hans troverdighet som skulle svekkes for at saksøkeren kunne vinne fram overfor NPE.

er da viktig å fokusere på de holdepunkter man har som støtter forklaringen, f.eks faglige retningslinjer, journalnotater, andres faglige vurderinger i saken osv. Som vitne har man ingen advokat ved sin side. Man har plikt til å svare på de spørsmål man blir spurt om. Ett viktig unntak er taushetsbelagte opplysninger. Besitter legen taushetsbelagt informasjon bør man på forhånd sjekke ut hva man kan forklare seg om. Det er ofte hensiktsmessig å konferere med noen om dette, f.eks jurister i Legeforeningen. Juristene får en god del spørsmål om dette. Disse rådene er kostnadsfrie for medlemmer av Legeforeningen.

Anklager om feilbehandling

Solberg forklarer videre at legene også må påregne å få befatning med politiet i løpet av sin karriere. Politiet etterforsker saker som kan være brudd på helsepersonelloven eller alminnelige straffebestemmelser. Typisk vil dette være saker som gjelder anklager om feilbehandling, enten av legen selv eller av kolleger. Det klassiske tilfellet er at pasienten dør uventet. Her er det viktig å skille mellom hvilken rettslig status legen har. Dette bør klargjøres før avhøret. Er det avhør som vitne, skal man forklare seg om

en hendelse, og normalt er ikke dette noe "farlig". Med denne statusen møter man ikke med advokat. Dersom det er legen selv som er anmeldt for feilbehandling, vil legen ofte få status som mistenkt. Her må jeg skynde meg å legge til at leger ganske ofte får denne statusen uten at politiet egentlig har ment at det er grunnlag for mistenke legen for noe straffbart. Poenget kan også være å gi legen noen prosessuelle rettigheter. Her kan man da møte med advokat. Det er likevel ikke alltid lurt å møte med advokat. Man kan gi inntrykk av at man "har noe å skjule", og politiet kan bli mer interessert enn de ellers ville vært. Her må legen altså foreta en vurdering; har jeg gjort en feil og trenger advokathjelp? Hvis man mener at man har gjort tingene rett, er det sjelden behov for advokat. Ofte vil det være lurt å konferere litt med en kollega. Medlemmer kan også kontakte advokatene i Legeforeningen, og drøfte saken med dem. De møter jevnlig med leger i politiavhør og gir råd til leger som skal i avhør uten advokat. Får legen status som siktet, er det ofte slik at politiet har en form for kvalifisert mistanke, og da bør man normalt ha med advokat. En siktelse er et steg på veien mot tiltale. Som tiltalt bør man alltid ha advokat, da dette innebærer at

saken skal til retten som straffesak. Dette skjer heldigvis ganske sjelden. Det er oftest tale om tilfeller som adskiller seg grovt fra god medisinsk praksis.

Juridisk bistand

Vi spør Solberg om hvordan juridisk bistand er organisert i Legeforeningen:

Juristene og advokatene sitter i Forhandlings- og helserettsavdelingen, sier Solberg. Der arbeider 14-15 jurister, og noen av disse gir råd i saker som har med politi og domstoler å gjøre. Man kan si at juristene har sine spesialiteter - hovedarbeidsområder - selv om dette ikke er formalisert som for legene. Det er således viktig å snakke med "rett" jurist. Noe informasjon kan man finne på hjemmesidene til Legeforeningen eller rett og slett ringe sentralbordet. Hver dag er det jurister som sitter på telefonvakt og besvarer spørsmål. Er det behov for det, blir legen henvist til noen som arbeider mer med det aktuelle rettsområde. Samlet dekker avdelingen de fleste rettsområder som er aktuelle for utøvelsen av legeryrket.

Feks jobber tre av juristene mye med tilsynssaker. Dette gjelder alt fra enkle saker som ganske klart aldri ville ende opp med noen reaksjon fra helsemyndighetene til alvorlige saker hvor legen risikerer å miste autorisasjonen. Avdelingen får ukentlig henvendelser om tilsynssaker. Jeg legger til at Legeforeningen foretar en vurdering av henvendelsen, og hvilken form for bistand som tilbys. Den bistand som tilbys, er kostnadsfri for medlemmer av Legeforeningen. For 2008 hadde avdelingen mer enn 1700 skriftlige saker i tillegg til enda flere telefonhenvendelser, og tallene er økende. Det betyr ikke at legene gjør mer feil enn før, men det skyldes heller at den juridiske hverdagen er mer komplisert. Økte rettigheter for pasientene er også et poeng her. Og dessuten blir det stadig flere leger som arbeider i Norge, sier Solberg

Rettskjøpsordningen

I tillegg til den bistand som gis av Legeforeningens jurister, har legene også mulighet til å søke om penger

til ekstern juridisk bistand gjennom Rettskjøpsordningen. Rettskjøpsutvalget består av representanter fra yrkesforeningene, og fatter vedtak i sakene. Det dreier seg om ca 80 saker i året, hvorav halvparten får avslag. Dette er altså ingen forsikringsordning. Hvis det bevilges penger, er disse begrenset til et angitt beløp. Utover dette må legen dekke utgiftene selv. Dette er en viktig forskjell i forhold til bistand fra Legeforeningens jurister og advokater, da denne som nevnt er kostnadsfri. Det kan også nevnes at Legeforeningens rådgivere ofte har bedre kunnskaper om de typiske rettsområdene som legen trenger enn det man finner tilfeldig "på byen". Feks på helserettens område har Legeforeningen ett av de ledende miljøene i Norge.

Solberg oppfordrer også til å søke relevant informasjon på Legeforeningens hjemmesider. Helt avslutningsvis vil jeg gjerne si at dersom man f.eks får en tilsynssak rettet mot seg, ikke vent til fristene nærmer seg. Send inn saken raskt, avslutter Solberg.

Fortvilt eller bare sliten?

Legeforeningen har etablert et kollegialt støttetilbud i alle landets fylker. Legene som er med i de lokale støttegruppene, er håndplukket av styrene i de respektive fylkesavdelinger.

Støttekollegaens oppgave er å være en god samtalepartner. Støttekollegaen har absolutt taushetsplikt, erfaring og en viss utdanning i samtale. Men støttekollegaen yter ikke legetjenester; dvs de fører ikke journal, de skriver ikke sykmeldinger, de foreskriver ikke medikamenter e.l. Dersom det er behov for slike eller andre legetjenester, vil støttekollegaen oppmuntre kollegaen til å søke hjelp hos sin fastlege.

På legeforeningen.no finner du lenker til kollegastøtteordningen i ditt fylke. Navn, telefonnummer og adresser til alle ligger lett tilgjengelig. Der ligger det også informasjon om Villa Sana som er en del av Legeforeningens arbeid med å ivareta medlemmer i vanskelige livssituasjoner.

Erfaringen er at kolleger gjerne venter svært lenge før de tar kontakt. Da er ofte situasjonen ganske tilspisset og komplisert. Ta kontakt tidlig! Du er ikke alene!

Margit Steinholt

Behandling av eksterne genitale og perianale veneriske vorter

En skånsom behandling med lav residivfrekvens*

Aldara krem (imiquimod) stimulerer det medfødte og det ervervete immunsystemet som er vesentlig for å fjerne de HPV-infiserte cellene. En nyere studie viser at behandling med Aldara alene, eller i kombinasjon med ablasjon, gir vesentlig mindre residiv enn behandling med ablasjonsteknikk alene*.

* Referanser: Se preparatomtalen.



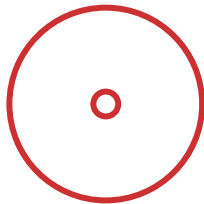
Krem, 5%
AldaraTM
Imiquimod

MEDA

Stimulerer immunsystemet lokalt

- Sissel Oversand
- LIS, KK Ullevål universitetssykehus
- sisseloversand@hotmail.com •

Nytt styre



FUGO

Selv om disse linjene nok kommer til å leses et stykke ut i vårhalvåret, vil jeg, litt på etterskudd, først benytte anledningen til å presentere det nye FUGO-styret som trådte i virksomhet fra 1. januar i år.

Nyinnvalgte er Marte Myhre, LIS ved Ringerricke sykehus, og Christian Tappert, LIS ved St. Olavs Hospital. Marte er valgt inn som sekretær og NFYOG representant, mens Crihristian skal fungere som kasser.

Fra det tidligere styret fortsetter Ane Gerda Zahl Eriksson som FUGOs representant i NGF. Hun er også ansatt ved Ringerricke sykehus. Erik Andreas Torkildsen, som jobber i Stavanger, er PWG representant og nettansvarlig. Vilde Lehland Rasdal, som er NFYOG representant, jobber i Arendal.

Stig Hill, Haukeland Sykehus har nå gått ut av styre, men vil fortsatt være president i NFYOG dette året. Tusen takk for kjempeinnsats i styret! Det blir også en stor utfordring for undertegnede å ta over ledervervet etter Solhild Stridsklev. Hun har sittet i FUGO de siste fire årene, og uten henne hadde vel lite blitt utrettet!

Videre er det par arrangementer i år jeg håper LISene merker seg. I juni er det NFYOG-kongress i København (NFYOG er den nordiske foreningen for utdanningskandidater i faget). Temaet vil være "Third World Challenges in Obstetrics and Gynaecology". Dette er en unik mulighet til, i tillegg til å få kjennskap til et svært viktig tema, å bli kjent med kolleger fra de andre nordiske landene.

Etter et vellykket kurs i fosterovervåkning i fjor, takket være fantastisk engasjerte forelesere som Branca Yli og Torunn Eikeland, har vi i FUGO ønsket å arrangere kurs for LIS også i år. Dato er fastsatt til onsdag 2. September, og temaet blir kolposkopi. Vi håper selvfølgelig på stor interesse fra våre FUGO-medlemmer (dvs. alle LISer i Fødselshjelp og kvinnesykdommer).

Og som en liten digresjon: Ikke glem å melde dere inn i deres fagmedisinske forening (NGF/FUGO), om dere allerede ikke har gjort det!

Med ønske om et fint vårhalvår,
Sissel Oversand (leder FUGO)



Fra venstre: Sissel Oversand (leder), Vilde R. Lehland, Erik Andreas Torkildsen, Christian Tappert, Marte Myhre, Ane Gerda Zahl Eriksson

Nyttige websider

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

FUGO-styret 2008

Sissel H. Oversand	Leder	ENTOG-representant	Sisseloversand@hotmail.com	90851474
Ane G. Z. Eriksson	Nestleder	NGF styremedlem, ENTOG vara-representant	anegerda@hotmail.com	48230660
Erik A. Torkildsen	PWG	NGF vara-representant, Nettansvarlig	eatorkildsen@yahoo.no	92601220
Marte F. Myhre	Sekretær	Med-nettansvarlig NFYOG-representant	martemyhre@yahoo.no	99002294
Vilde R. Lehland		NFYOG-representant	vrlehland@yahoo.no	37401458
Christian Tappert	Kasserer	Kursansvarlig	christian.tappert2@stolav.no	41845149

Kolposkopi-kurs 2009

Etter den store suksessen med fjorårets Fosterovervåkningskurs i Bodø, planlegger styret i FUGO igjen å arrangere et kurs umiddelbart før FUGO sitt årsmøte. Kurset vil holdes 2. September 2009 i Fredrikstad. Det vil bli søkt DNLF om kursgodkjenning, slik at man kan motta støtte fra Fond III, samt få tellende timer.

I år har vi valgt et gynekologisk tema og det skal dreie seg om kolposkopi.

Kolposkopi, prøvetaking fra cervix og konisering er hverdagsliv ved de fleste gynekologiske poliklinikker og vi ønsker å forbedre og fordype kunnskap om kolposkopi etc. blant leger i spesialisering. Kurset vil først og fremst omfatte en stor del bilder av kolposkopi-funn og tolking av disse, samt grunnleggende praktiske tips i gjennomføring av kolposkopien. I tillegg planlegger vi som tema praktisk gjennomføring av "prøvetaking", dvs praktiske råd om cytologi, biopsier og cervikal abrasio, samt "konisering" og de forskjellige teknikker som man kan bruke her. Hele kurset skal ha praktiske aspekter i fokus, selv om vi ikke kan tilby praktiske øvelser. Det endelige programmet er ikke helt fastlagt ennå, men vi gleder oss over at Prof dr. med Bjørn Hagen fra St. Olavs Hospital har sagt seg villig til å forelese om kolposkopi, dvs. hoveddelen av kurset.

Det er foreløpig ikke satt noen påmeldingsfrist. I løpet av de nærmeste 1-2 måneder vil kurset blir lagt ut i kurskatalogen på Legeforeningens nettsider.

Christian Tappert



C Aldara «Meda»

Immunstimulerende middel.

ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5%: 1 g inneh.: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzyalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylparahydroksibenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, renset vann.

Indikasjoner: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalcellekraft (SBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratotisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptibiliteten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsoptimaliteter er kontraindisert eller uaktuelle.

Dosering: Påføringshyppigheten og behandlingsvarigheten er forskjellig for hver indikasjon. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke seg godt før påføring av kremen. Kremen skal gnis inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Kremen bør være på i ca. 8 timer. Unngå dusj og bading etter påføring. Kremen fjernes med mild såpe og vann. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm². Etter påføring bør en åpent pose ikke brukes på nytt. Hendene må vaskes før og etter applikasjon. Ved glemt dose kan kremen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med den regelmessige planen. Ikke påfør krem mer enn 1 gang i døgnet. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Bør appliseres 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag eller tirsdag, torsdag og lørdag) for sengetid. Behandlingen bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. **Overflattisk basalcellekraft hos voksne:** Påfør kremen i 6 uker, 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) for sengetid. Behandlingseffekten skal bedømmes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved ufullstendig tilheling, bør en annen terapiform benyttes. Unngå påsmøring av innvendige områder. Menn uten omskjæring, som behandler vorter under forhuden, må trekke forhuden tilbake og vaske området daglig. **Aktinisk keratose hos voksne:** Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Påføres for sengetid 3 ganger ukentlig (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Etter 4 uker uten behandling bør legen vurdere det behandlede området for å bestemme om AK er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemt dose eller hvileperioder. Dersom behandlede lesjon(er) viser ufullstendig respons ved oppfølgingen 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativ behandling benyttes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet mot imiquimod eller andre innholdsstoffer i kremen. **Forsiktighetsregler:** **Veneriske vorter:** Det er begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos ikke-omskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Opptre disse symptomene skal behandlingen stoppes umiddelbart. Imiquimod er ikke blitt testet for behandling av interne genitale vorter og er ikke anbefalt til behandling av urethra, vagina, cervix eller rectum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Skulle det oppstå en ikke-tolerbar hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risikoen for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke når det benyttes høyere doser enn de anbefalte. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, hos pasienter som har benyttet den anbefalte dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner er oppstått ved urinrørsåpningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og i enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Det foreligger ikke klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Bruk av imiquimod bør ikke skje før det har vært tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Kan gi oppblussing av, eller forverre inflammasjonstilstander i huden. Erfaringer hos pasienter over 65 år er begrenset. Hos immunosupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilheling hos HIV-positive pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. **Basalcellekraft:** Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalcellekraft innenfor et område på 1 cm fra øyelokkene, nese, lepper eller hårfestet. Under behandlingen og til fullstendig tilheling, vil det behandlede hudområdet trolig

fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse avtar vanligvis i intensitet under behandlingen eller forsvinner når behandlingen er avsluttet. Det er en sammenheng mellom fullstendig tilheling og intensiteten av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem). Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimuleringen av den lokale immunresponsen. Dersom pasientens ubehag eller alvorlighetsgraden av den lokale hudreaksjonen er uttalt, kan en ta en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas når hudreaksjonen har avtatt. Hjelpstoffene cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylparahydroksibenzoat, kan gi allergiske reaksjoner. Skal benyttes med forsiktighet hos pasienter med reduserte hematologiske reserver. **Aktinisk keratose:** Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av AK på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermiliongrensen. Det finnes svært begrenset data vedrørende imiquimodbehandling av AK i andre anatomiske områder enn ansiktet og hodebunnen. Tilgjengelige data vedrørende imiquimodbehandling av AK på underarmene og hendene gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Imiquimodbehandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrøfi, slik en f.eks. ser ved kutanose horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandlingen eller forsvinner etter at behandlingen er over. Intensiteten av de lokale hudreaksjonene (f.eks. erytem) er forbundet med tilhelingshastigheten. Lokale hudreaksjoner kan ha sammenheng med stimulering av lokalimmunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokale hudreaksjoner krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har moderert seg. Klinisk erfaring med bruk ved svekket immunsystem mangler. Data mangler vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Studier tyder på at full fjerning skjer langsommere ved >8 AK-lesjoner, enn ved <8 AK-lesjoner. Hudområdet som behandles må beskyttes mot sollys. **Interaksjoner:** Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunosuppressiv behandling. **Graviditet/Amning:** **Overgang i placenta:** Opplysninger mangler. Data fra et begrenset antall graviditeter foreligger, men generelle konklusjoner kan ikke trekkes på dette grunnlaget. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) av imiquimod er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. Spesifikke anbefalinger vedrørende amming kan ikke gis. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner som erytem, erosjon, avskalling og ødem. Indurasjon, sårdannelse, skorpedannelse og vesikler er mindre vanlige. Hudreaksjoner på nærliggende områder, hovedsakelig erytem, forekommer også. Lokale hudreaksjoner som erytem er sannsynligvis en konsekvens av den farmakologiske effekten av imiquimod. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. Ved behandling av basalcellekraft er det en direkte sammenheng mellom intensitet av lokale reaksjoner og tumor tilheling. De fleste hudreaksjoner er milde til moderate i alvorlighetsgrad, og blir borte innen 2 uker etter avslutning av behandlingen. I sjeldne tilfeller har reaksjonene vært kraftige og nødvendiggjort behandling og/eller medført nedsatt funksjonsevne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. **Hyppige (>1/100):** Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. **Mindre hyppige:** Øvrige: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale percutane absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utilsiktet oralt inntak kan det oppstå symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oralt inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et anti-tumorstoff prinsipielt ved å indukere alfa-interferon og andre cytokiner. Dette er også vist i kliniske studier. Økning i systemiske nivåer av alfa-interferon og andre cytokiner som følge av lokal påføring av imiquimod er påvist i en farmakokinetisk studie. **Absorpsjon:** <0,9%. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66% og fæces ca. 33%.

Pakninger og priser: 12 x 0,25 g, kr. 725,70. **Refusjon:** Se Refusjonslisten, D06B B10 **Sist endret:** 01.12.2007

Referanser:

* Schöfer H. et al. Eur J Dermatol. 2006;16(6):642-648

MEDA

Meda AS • Askerveien 61, 1384 Asker • Tlf: 66 75 33 00 • www.meda.no



Notat vedr. “Status og utfordringer for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer” (rapport fra september 2008)

Styret har nå satt seg inn i rapporten, som er meget grundig og omfattende. Styret vil igjen rette en takk til gruppa som står bak. Rapporten gir en interessant beskrivelse av status presens ved norske spesialavdelinger, som i det vesentlige framstår som positiv med god dekning av stillinger og betydelig aktivitet innen kvalitetsarbeid og systematisk akutt trening.

En rekke av de forhold som berøres må følges opp av andre instanser i Legeforeningen, og vi vil komme tilbake til dette nedenfor. Styret behandlet rapporten på styremøtet 16.12 2008. Følgende 9 punkter oppsummerer styrets syn:

- 1) Styret deler utvalgets anbefaling om fortsatt å utdanne breddespesialister.
- 2) Styret registrerer med tilfredshet at det er få ubesatte stillinger. I forhold til det aktuelle stillingstall må bemanningssituasjonen generelt sies å være god. Høy vaktbelastning og lav arbeidsmengde i forhold til antall leger man bør ha for å få en akseptabel vaktturnus gjør at de aller minste gyn og fødeavdelingene ofte må ty til improviserte løsninger med vikarstafetter og lignende. Styret støtter Stortingsvedtaket fra 2001 om fødestuer/fødeavdelinger/kvinneklinikker. Dersom man vil opprettholde et fødetilbud ved de minste lokalsykehusene er fødestuer i lokalsykehus (jfr. Odda, Tynset, Lofoten, Mosjøen) en modell som kan brukes.
- 3) Prosedyrekravene (operasjonslistene) omtales ofte som et problem, at det kan være vanskelig å få fylt kravene. Det har vært hevdet at prosedyrekravene kan påvirke utviklingen av faget og påvirke praksis. Styret vil uttrykke at det selvfølgelig må være omvendt, at utviklingen i faget styrer listene. Det tar imidlertid mange år fra man starter diskusjonen om et krav i prosedyrelistene til endringen i listene får effekt. **Styret vil uttrykke sin bekymring og be Spesialitetskomiteen drøfte dette. Man bør også diskutere om assistanse ved inngrep utført av mer erfaren operatør kan godtas, slik praksis er i enkelte andre spesialiteter.**
- 4) For å bli godkjent spesialist bør man ha vaktkompetanse, det vil si kompetanse til å kunne gå i selvstendig vakt. **Vi vil utfordre Spesialitetskomiteen til å drøfte hvilke krav som må settes til vaktkompetanse, med vaginal setefødsel og tvillingfødsler som eksempel.**
- 5) Styret er bekymret over utdanningskapasiteten, som vi mener bør økes. Vi utdanner for tiden rundt 20 nye gynekologer årlig men vi vil trenge nærmere 30 pr år for at tilbudet av nye spesialister skal matche den avgangen vi ser komme på grunn av våre medlemmers aldersfordeling. Det er nevnt i rapporten at flere ikke-gruppeførte avdelinger bør bli utdanningsavdelinger. Det er også et ubenyttet potensiale for LIS'er i spesialistpraksis. Det er gjengitt ønsker fra avdelingsoverleger om flere stillinger, og det ligger et stort potensiale for nye stillinger i å konvertere overtid og redusere tjenesteplaner. Styrets tolkning er at det åpenbart er mulig å øke utdanningskapasiteten. Spesialitets-komiteen har detaljkunnskap om landets utdanningsavdelinger gjennom de årlige rapportene og besøkene ved avdelingene. **Styret vil be spesialitetskomiteen drøfte og komme med målrettede tilrådinger ovenfor de enkelte helseforetak og avdelinger om tiltak for å øke utdanningskapasiteten.**
- 6) Vedr. godkjente spesialisters virksomhet: I rapporten drøftes sammenhengen mellom volum og kvalitet. Det uttrykkes bekymring over kvaliteten der volumet er lavt, og det antydes at det kanskje burde vært et krav om et minimum antall utførte prosedyrer pr år, vaginale setefødsler nevnes som eksempel. Styrets oppfatning er at leger som utfører en operasjon eller en prosedyre har et selvstendig ansvar for at de behersker det og at indikasjonsstillingen er korrekt. Fastsettelse av tallmessige krav til antall gjennomførte inngrep nevnes som et middel til å sikre kvaliteten. Styret mener prinsipielt at det ikke kan fastsettes slike tall krav, og siden spørsmålet er reist vil styret uttale at vi føler oss trygge på at norske gynekologer kjenner sitt ansvar. I rapporten stilles spørsmålet om forløsningsmåte ved seter. Styret mener dette er et uaktuelt spørsmål. Vi har empiri for at prognosen ved vaginale setefødsler er god i Norge. Dette er godt belyst i SMM rapport 03/2003 Fødsel av barn i seteleie til termin som NGF tok initiativ til, og deltok i.
- 7) **Styret vil rette en henvendelse til Legeforeningen om kjønnsbalansen i faget.** Det diskuteres i rapporten at det er svært få menn blant LIS'ene. Det er enighet om at det bør være en rimelig balanse mellom kjønnene og styret deler dette synet, som også er tatt opp i rapporten. Styret vil undersøke om en lempelig kjønnskvotering kan brukes ved tilsetting av LIS'er der det er stor ubalanse, og vil undersøke denne saken med Legeforeningen.
- 8) **Styret er bekymret over den skjeve aldersfordelingen av spesialister**, som gjør at vi kan vente stor avgang i årene som kommer og knapphet på ferdige spesialister. Tiltak som diskuteres i rapporten er økt satsing på seniorpolitikk for å sikre at flere eldre blir i sine stillinger, her er vaktfritak fra fylte 60 uten lønnsreduksjon et av flere forslag som virker rimelig. Et mulig tiltak for å korte ned utdanningstiden kan være å gjøre det mer attraktivt for LIS'er å gå over i overlegestillinger, ved å bedre arbeidsforholdene i overlegestillinger. Opprettelse av flere overlegestillinger for å kompensere for omlegging av vaktplaner, normalisering av arbeidstid osv. er aktuelle tiltak. Det er også behov for å opprette flere LIS stillinger for å øke utdanningskapasiteten. Økt prioritering av forskning i norske sykehus (også ikke-

universitetssykehus) er også et tiltak som bør føre til flere stillinger. Dette er forhold som angår **Overlegeforeningen og Yngre legers forening. Styret vil ta dette opp med disse to foreningene, samt Sentralstyret** som nettopp har hatt en utredning om spesialistutdannelsen av leger.

9) Ved 6-7 gynekologiske avdelinger i landet er det bare er ansatt utenlandske leger med utenlandsk utdanning. Vårt fagmiljø har liten kontakt med fagmiljøet ved de fleste av disse avdelingene, som faktisk utgjør cirka 15 % av spesialavdelingene i landet. **Styret er bekymret over dette. Styret vil diskutere og gjennomføre tiltak for å utvirke at vi får representanter også fra disse ”utenlandske ” avdelingene til å delta der hvor norske gynekologer møtes, det vi si ved våre to årlige møter (årsmøtet og vårmøtet).**

Bjørn Backe

Ane Gerda Zahl Eriksson

**Den norske legeforening v/ sentralstyret
Overlegeforeningen
Yngre legers forening
Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer**



Trondheim/Oslo 08.01.2009

Status og utfordringer for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer, rapport fra september 2008

Norsk gynekologisk forening oppnevnte i 2007 en gruppe til å utrede utdanningskapasitet og fremtidig behov for gynekologer. Utredningen ble presentert på årsmøtet i september 2008. Styret behandlet rapporten på styremøtet 16.12.2008, og styrets syn er oppsummert punktvis i det vedlagte notat.

Som det fremgår av styrets notat mener vi at rapporten tar opp en rekke punkter hvor riktig adressat er de to aktuelle yrkesforeningene, Overlegeforeningen og Yngre legers forening. Andre punkter faller under arbeidsområdet til Spesialitetskomiteen i Fødselshjelp og kvinnesykdommer. Vi oversender derfor rapporten, til vurdering og behandling.

Styret vil følge opp denne utredningen med en fagpolitisk debatt på kommende årsmøte i Fredrikstad, 3-5. september 2009. Vi har til hensikt å invitere representanter fra de respektive adressater av dette brev til å delta i debatten om fagets fremtid, og de respektive yrkesforeningene samt spes.kom vil da få anledning til å redegjøre for sitt syn på de aktuelle saksområdene.

Rolf Kirschner
Leder, Norsk Gynekologisk Forening

Bjørn Backe
Nestleder, Norsk Gynekologisk Forening



Ultralydundersøkelser innen faget gynekologi og fødselshjelp utført utenfor spesialisthelsetjenesten bør begrenses

Norsk Gynekologisk Forening (NGF) har registrert en økende mengde henvisninger basert på ultralydfunn gjort av allmenpraktiserende leger, og har inntrykk av at disse i økende grad anskaffes ultralydutstyr som benyttes innen vårt fagfelt. Medlemmer av NGF har ved flere anledninger vært forespurt om å undervise i bruk av ultralyddiagnostikk.

I enkeltstående tilfeller kan det synes hensiktsmessig at slike undersøkelser gjøres i allmenpraksis. Et eksempel er blødning i tidlig svangerskap der ultralyd lett kan avklare om det foreligger vital gravid eller ikke. Dersom man finner grunn til undersøkelsen kan det selvsagt være en fordel om kvinnen slipper å reise til spesialist eller sykehus for dette, særlig ved lengre avstander. Imidlertid er det ikke klart indisert å gjøre en slik undersøkelse, uavhengig av hvem som utfører den: det er fullt forsvarlig å avvente det spontane forløp av tilstanden som med tiden gir diagnosen – uten å gjøre ultralyd. Ettersom dette er en svært vanlig problemstilling og indikasjon for ultralydundersøkelse her generelt ikke er sterk, er spesialisthelsetjenesten tilbakeholdende i forhold til å tilby slike undersøkelser, noe vi også mener andre aktører bør være.

Vurdering av mer komplekse tilstander i gynekologi (ovariale cyster og tumores, uterine avvik og anomalier osv), og obstetriske ultralydundersøkelser (den gravide uterus, fosterdiagnostikk), faller innenfor fagfeltet gynekologi og obstetrikk. Allmennpraktikeren er ikke kvalifisert til å gjøre slike undersøkelser, og NGF mener også at det heller ikke er behov for økt kapasitet for å gjøre slik diagnostikk. Tvert imot ser vi at slike ultralydundersøkelser ofte fører til usikkerhet hos undersøker og engstelse hos pasient, og deretter henvisning til spesialist med henblikk på avklaring - henvisninger som ofte er unødige og basert på usikre funn gjort av ukvalifisert undersøker. Vi ser med bekymring på et økende volum av slike unødige henvisninger.

NGF mener en slik utvikling er uheldig, og må ikke styrkes ved at ukvalifiserte undersøkere kan kreve takster knyttet til disse ultralydundersøkelsene. Norske gynekologer er kvalifisert gjennom sin spesialistutdanning – både formelt, ved den integrerte bruk av ultralyd i den kliniske virksomhet, og den generelle kunnskap innen egen spesialitet som gjør det mulig med god tolking av de ulike funn.

NGF mener at bruk av ultralyd innen vårt fagfelt utført utenfor spesialisthelsetjenesten er uheldig og bør begrenses. Vi er i sterk tvil om det er god grunn til at andre utfører slike undersøkelser. Dersom man likevel skulle mene at det er grunn til dette i noen sammenhenger, er det vår klare oppfatning at undersøker må være kvalifisert gjennom en formalisert og godkjent opplæring. En slik godkjenning mener vi bør være en forutsetning for å kunne kreve takst for bruk av ultralyd. I en slik sammenheng vil våre medlemmer kunne bidra til opplæring.

Knut Hordne
Vitenskapelig sekretær, Norsk Gynekologisk Forening

Rolf Kirschner
Leder, Norsk Gynekologisk Forening

Kopi:
Norsk forening for ultralyd–diagnostikk
ved leder Torbjørn Moe Eggebø
Kvinneklinikken og barneklinikken
Stavanger Universitetssykehus
Postboks 8100
4068 Stavanger

Nasjonalt Senter for Fostermedisin
St.Olavs Hospital
Universitetssykehuset i Trondheim
7006 Trondheim

- Erik Andreas Torkildsen
- Styremedlem FUGO, varamedlem NGFstyret, PWG representant til EBCOG
- LIS Stavanger universitetssjukehus
- eatorkildsen@yahoo.no

Internasjonalt samarbeid

- om EBCOG, PWG, ENTOG og andre forkortelser

Innenfor fagmedisinsk arbeid finnes det et virvar av forkortelser over alt. Det er ikke alltid lett å holde tungen rett i munnen når man skal skille disse fra hverandre. Jeg vil her forsøke å gi et lite innblikk i forkortelsens verden.

I Norge har alle leger mulighet til å bli medlem av en fagforening – Den Norske Legeforening (Dnlf). Foreningens formål er:

- arbeide med medisinsk faglig aktivitet
- bidra til fag- og helsepolitisk arbeid
- arbeide for en legeutdanning med høy kvalitet m. m.

Legeforeningen er organisert med flere undergrupper: lokalforeningene, yrkesforeningene, de fagmedisinske foreningene, spesialforeningene og Norsk medisinstudent forening.

Internasjonalt er Legeforeningen involvert i flere sammenslutninger. Eksempler på dette er:

- Comité Permanent Des Médecins Européen (CPME),
- Union Européenne des Médecins Spécialistes/Den Europeiske Forening for legespesialister (UEMS),
- Permanent Working Group for European Junior Doctors (PWG)
- World Medical Association (WMA).

Sammenslutningene har fokus på medisin og arbeider stort sett for de samme faglige målene innenfor medisin, forskning, utdanning og politikk. Strukturene er noe forskjellige og er etablert på forskjellige tidspunkter, men de glir funksjonelt inn i

hverandre som et stort nettverk.

Noen eksempler

UEMS ble grunnlagt i 1958 og bygger på de fagmedisinske seksjoner. UEMS er en europeisk "non-profit-making" organisasjon, der hver enkelt fagmedisinsk seksjon består av nasjonale fagforeninger. Et av medlemmene til UEMS er EBCOG - *European Board & College of Obstetrics and Gynaecology*. Som medlem av EBCOG finner vi Norsk Gynekologisk Forening.

UEMS arbeider for felles standard og politikk innen Europa. Sammenslutningen har fokus på kontinuerlig etterutdanning og profesjonell utvikling. Den fremmer i tillegg forslag innen helsemedisinsk arbeid til spesialister og helsemyndigheter for å sikre et trygt og godt helsevesen.

PWG er "talerøret" for utdanningskandidatene i Europa. Vi kan godt si at det er det europeiske svaret på "Yngre Legers Forening". Organisasjonen utgjør for tiden 26 nasjonale foreninger for utdanningskandidater, deriblant vår egen YLF.

I statuttene står det klart hva PWG arbeider for:

- To represent and further the interests of

junior doctors in Europe;

- To exchange information and develop a common approach, and formulate common views on relevant matters such as medical manpower, postgraduate medical education, and working conditions;
- To improve relations between junior doctors in European countries;
- To improve and protect the standards of health care in Europe.

Med andre ord, PWG arbeider for interessene til yngre leger i Europa - medisinskfaglig og politisk. Oppgavene er mange og PWG har to hovedsamlinger i året for diskusjon av viktige saker. Videre sender PWG ut egne representanter til de forskjellige fagmedisinske seksjonene i UEMS og på denne måten kunne delta aktivt i de sakene som blir tatt opp der. Disse sender så rapporter tilbake til PWG på hva som blir diskutert og bestemt. PWG representantene har tale- og stemmerett i alle de fagmedisinske foreningene.

PWG arbeider aktivt opp i mot forskjellige fora, som CPME (Comité Permanent Des Médecins Européen /Standing Committee of European Doctors), UEMS, Den Europeiske Union (EU) etc.



Erik Andreas Torkildsen.

PWG har flere arbeidsgrupper som arbeider bl. a. for bedring av etterutdanningen og med medisinske politiske spørsmål. Under det siste punktet, har det vært mye arbeid med det såkalte EWTD (European Working Time Directive) som omhandler hvor mye en arbeidsgiver/arbeidssted kan kreve at en lege (arbeidstaker) skal arbeide.

Forening for utdanningskandidater

De fleste fagmedisinske seksjoner i UEMS har ikke egen organisasjon for utdanningskandidater, så vidt jeg vet. PWG fungerer som representant og "talerør" for de yngre legene.

Når det gjelder EBCOG, finnes det derimot en egen organisasjon der utdanningskandidatene er medlemmer; ENTOG - *European Network of Trainees of Obstetrics and Gynaecology*. ENTOG er en aktiv medaktør i EBCOG og har tale- og stemmerett. Ettersom PWG også har en representant i EBCOG betyr dette at utdanningskandidater faktisk har 2 stemmer og dermed en ganske betydelig medbestemmelsesrett.

Hovedfokus

Organisasjonene i Europa er vevd sammen i et nettverk og arbeider stort sett mot de samme målene. Formålene er å forbedre forholdene for så vel leger som for pasienter, slik at man til enhver tid kan oppnå et best mulig helsetilbud.

For EBCOG sin del går det mye ut på å forbedre og effektivisere utdanningen, og komme med forslag for å bedre fagmedisinske

emner. EBCOG ønsker i tillegg å legge til rette for en best mulig harmonisering mellom de europeiske landene. Jeg kan her komme med noen få eksempler:

- EBCOG kongressen er det viktigste arrangementet som foreningen arrangerer. Kongressen holdes annethvert år, sist gang var i Lisboa mars 2008. Det var et flott arrangement med mange og spennende temaer for gynekologer og obstetrikere. Samtidig hadde ENTOG sitt årsmøte og faglige program.
- En EBCOG arbeidsgruppe arbeider med fagutvikling - *Standing Committee on Training and Assessment (SCTA)*. De legger frem forslag på curriculum og trening, samt kurs.
- En annen gruppe er *Standing Committee on Hospital Recognition*. De utfører akkreditering av klinikkene i Europa som ønsker å følge de retningslinjene som EBCOG mener bør være et minstekrav. Disse minstekravene går på utdanning og behandling, og er laget i et forsøk på å harmonisere klinikkene i Europa. Akkrediteringen er frivillig og klinikken får et sertifikat som må fornyes hvert femte år.

Fagutvikling, oppdatering og kunnskap er viktig for EBCOG og UEMS. Det er derfor opprettet grupper som jobber med såkalt CPD/CME - *Continuing Professional development/Continuing Medical Education*.

Slik definerer UEMS dette:

"... CPD is defined as the educative means of updating, developing and enhancing how doctors apply the knowledge, skills and attitudes required in their working lives. The UEMS therefore believes that CPD is essential for ensuring high standards of medical practice."

Man ønsker altså å jobbe kontinuerlig for fagutvikling i Europa og harmonisering av de europeiske landene seg i mellom.

Det siste jeg vil omtale er ENTOG - *European Network of Trainees of Obstetrics and Gynaecology*. ENTOG er i en særposisjon der de representerer utdanningskandidater i gynekologi og obstetrik. Andre fagspesialiteter bruker PWG i stedet.

I Norge har vi FUGO (Foreningen for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrik). En organisasjon som arbeider sammen med Norsk Gynekologisk Forening. Andre fagspesialiteter i Norge har ikke egne organisasjoner for utdanningskandidater. FUGO og ENTOG er to parallelle organisasjoner.

ENTOG arbeider sammen med EBCOG, og har tale- og stemmerett her. Formålene er:

- To achieve a better understanding of training in gynaecology-obstetrics in different European countries, thus helping to ensure a comparable standard of training.
- To achieve the highest possible standards of training and consequently improve the quality of medical care given to women and their babies.
- To explore the possibilities of research among young gynaecologists/obstetricians.

For å nå målene arbeider ENTOG aktivt sammen med EBCOG for å bedre utdanningen; undersøke og besøke klinikker/læresteder; foreslå innhold og kvalitetsforbedringer på spesialiteten; etc.

En av de viktigste oppgavene ENTOG gjør, er å arrangere utveksling der utdanningskandidater har mulighet for å besøke andre land og lære mer om hvordan gynekologi og obstetrik praktiseres andre steder. Fra hvert medlemsland sendes det 2 kandidater til et vertsland og man er fordelt på forskjellige klinikker i ca en uke.

EBCOG

På møtet i EBCOG council november 2008 ble Peter Hornnes, DSOG, valgt til president. Rolf Kirschner, NGF, ble valgt inn som medlem av Executive Board

Etter dette samles alle kandidatene for å utveksle erfaringer. De norske kandidatene skriver en oppsummering av deres inntrykk og erfaring. Dette publiseres i Gynekologen og på nettet. Den siste utvekslingen var til Portugal, og mer om dette kan man lese på FUGO sine sider.

Et viktig arbeid

All medisin er i rivende utvikling! I Europa mener man at man må stå sammen og forsøke å harmonisere medisinen, slik at den kan utvikles på best mulig måte for lege/helsepersonell og pasient. Jeg har det siste året fått lære om hva de forskjellige sammenslutningene gjør. Jeg står for og er overbevist om at det er viktig å samarbeide med hverandre for å kunne videreutvikle faget i en god retning. Det er et viktig arbeid som gjøres av de forskjellige organisasjonene og de har en genuin interesse for å bedre de medisinske fagnivåene.

Hvis noen skulle ønske å lese mer om disse organisasjonene, har jeg satt opp lenker på slutten av artikkelen.

Avslutningsvis vil jeg bemerke at Foreningen for Utdanningskandidater i Gyn/Obst. stadig er på utkikk etter lege i spesialisering som ønsker å være med på utveksling.

Interesserte kan besøke vår hjemmeside:

www.legeforeningen.no/ngf ==>

klikk på linken til FUGO

Andre lenker:

PWG: www.juniordoctors.eu/

EBCOG: www.ebcog.org

ENTOG: www.entog.org

UEMS: www.uems.net

C Vagifem «Novo Nordisk»

Østrogen

ATC-nr.: G03C A03

VAGINALTABLETTER 25 µg: Hver vaginaltablett inneholder 25 µg østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 25 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel. Atrofisk vaginitt, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. **Dosering:** Fores dypt inn i skjeden vha. applikator. Startdose: 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Vedlikeholdsdose: 1 vaginaltablett 2 ganger i uken. Behandlingen kan startes når som helst. Hvis en dose glemmes, skal den tas så snart pasienten husker det. Dobbeltdose bør unngås. Ved oppstart og ved behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose og korteste varighet brukes. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Under behandling, spesielt de første 2 ukene, kan det sees en svak absorpsjon, men da plasmaøstradiolnivåene etter de første 2 ukene vanligvis ikke overskrider postmenopausale nivåer anbefales ikke tillegg av gestagen. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Nytte/risikoforholdet bør vurderes grundig minst én gang årlig, og HRT (hormonell substitusjonsterapi) bør bare fortsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en nøye generell klinisk undersøkelse (inkl. bekken og bryst) skal foretas før behandlingen initieres eller gjeninsettes. Under behandlingen bør pasienten følges opp regelmessig. Kvinner bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. mammografi bør foretas i.h.t. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. Systemiske effekter kan ikke utelukkes. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten overvåkes nøye: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, tidligere eller risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, hypertensjon, lever-sykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, kolelitiasis, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Pga. lokal administrering og små doser, er forekomsten og alvorligheten av forholdene nevnt over mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller nedsatt leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migrene lignende hodepine og graviditet. **Endometriehyperplasi og endometriekreft:** Kvinner med intakt uterus med unormale blodninger av ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes nøye for å utelukke mulig hyperstimulering/malignitet av endometriet før oppstart av behandling. Risikoen for endometriekreft avhenger av både varighet og dose østrogen. Preparatet synes ikke å være forbundet med økt risiko for endometriehyperplasi eller uterus cancer. Østrogen substitusjonsbehandling bør ikke forskrives i mer enn 1 år uten at generell legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk undersøkelse. **Brystkreft:** Systemisk østrogen terapi kan øke risikoen for brystkreft. Relativ risiko for brystkreft er større når et gestagen er tillagt enten sekvensielt eller kontinuerlig og uavhengig av type gestagen. **Venøs tromboemboli:** Systemisk HRT er forbundet med en høyere relativ risiko (2-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten er mer sannsynlig i det første året av behandlingen. Pasienter som tidligere har hatt VTE eller kjent trombofili har en økt risiko for VTE. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, bør det vurderes om det er mulig å avslutte HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker for inngrepet. Behandling bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobil igjen. Slag: Det er vist økt risiko for iskemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogener og medroksyprogesteronacetat, men det er ukjent hvorvidt dette også gjelder andre HRT preparater. **Ovariekreft:** Langtidsbehandling (minst 5-10 år) med HRT med østrogen alene hos kvinner som har fjernet uterus har i noen studier vært forbundet med økt risiko for ovariekreft. Det er usikkert om dette også gjelder ved langvarig kombinasjonsbehandling. Østrogener kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor overvåkes nøye i de første ukene av behandlingen. Pasienter med terminal nyreinsuffisiens bør overvåkes nøye, da det må forventes at sirkulerende nivåer av de aktive stoffer vil øke. Det foreligger indikasjoner på økt risiko for mulig demens hos kvinner ved start av kontinuerlig kombinasjonsbehandling med konjugert equinoestrogen og medroksyprogesteronacetat etter fylte 65 år. **Graviditet/Amning:** Skal ikke brukes ved graviditet eller amning. **Bivirkninger:** Vanligst forekommende er utflod og vaginalt ubehag. Østrogenrelaterte bivirkninger som brystsmerte, perifert ødem og postmenopausale blodninger forekommer fortrinnsvis i begynnelsen av behandlingen. **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, mavesmerter, utspilt mave eller mavebesvær, dyspepsi, oppkast, flatulens. Neurologiske: Hodepine. Urogenitale: Genital candidiasis eller vaginitt, vaginal blødning, utflod, vaginalt ubehag. Øvrige: Bristoderm eller brystforstørrelse, brystsmerte eller brystømhet, perifert ødem. Svært sjeldne: Brystkreft, endometriekreft, hypersensitivitet NOS, væskeretensjon, insomnia, depresjon, forverret migrene, dyp venetrombose, diaré, urticaria, erytematøst utslett, ikke spesifikt utslett NOS, utslett med kløe, genital pruritus, endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal smerte, vaginal skårhet, manglende effekt, vektøkning, økt østrogennivå i blod. Bivirkninger i forbindelse med andre østrogenbehandlinger: Hjerteinfarkt, kongestiv hjertesykdom, galleblæresykdom, chloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura, pruritus, vaginal candidiasis, risiko for å utvikle endometriekreft, endometriehyperplasi eller økt størrelse av uterine fibroider, epilepsi, libidoforstyrrelser, forverring av astma og muligens demens. **Overdosering/ Forgiftning:** Ingen tilfeller av overdosering er rapportert. **Behandling:** Symptomatisk. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. Vaginaltablett er en filmdrasjert hydrofil matrikstablett som adhereres til vaginalslimhinnen. Ved hydrering dannes en gel og det skjer en langsom frigivelse av østradiol. **Virkningsmekanisme:** Substituerer redusert østrogenproduksjon. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og inducerer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er avhengig av østrogen. Østrogen øker antallet overflateceller og intermedieære celler sammenlignet med basalceller. Østrogen opprettholder skjeddens pH på ca. 4,5. Dette fremmer normal bakterieflora, hovedsakelig Lactobacillus Döderlein. **Absorpsjon:** Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mave/taarmkanal. Ved vaginal administrering unngås «first pass»-metabolisme. Maks. nivåer etter enkeltdose er ca. 175 pmol/liter (47-51 pg/ml). Etter 14 dagers behandling detekteres bare marginal absorpsjon av 17-β-østradiol med gjennomsnittlig nivå innenfor det postmenopausale området. Gjennomsnittlig konsentrasjon av 17-β-østradiol ved hvert målingstidspunkt lå i det normale postmenopausale området. Ingen akkumulering av estron over en 12 ukers periode med administrering. **Metabolisme:** Metaboliseres til sulfat- og glukuronidkonjugater. **Utskillelse:** Via urin.

Oppdatert: 26.10.2005. **Pakninger og priser:** Enpack 15 stk. kr. 142,00.

Priser pr. november 08.

Referanser: 1. Eriksen BC. Klimakterie håndboken: Rud T, Moen MH, Seeberg T, red. Det Urogenitale østrogenmangelsyndrom, Gyldendal Norsk Forlag AS 2003: 54-60. 2. Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U et al. Prevalence of genitourinary and other climacteric symptoms in 61-year-old women. Maturitas 1996; 24: 31-6. 3. Pandit L, Ouslander JG. Postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. Am J Med Sci 1997; 314: 228-31. 4. Mettler L, Olsen P, G. Long-term treatment of atrophic vaginitis with low-dose oestradiol vaginal tablets. Maturitas 1991; 14:23-31. 5. Dugal R, Hesla K, Sordal T, Aase K.H. Comparison of usefulness of estradiol vaginal tablets and estril vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:293-7.

Spør du henne om urogenitale plager?

«Et stort helseproblem som er underbehandlet og underdiagnostisert»¹

Nesten hver annen kvinne over 60 år har ett eller flere symptomer på urogenital atrofi²:

- Tørrhet, svie og kløe i skjeden
- Smerter ved samleie
- Urinveisinfeksjoner, inkontinens og andre symptomer i nedre urinveier

Bare 20 prosent av postmenopausale kvinner med symptomer på vaginal atrofi vil oppsøke lege på grunn av dette³. De kvier seg for å ta opp temaet – også med legen.

✓ **Vagifem**[®] vaginaltablett er et **effektivt**⁴, **renslig**⁵ og **fleksibelt** valg for behandling av urogenital atrofi

Ønsker du å få tilsendt vår pasientbrosjyre og informasjonsavisen «Bedre underliv»? Ta kontakt på tlf 67 17 85 00 eller på mail kundeservice-norge@novonordisk.com



Referanser og FK-tekst er å finne på annen side i bladet.

- Kristina H. Johannessen
- Praktiserende spesialist, Bergen
- kristina@bergen.online.no

Referat fra

PSL's administrasjonskurs

22-25 januar var 170 praktiserende spesialister, de fleste avtalespesialister, samlet på Røros til kurs. PSL har i mange ,mange år arrangert dette kurset, tidligere på Geilo, men de siste 2 årene på Røros. Meget populært kurs der man bl.a. lærer om administrasjon av praksis, får høre myndighetenes og politikernes tanker om og planer for oss.

Legeforeningen er sterkt inne i bildet. Så treffer man kolleger fra egen spesialitet og andres og utbytter tanker. Gynekologi var nest største gruppe med 28 etter øye med 36. -5 gr., overskyet og vind gjorde det litt surt for oss som hadde bragt med skiene og gikk på tur.

Neden refereres noe av det som ble sagt fra talerstolen.

Smertebehandling

Selve programmet begynte med Wenche Stabel i Fagutvalget. Hun er anestesilog og har sammen med flere andre en praksis som driver med multidisiplinær smertebehandling i Oslo, som hun fortalte om. Andre fag som er representert er psykiatri, psykologi, og fysioterapi. I 2007 hadde de 10.000 konsultasjoner, akutte og kroniske smerter. Tilnærmingen er bio-psyko-sosial og man behandler medikamentelt, med psykomotorisk fysioterapi ,akupunktur og kognitiv behandling. Meget interessant å høre hva som kan gjøres for en lidende gruppe.

NPE

Seniorrådgiver Sylvi Tennøe rapporterte fra NPE, Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). NPE er nå 20 år gammel. Fom i år omfattes all helprivat virksomhet.. Hvis jeg oppfattet

henne riktig så var der 03-08 262 saker som gjaldt PSL-ere. 1/3 ga medhold og 2/3 avslag..

Budskapet var at man skulle informere pasienten om NPE hvis det forelå en alvorlig komplikasjon eller skade. Pasienten selv må melde skaden. Informasjon og kommunikasjon er viktig i disse saker.

Nytt finansieringssystem

Så til det som kanskje var det viktigste for oss. Den unge, opplagt intelligente fagsjefen i Dnlf Lars Duvaland informerte om nytt finansieringssystem. Fra trygden til

RHF-ene. Normaltariffen skal vekk og vi skal honoreres av RHF-ene. ISF heter det – innsatsstyrt finansiering. Gjelder også fastlegene. Regjeringen har besluttet at man skal arbeide videre med dette etter forslag fra departementet. Man vil ha styring av aktivitet, sammenligning med poliklinikkene og kostnadskontroll. Utvikling av antallet hjemler. Pt. er det bare Sør-Øst som satses på flere hjemler - de andre RHF-ene gjør lite. Hva skjer nå: møte mellom statsråden og Dnlf, dialog Dnlf – HOD. Dnlf står på for oss. Man regner med at systemet kan virke først 010710, sannsynlig senere..



Nemd

PSL's tidligere jurist Nils Grytten, nå advokat i Ålesund, informerte om nemndsaker. Der var en del spesielle tilfeller. I 2008 13 saker. Det koster 50-60.000 kr. Junior/senioravtaler bør være nøye gjennomtenkt, ga han som råd.

Pensjon

Rådgiver Grethe Veiåker Nilsen, Dnlf, informerte om pensjon. Det var ikke alt jeg forsto, men at vår pensjon ikke blir mer enn ca 335.000 kom frem tydelig. Vi som lenge trodde at vi skulle få tilsvarende en overlepegpensjon. Det gjelder altså å jobbe lengst mulig! Hvis man tilhører de unge bør man kanskje satse på Legeforetakenes pensjonsordning, som Dnlf har forhandlet frem med Storebrand og åpenbart var stolte av. Ja, ja noen av de eldre kan nok betale inn og trekke fra på skatten. Ta kontakt med Storbrand.

Så var det litt fag. Prof. i psykologi Svein Magnussen snakket under tittelen "Falske Minner" dvs vitnepsykologi. Det som var klart var, at minner om sterke hendelser ikke "forsvinner".

Vår kollega Arild Tandberg holdt et kåserende foredrag, "Kornets helsebringende effekter" -det var om ølbrygging, morsomt. Inkl. smksprøver.

Presidenten

Det hadde vært vanskeligheter å få politiker helt opp til Røros men President Torunn Janbu besøkte oss. Da hadde vi nettopp lest i avisene at spesialistutdannelsen og godkjenningen skulle tas fra Dnlf. Hvordan skal det gå?

Hun snakket varmt om avtalespesialister. Vi "leverer", er viktig for helsetjenesten, er viktig for pasientene. 35% av konsultasjoner gjøres av avtalespesialister som er 7% av legene.

Hun snakket også litt om finansieringssystemet.

Så hadde vi det meget hyggelig, spiste godt, fikk god underholdning på festmiddagen av lungeleger fra Sørlandet og 3 søsken fra en dal der oppe, de var meget profesjonelle med sang, fela og gitar. Vi var i Olavsgruven på konsert og var med på kanefart.

Takk til Arne O. Ellingsen (øyelege i Tynset) med kone som har lagt ned mye arbeid på arrangementet.

C Yasminelle Bayer Schering Pharma AG

Antikonseptjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver tablett inneholder: Drospirenon 3 mg, etinylostradiol (som beta-dekalatrat) 0,02 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettene placebo-tabletter. **Indikasjon:** Antikonseptjon. **Dosering: 21 tabletter:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag. Det skal tas 1 tablett daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tablettfrie dager startes et nytt brett. I løpet av de tablettfrie dagene inntreffer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. **28 tabletter:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra fellet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning). Yasminelle 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromal-tilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående ischemisk hjertesykdom). Ved eksisterende cerebrovaskulær hendelse eller med en slik hendelse i sykehistorien. Tilstedeværelse av en 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, antitrombotiske stoffer (antikoagulantia, antitrombotika, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller pankreatitt i sykehistorien når det er forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistanke om maligne tilstander i genitale organer eller brystene, hvis disse er påvirkelige av seksuallisteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet overfor noen av virkestoffene eller hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons-p-piller. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Før behandling institueres, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykkmåling og en gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Risiko for venøse tromboembolier øker ved positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i beina eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og at den ikke gjenoppnås for 2 uker etter fullstendig rehabilitering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, migræne, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atreflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røyke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med komplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Økning i hvor ofte migræneanfall inntreffer og hvor kraftige anfallene er (kan være prodromalstadiet for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Hos kvinner med arvelig angioødem kan eksogene østrogener indukere eller forverre symptomene på angioødem. Tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til leverstrøms- eller intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes i den differensielle diagnosen hvis alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning forekommer. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med en familær historie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt har vært rapportert. Kvinner med chloasmatendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleransen, og diabetikere må stå under streng legekontroll. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. Oppkast eller diaré kan føre til fullstendig absorpsjon. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonseptjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tablett og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjonen: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de lyserøde tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Perorale kombinasjonspreparater kan påvirke metabolismen av bestemte andre virkestoffer. Dermed kan plasma- og vevskonsentrasjonen enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). Hos pasienter uten nedsatt nyrefunksjon viste ikke samtidig bruk av drospirenon og ACE-hemmere eller NSAIDs noen signifikant effekt på serumkallium. Men samtidig bruk av aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. I slike tilfeller bør serumkallium kontrolleres i den første behandlingssyklusen. (I: G03A A/AB p-piller) **Graviditet/Amming:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden av og andre sammensetningen på morsmelken. Små mengder med antikonseptjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Brystmerter, forstørrede bryst. Gastrointestinale: Abdominal smerte. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Emosjonell labilitet. Urogenitale: Dysmenoré, metroragi. Øvrige: Vektøkning. Mindre hyppige: Endokrine: Brystneoplasmi, fibrocystisk brystsykdom, galaktoré, hetetokter. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, gastroenteritt, diaré, konstipasjon, gastrointestinale lidelser. Hud: Angioødem, alopeci, pruritus, utslett, tørr hud, seboré, hudlidelser. Luftveier: Faryngitt. Neurologiske: Parestesi, vertigo. Psykiske: Depresjoner, nervøsitet, søvnproblemer, nedsatt libido. Sirkulatoriske: Ekstrasystoler, takykardi, lungeemboli, hypertensjon, migræne, varikose vener. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Ovariecyster, menstruasjonsforstyrrelser, amenoré, menoragi, vaginal candidiasis, vaginitt, utflod, vulvovaginal sykdom, vaginal tørrhet, bekkenmerter, mistenkelig Papanicolaou-utstryk, cystitt. Øvrige: Candidiasis, Herpes simplex, allergisk reaksjon, økt appetitt, nakkesmerter, smerte i ekstremiteter, muskelkramper, ødem, asteni, smerter, ekstrem tørste, økt svetting, vekttap. Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandringer i endometriet. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinylostradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinylostradiol: Ca. 98,5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinylostradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaklearance for drospirenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og fæces er på ca. 4 timer. Etinylostradiol: Plasmaklearance for etinylostradiol er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er på rundt 1 dag. Metabolisme: Mesteparten av drospirenon omdannes i lever. Etinylostradiol omdannes fullstendig, mesteparten i tynntarmens mucosa og i leveren. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og fæces. Etinylostradiol: Via urin og galle.

Pakninger og priser:

3 x 21 stk. kr 237,80.

3 x 28 stk. kr 229,70.

Sist endret: 05.11.2007



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

- Anne Zandjani
- Praktiserende spesialist, Ski Spesialistsenter
- az@skispes.nhn.no

Bruk av

Mifepristone and Misoprostol

30.januar 2009 var gynekologer fra Norden invitert til Symposium om Mifepristone og Misoprostol i København. Kurset var arrangert av Nordic Drugs som markedsfører Mifepristone. Deltagende leger var både sykehusgynekologer og gynekologer i praksis.

Medisinsk abort i Danmark

Vi fikk først en introduksjon der en representant fra hvert land kort presenterte hvilken praksis som var vanlig ved provoserte aborter. Øjvind Lidegaard, som også ledet møtet, ga informasjon om Danmark, der Mifepristone (Mifegyne) ble introdusert i 1998 og som brukes i medisinsk abort i 1. og 2. trimester og Misoprostol (Cytotec) som brukes i i medisinske aborter og missed abortion i 1. og 2. trimester. Danmark har ca 15-16 000 1.trimester aborter per år, og antallet medisinske aborter lå i 2007 på ca 41 %. Over 50 % av abortene foregår før 8. uke. Regime ved provoserte aborter i 1. trimester er 200 mg Mifepristone, så 0,4 mg Misoprostol ett døgn senere. Regime ved aborter i 2.trimester er 200 mg Mifepristone, så 0,4 mg Misoprostol ett døgn senere, som kan gjentas hver 4. time. Både Mifepristone og Misoprostol settes vaginalt. I 2007 hadde de ca 50 % revisio etter aborter i 2.trimester. For utførelse av hjemmeaborter hadde de følgende krav: gestasjonsalder under 9.uke, en annen voksen måtte være tilstede, pasienten måtte forstå dansk, hun måtte ikke ha noen kjente koagulasjonsforstyrrelser, hun måtte ikke ha hatt noen tidligere blødningskomplikasjoner i forbindelse med abort og hun fikk informasjon om risiko for blødning.

I DK blir medisinsk abort anbefalt før uke 8. Pasienten får velge hvis hun er lenger kommet. HCG blir alltid tatt ved induksjon og det er krav om at denne skal ha minket med minst 50% av utgangsverdi etter 1 uke.

Av alle provoserte aborter i 1.trimester i Danmark, blir ca 1000 utført av gynekolog i praksis, av disse er ca 800 medisinske aborter.

Medisinsk abort i Norge

Ole Erik Iversen la frem tallene for Norge. Haukeland startet med medisinske aborter i 1998. I 2008 var dette et tilbud i 35 av landets 40 gyn.avdelinger. I 2008 var det 4 avdelinger (Haukeland, Gjøvik, Elverum, Førde) som kunne tilby medisinsk abort i 1. og 2. trimester og hjemmeaborter. I Norge har det ikke vært noen økning i antall aborter etter innføring av medisinsk abort.

Medisinsk abort i Sverige

Kristina Gemzell Danielsson presenterte tallene for Sverige. Medisinske aborter har vært utført i Sverige siden 1992. Regime i Sverige for medisinske aborter opptil 63 dager, følger anbefalingene fra WHO, RCOG, FARG: Mifepristone 200 mg og Misoprostol 0,8 mg vaginalt, med gjentatt dose av 0,4 mg Misoprostol p.o. etter 3-4 timer hvis behov. Der tas det ingen se-HCG før eller etter, men det tas UL og urin-HCG 2-4 uker etter.

Hjemmeaborter ble innført i 2004. Mifegyne gis på sykehuset og pasienten får med Misoprostol hjem. Karolinska utfører nå ca 60 % hjemmeaborter før 63 dager.

Regime etter 63 dagers graviditet er Mifepristone 200 mg, så Misoprostol 0,8 mg etter 36-48 timer med gjentatt dose av Misoprostol 0,4 mg p.o. hver 3.time. Det blir alltid gitt smertestillende i form av Diclofenac og Paracetamol + Kodein samtidig med Misoprostol.

Regime ved medisinske aborter etter 63 dager var likt ved landene i Norden.

Tidlig terminering

Christian Fiala (fra Østerrike som pt jobber på Karolinska) gjorde rede for "Barriers against medical abortion/Very early terminations" og ga en sammenligning av vilkårene for å ta abort i flere europeiske land. Flere land har såkalte "ventetider", dvs tid fra graviditet er stadfestet ved konsultasjon hos lege (noe som er obligatorisk), til abort kan utføres. Dette varierer fra 7 dager i Italia til 3 dager i Tyskland. Enkelte land krever at 2 leger har gitt tillatelse, at det tas blodprøver inkludert type og Rhesus. I flere land kan abort kun utføres på sykehus, i andre land må leger i praksis ha spesiell tillatelse for å utføre abort (også medisinsk), noe som ikke er koblet til spesialitet. Dvs at f.eks. en øyelege i praksis, som har tillatelse, kan utføre dette og ikke



Symposium Mifepristone-Misoprostol.

en gynekolog i praksis uten tillatelse. I noen land administreres Mifegyne gjennom egne systemer, utenom sykehusenes apotek og hver boks må registreres særskilt. I verden i dag utføres tidlige medisinske aborter, dvs før 8.-9. uke i alle nordiske land, Tyskland, England/Wales og New Zealand.

Fiala konkluderte med at medisinske aborter før 7.uke er den mest effektive og skånsomme metoden. I diskusjonen som fulgte ble fare for XU tatt opp. Dette blir ikke sett på som en kontraindikasjon. Håndteringen blir den samme, med oppfølging av og informasjon til pasienten. Mifepristone og Misoprostol vil ikke ha noen negativ konsekvens for en eventuell ekstrauterin graviditet.

Prevensjon

Oskari Heikinheimo presenterte studier angående "postabortal contraception". Ca 80% av alle kvinner ovulerer innen 6.uke etter aborten. Hormonell prevensjon kan startes samme dag som den medisinske aborten. Innleggelse av spiral kan utføres ved første menstruasjon, eller ved kontrolltiden som varierer fra 1- 4 uker etter aborten i de nordiske landene. Den gjentatte abortrate ligger på ca 30 % i Finland, Sverige og UK. En studie utført i Edinburgh konkluderte med at flere pasienter startet med prevensjon etter konsultasjon hos spesialist (86%) i motsetning til allmennlege (39%), men etter 4 måneder brukte kun ca 50 % i begge grupper noen form for prevensjon, og den



Ole-Erik Iversen.

gjentatte abortrate innen 2 år lå på 15% hhv 10%. Han konkluderte med at fokus på risikogrupper måtte økes: tidlig alder, paritet, tidligere abort og røyking. I tillegg til at spiral burde vurderes hos flere av disse.

Induksjon av fødsel

Charlotte Wilken-Jensen fra Danmark holdt ett kort innlegg om Misoprostol ved induksjon av fødsel. En metaanalyse i 2001 konkluderte med at vaginal Misoprostol synes å være mer effektiv enn konvensjonelle metoder for modning av cervix og induksjon

av fødsel. Ca 2/3 av alle danske fødeavdelinger bruker dette i dag. 80% av de resterende 1/3 ønsker å bruke dette, men har problemer med å skaffe det i den ønskelige dosen på 25 mcg.

Avslutningsvis oppsummerte Kristina Gemzell-Danielsson med: "Twenty most asked questions" og informasjon om en nyttig link:

www.who.int/reproductive-health

NGFs Vår møte 2009

Store auditorium, Syd-bygget, Stavanger Universitetssjukehus

Torsdag 16. april:

1000 – 1010 Velkommen

1010 – 1110 Sfinkterskader og intervensjon for å redusere forekomsten

Seksjonsoverlege prof. dr. med Jouko Pirhonen, KK, Ullevål Universitetsykehus

1110 – 1210 Aborter i praksis – nye veier?

LIS Elisabeth Berge Nilsen, KK, Stavanger Universitetssjukehus

Gynekolog Runa S.Aabø, Sandvika Spesialistsenter

1210 – 1315 Lunsj

1315 – 1430 Androgener på vei inn i gynekologien

Overlege Michael L. Hansen, KK, Stavanger Universitetssjukehus / Society for the study of androgen deficiency

Gynekolog dr. med. Inger Øverlie, Oslo

1430 – 1500 Pause

1500 – 1700 Keisersnitt i Norge

- Keisersnitt uten medisinsk indikasjon – en dårlig idé?

LIS Mette C. Tollånes, Ph.d. Medisinsk Fødselsregister/ Haukeland Universitetssjukehus

- Hva er grensene for forsvarlige variasjoner? Helsetilsynets rolle i forbindelse med ulik praksis ved ulike sykehus.

Ass. direktør Geir Sverre Braut, Helsetilsynet

På kvelden: Sosialt samvær

Fredag 17. april:

0900 – 0940 Ethiske aspekter ved screening for Mb. Down

Overlege Kristin Offerdal Ph.d, St. Olavs Hospital

0940 – 1010 Fosterdiagnostikk – ulik praksis/tolkning av retningslinjer

Seniorrådgiver Vibeke Dalen, Helsedirektoratet

1010 – 1025 Diskusjon

1030 – 1115 Diagnostikk og behandling av cervixdysplasi. Veien videre i lys av ny kunnskap

Seksjonsoverlege prof. dr. med. Bjørn Hagen, KK, St. Olavs Hospital

1115 – 1215 Lunsj

1215 – 1300 Vestibulodynier: Utredning og behandling – luksusmedisin?

Seksjonsoverlege Rolf Kirschner, Rikshospitalet

1300 – 1345 Obstetikk i den tredje verden – noe å lære?

Seksjonsoverlege/stipendiat Torbjørn M. Eggebø, KK, Stavanger Universitetssjukehus / Leger uten grenser

1345 – 1400 Pause

1400 – 1500 Postpartumblødning

- Tendenser innen postpartum blødning ved SUS i perioden 1998-2007

LIS Janne Rossen, KK, Stavanger Universitetssjukehus

- Postpartum blødning og embolisering

Seksjonsoverlege Erna Skomedal, avd. for radiologi, Stavanger Universitetssjukehus

Påmeldingsfrist: 15.mars

Se www.legeforeningen.no

Doppler-ultral lyd og vekstkontroll i svangerskapet

Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus og Universitetet i Bergen

Kurskomite: Cathrine Ebbing, Synnøve Lian Johnsen, Jørg Kessler, Knut Håkon Bakke, Svein Magne Skulstad, Ragnar Sande.
Gruppeundervisning: Alle

Torsdag 28. mai

- 11.00-11.05 Velkommen og praktisk orientering
Cathrine Ebbing
- 11.05-11.50 Aldersbestemmelse og vekstkontroll
Synnøve Lian Johnsen
- 12.00-12.45 Doppler fysikk, sikkerhet, ”knottologi”
Jørg Kessler
- 12.45-14.00 Lunsj
- 14.00-14.45 Fostersirkulasjonen
Jørg Kessler
- 14.00-14.46 Pause
- 15.00-15.30 A Umbilicalis
Cathrine Ebbing
- 15.30-16.30 Praktiske øvelser

Fredag 29.mai

- 09.00-09.30 A. cerebri media
Svein Magne Skulstad
- 09.30-10.30 Praktiske øvelser
- 10.30-11.00 A. Uterina
Knut Håkon Bakke
- 11.00-12.00 Praktiske øvelser
- 12.00-13.00 Lunsj
- 13.00-13.30 Ductus venosus
Jørg Kessler
- 13.30-14.30 Praktiske øvelser
- 14.30-14.45 Pause
- 14.45-15.15 Intrauterin vekst hemming (IUGR)
Synnøve Lian Johnsen
- 15.15-15.30 Pause
- 15.30-16.15 Kasuistikker og video-demonstrasjoner
Ansv.: Cathrine Ebbing, alle bidrar
- 16.15-16.30 Oppsummering, evaluering og slutt
Cathrine Ebbing

Påmeldingsfrist: 15.mars

Se www.legeforeningen.no



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavest østrogendose³
- Best blødningskontroll^{1,2}

NUVARING®
etonogestrel/etinylostradiol



C NuvaRing «Organon»
Antikonseptjonsmiddel.

VAGINALRING 120µg/15µg: Hver vaginalring inneholder: Etonogestrel 11,7 mg, etinylostradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. 1. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den første dagen i menstruasjonssyklus 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). Migræne 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 blodtrykkmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse 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 trauma. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tillegg av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig re-mobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migræne, hjerteklaffefeil, hjertefflimmer, 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 ulcerosa colit). En økning i frekvens eller styrke av migræne (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis 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 cholestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap. 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 ulcerosa colit har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorchalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin og muligens også oxkarbazepin, topiramid, felbamid, 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 etinylostradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amming: 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 prevensjons-hormoner 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: Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine, migræne. Psykiske: Depresjon, emosjonell labilitet, nedsatt libido. Urogenitale: Underlivssmerter, brystsmerte, dysmenoré, leukoré, vaginalt ubehag, vaginitt. Øvrige: Vektøkning, ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage. Hud: Utslett. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Angst. Urogenitale: Cervicitt, cystitt, urinveisinfeksjon, genital pruritus. Øvrige: Fibroadenom i brystene, ryggsmerte, tretthet. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Urtikaria. Øvrige: Hypersensitivitet. Oppbevaring og holdbarhet: Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Værelsetemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. Pakninger og priser per februar 2007: 1 stk. kr 121,30, 3 stk. kr 309,80. **Siste dato:** 01.02.007.

Organon
Schering-Plough

REFERANSER:

1. Oddsson K. et al. Superior cycle control with a contraceptive vaginal ring compared with an oral contraceptive containing 30 µg ethinylestradiol and 150 µg levonorgestrel: a randomized trial. *Human Reproduction*; 2004;20:557-62
2. Milsom I. et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 µg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. *Hum Reprod* 2006;21:2304-11
3. Heuvel M.W. et al. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception*; 2005;72:168-74

Organon AS,
en del av Schering-Plough
Corporation
Postboks 324, 1372 ASKER
Telefon: 66 76 44 00,
Telefaks: 66 76 44 01
www.organon.no

Kongresskalender

	Dato	Kurs	Sted
2009	17.-21.mar	Annual meeting: Society for Gynecologic Investigation	Glasgow, Scotland
	25.-27.mar	XVIII Annual Congress of International Society for Gynecologic Endoscopy	Chomburi, Thailand
	27.-28.mar	Underlivssmerter med 'Normal' GU. Hva så?	Korsår, Danmark
	16.-17. apr	NGF Vår møte	Stavanger
	23.apr	Smerte & Kultur. Tverrfaglig seminar om hvordan kultur preger smerteuttrykk	Bergen
	23.-25. apr	NFUD Ultralydsymposium	Soria Moria, Oslo
	24.-26.apr	3rd World Congress on Gender-Specific Medicine & Aging	Rome, Italy
	8.-10.mai	3rd Nordic Endometriosis Conference	Trondheim
	14.-15. mai	Berzelius Symposium 20: Assisting fertility	Stockholm, Sweden
	14.-16.mai	3rd IVI International Congress	Madrid, Spain
	16.-20.mai	8th European Congress on Menopause (EMAS)	London, UK
	28.-29.mai	Vekstkontroll og Doppler-ultral lyd i svangerskapet	Bergen
	8.-12. jun	Forskning ved fjæra - workshop i kunnskapsbasert praksis	Holmsbu
	8.-12.jun	Fire gode vaner. Kommunikasjonskurs for sykehusleger	Rosendal
	12.-13.jun	Third world challenges in Obstetrics & Gynaecology	Copenhagen, Denmark
	16.-19.jun	IUGA 2009 Annual meeting	Villa Erba, Italy
	21.-25.jun	XIX World Congress of sexual Health	Göteborg, Sweden
	22.-26.jun	Workshop: Advanced Vaginal & Pelvic Reconstructive surgery	London, UK
	5.juli	Episiotomy & Second Degree Perineal Tears: Hands-on Workshop	Croydon, UK
	3.-5.sep	NGF Årsmøte	Fredrikstad
	10.-13.sep	8th Congress of the European Society of Gynecology	Rome, Italy
	13.-17.sep	19th World Congress on Ultrasound in Obstetrics & Gynecology	Hamburg, Germany
	30.sep-4.okt	ICS Annual meeting	San Francisco, USA
	4.-9.okt	XIX FIGO World Congress of Gynecology & Obstetrics	Cape Town, South Africa
	12.-16.okt	16th ESGO International Meeting	Belgrade, Serbia
	17.-21.okt	65th Annual meeting: American Society of Reproductive Medicine	Atlanta, USA
24.-28.okt	9th World Congress of Perinatal Medicine	Berlin, Germany	
2010	17.-20.feb	EUROGIN 2010. Cervical cancer prevention: 20 years of progress	Monte-Carlo
	4.-7.mar	14th World Congress of Gynecologic Endocrinology	Firenze, Italy
	16.-20.mai	17th International Congress of Cytology	Edinburgh, Scotland
	16.-18. jun	37th NFOG Congress	Copenhagen, Denmark
	12.-15.aug	Comprehensive Colposcopy	San Francisco, USA

Foredrag fra NUGG jubileumssymposium og formøter fra Årsmøtet i Bodø kan lastes ned på www.legeforeningen.no/ngf

Et lett valg



En lavdosert p-pille med høy preventiv sikkerhet¹

- Ingen andre kombinasjonsp-piller har lavere østrogendose²
- God blødningskontroll¹

Gestagenet drospirenon:

- Ligner naturlig progesteron³
- Motvirker væskeretensjon (antimineralkortikoid effekt)⁴
- Blokkerer androgenreseptorer, noe som reduserer talgkjertelproduksjonen (antiandrogen effekt)⁵



Yasminelle
etinylestradiol 20 µg + drospirenon 3 mg