

21-4  
2008

# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



## INNHOLD

■ **Erindringer om Finn Bøe s. 8** ■ "Sølvgubbene" s. 11 ■ **Overlegepermisjon s. 12** ■ Jordmødre og spiral s. 32 ■



# Spør du henne om urogenitale plager?

«Et stort helseproblem som er underbehandlet og underdiagnostisert»<sup>1</sup>

Nesten hver annen kvinne over 60 år har ett eller flere symptomer på urogenital atrofi<sup>2</sup>:

- 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 dette<sup>3</sup>. De kvier seg for å ta opp temaet – også med legen.

✓ **Vagifem®** vaginaltablett er et **effektivt**<sup>4</sup>, **renslig**<sup>5</sup> 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](mailto:kundeservice-norge@novonordisk.com)



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



Novo Nordisk Scandinavia AS  
Postboks 24, 1309 Rud.  
Tlf. 67 17 85 00, Faks: 67 13 09 11  
[kundeservice-norge@novonordisk.com](mailto:kundeservice-norge@novonordisk.com)  
[www.novonordisk.no](http://www.novonordisk.no) [www.menopause-info.no](http://www.menopause-info.no)



# GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

GYNEKOLOGEN er et uavhengig tidsskrift. Meninger og holdninger avspeiler ikke nødvendigvis den offisielle holdning til styret i NGF, eller Dnlf. Signerte artikler står for forfatterenes egen regning. Kopiering av artikler kan tillates etter kontakt med ansvarlig redaktør og oppgivelse av kilde.

## Ansvarlig redaktør

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

## Medredaktør 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  
Akkuttjournalen 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 2008/2009

nr 1; 1. februar  
nr 2; 1. mai  
nr 3; 1. juli  
nr 4; 1. november

# Innhold

■ <b>Redaktøren</b>	5
■ <b>Leder</b>	6
■ <b>Artikkel</b>	
Erindringer om Finn Bø	8
Litt om "Sølvgubbene"	11
Hva med overlegepermisjonen?	12
Avansert gynekologisk kikkhullskirurgi	15
■ <b>Debatt</b>	
Et virus som gir kreft – hva gjør vi nå?	16
Stort behov for modernisering av norsk obstetrisk terminologi!	18
Abort og psykiske etterverkninger - eit problem for heimeabortar?	20
■ <b>FUGO</b>	
FUGO leder	22
Utveksling i Portugal: Ulik praksis for induksjon av fødsel	23
Kurs i fosterovervåkning	24
Meld deg på utveksling!	24
■ <b>Disputas</b>	
Føtal veksthemning og svangerskapsforgiftning	27
■ <b>Foreningsnytt</b>	
HPV-vaksinering	28
Utredning om spesialist-utdanning av leger 2007	29
Vil la jordmødre sette inn spiral	32
■ <b>Årsmøtet</b>	
NGF's Årsmøte Bodø 2008	34
Gynekologmangel i anmarsj	36
Referat Generalforsamling NGF	38
Hjemmeaborter noe for praktiserende spesialister?	39
Hyperplasi av endometriet	40
■ <b>Kurs/kongress</b>	
Den 36. NFOG kongressen på Island	42
Årsmøte i Vestlandsk Gynekologforening 2008	30



21-4  
2008



Norsk gynekologisk  
forening  
DEN NORSKE LEGEFORENING

## Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2008-2009

Leder	Rolf Kirschner	Kvinneklubben, Rikshospitalet	rolf.kirschner@rikshospitalet.no	Tlf: 911 36 553
Nestleder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinneklubben St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	Tlf: 900 35 427
Vitenskapelig sekretær	Knut Hordnes	Kvinneklubben, 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	Kvinneklubben, Stavanger Universitetssjkehus	toea@sus.no	Tlf: 926 01 220

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 2008

# P-piller og bivirkninger



I prevensjonsveiledningen har vi som hovedmål å finne en trygg og sikker prevensjon tilpasset den enkelte kvinne for å unngå en uønsket graviditet.

Kombinasjonspreparater (p-piller, p-plaster og p-ring) er et godt og sikkert prevensjonsvalg for svært mange kvinner. Om lag 99.95% av kvinner som bruker p-piller i ett år opplever ingen alvorlige bivirkninger.

Risikoen for trombose er størst første året en kvinne bruker p-piller. Vi har relativt få unge, friske førstegangsbrukere av hormonell prevensjon i vår praksis og poliklinikk. De vi ser er ofte henvist fra fastlege pga dysmenorrhoe og blødningsforstyrrelser, og gis p-piller som behandling. Vi veileder kvinner i forbindelse med uønsket svangerskap og abort, og får mange henvisninger for vurdering av alternative prevensjonsmetoder for de kvinner og unge jenter som av ulike grunner ikke bør bruke p-piller, ikke er fornøyd med den pillen de tar eller ikke ønsker å bruke hormonell prevensjon.

Det skal i enhver prevensjonskonsultasjon tas en god anamnese for å avdekke mulige kontraindikasjoner i forhold til p-pillebruk eller om det foreligger spesielle sykdommer

som krever tettere oppfølging og evt samråd med behandlende lege.

Statens legemiddelverk har gjennom flere år fulgt rapporteringen av tromboemboliske bivirkninger nøye, og kalte i høst inn til et ekspertmøte hvor også Norsk gynekologisk forening var representert. Det var enighet om at store endringer i dagens praksis ikke anses som nødvendig, men at man ønsker å fokusere på følgende:

1. Kvinnene må få balansert informasjon om nytten og risiko på en forståelig måte, slik at hun kan gjøre et valg om behandling.
2. Man må være oppmerksomme på for hvilke kvinner man bør vurdere annen prevensjon enn p-piller.
3. Man må sikre at kvinnene kjenner symptomer på blodpropp, slik at de vet når de skal kontakte lege.
4. Legemiddelverket ønsker å bedre kvaliteten på bivirkningsmeldingene, og ønsker tromboser meldt.

Norsk gynekologisk forening mener at hormonelle prevensjonsmidler bør kunne være tilgjengelig reseptfritt på apotek. Det ville være med på å ansvarliggjøre kvinnen i forhold til risikovurdering, men forutsetter at det medfølger informasjon som er forståelig for brukeren, at apotekene har kompetent rådgivningspersonell, og at almenhelsetjenesten er seg sin kontroll- og rådgivningsrolle bevisst mht bivirkninger.

Slik situasjonen er med forskrivning, pålegger det oss som forskrivere et større ansvar mht å avdekke eventuelle risikofaktorer, samt å gi en god, og balansert informasjon om mulige bivirkninger. Bevisstgjøringen rundt p-piller som legemiddel bør økes både hos brukerne og hos helsepersonell, slik at eventuelle symptomer på tromboemboli raskt diagnostiseres.

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

### STAN-GRUPPEN

Tore Henriksen, Branislava (Branka) MYli, Torunn Eikeland, Jørg 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 Å. 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 Sigrid Aabø, Erik A Torkildsen (PVG representant)

### NFOG'S NEMNDER

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

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

# Kjære medlemmer



**S**å lir ennå et foreningsår mot slutten. Jeg synes at det har vært et godt år for foreningen. Jeg har med meg et meget aktivt og godt styre, som også sosialt fungerer på topp. Foreningen øker i medlemsmasse og derved i styrke. Vi markerer oss godt innad i Legeforeningen så vel som utad i opinionen, der vi er med i samfunnsdebatten. Økonomien er god og organisasjonsmessig har vi sett nye aktiviteter springe ut, som vårkurset og FUGO's kurs i forkant av årsmøtet i Bodø. Og ikke minst: det faglige og vitenskapelige nivået er utmerket og økende både i omfang og kvalitet, og derved i betydning - noe som ikke minst viste seg på NFOG- kongressen i Reykjavik. Hva mer kan en leder ønske seg?

**A**propos Island, så har vi uttrykt vår sympati med hva kollegene der oppe må tåle i disse dager, etter at vi bare for noen få måneder siden nøt deres gjestfrihet og (faktisk) gode vær i noen lyse junidager. På forhånd hadde vi i NGF gitt uttrykk for at det økonomiske resultatet ved kongressen på Island ikke spilte særlig rolle for NFOG, men heller at vi hadde anledning til å komme dit opp

i alle fall hvert 16. år. Dette synspunktet vil vi hevde i ennå større grad på det neste styremøtet i NFOG, der resultater fra kongressen står på dagsorden. Vi regner med at medlemmene vil være enige i dette uttrykk for nordisk solidaritet.

**M**en om dagene på Island var en suksess, så var ikke dagene i Bodø mindre minnerike. En stor takk på denne plassen fra "h.....n" til arrangementskomiteen, tallrik, sterk og fargerik som de var, med et arrangement som gikk på skinner, til og med alliert med værgudene (ref regnet på Kjerringøy). Som jo også var en opplevelse -!

**G**ratulasjoner til alle prisvinnere, takk for fine foredrag og innlegg i symposier og debatter, takk til utstillere og til CIC-damene, som loset oss godt i havn. Det økonomiske resultatet er ennå uvisst, men igjen er økonomien så sterk og foreningens intensjoner om å bruke de midlene vi råder over til medlemmenes beste så dominerende at det (nesten) ikke spiller noen rolle.

**E**tter å ha pustet litt ut har styret samlet seg om det videre arbeidet. Vi var svært fornøyde med sakene som ble gjennomgått på medlemsmøtet, og har begynt å arbeide videre med dem. Sakene vil dere finne omtalt i det godkjente referatet annet sted i bladet og på nettsiden.

**M**ht saken om gynekologisk onkologi som grenspesialitet har vi ventet på et lenge utsatt møte med HOD, om å få lov til å ta det opp igjen i det nasjonale rådet. Det ligger vel i kortene, mht. saksgangen, at vi heller må satse på å opprette en komite med medlemmer fra spesialitetskomiteen, forum

for gynekologisk kreft og andre engasjerte, og se på rekrutteringen til denne disiplinen som et "spesialområde" eller lignende, heller enn å tro på en grenspesialitet. Muligens bør vi se på saken i sammenheng med gruppen som må opprettes for å arbeide videre med konkrete tiltak i forhold til det som kom frem i rapporten til Tone Skeie-Jensen mht. rekrutteringen til spesialiteten "by and large". Dette er saker der vi i noen år har hatt "kniven på strupen", og alle er jo ikke enige i de konklusjonene som komiteen er kommet frem til. I forbindelse med rekruttering og "gjennomløpstid" kom den gamle tanken om "to typer spesialitet" inn- at det kan øke mulighetene for en bedre "hospital" spesialitet ved at en "privat" spesialitet velges tidligere i løpet og avgrenses til "the community gynaecologist" = "le specialiste gynecologuique medicale?!" Er dette veien å gå? Rekrutterer vi allikevel ikke nok folk??? I etterkant av medlemsmøtet kom nyheten om at regjeringen gikk inn for vaksinerings av 12-åringer med HPV- vaksine fra neste år- et årskull til en verdi av 57 millioner kr, ingen "oppheving", men allikevel ble vårt råd fulgt og det er vi fornøyde med. Selv om Statsbudsjettet nok var klart FØR våre siste råd ble offentliggjort, føler vi at NGF og medlemmene har gjort sitt i saken: den som lever lenge nok vil kunne si om vi valgte rett.

**E**llers er en ny stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen på trappene, som en "fugl Fønix" på restene etter Sylvia Brustads "Problemnotat". Vi har vært på flere møter i sakens anledning, men det er klart at HOD denne gangen ikke vil ha innblanding i saken, her skal det

nye nasjonale rådet med Tore Henriksen og brukerrepresentantene få boltre seg, da stortingsmeldinger bare går på interne høringer.

**L**ike etter denne, som kommer i januar, kommer statsråd Hansens "samhandlingsreformer", og vi vil vel tro at om de ikke skrives av de samme folkene så vil debatten dreie seg mye om det samme -samhandling er i høyeste grad et nøkkelord i forbindelse med det obstetriske.

**N**år 2009 opprinner er det mulig at det også eksisterer andre former for samhandling i helse-Norge. Nå på tampen av oktober er det knappe tre uker til styret i "Helse Størst" skal legge frem sin innstilling til "Samhandling" og "Områdereform". Her har rapporter og uttalelser drysset tett som gresshopper i Faraos land, og ve den som ikke har kjent til de siste tall og Power-Point- presentasjonene. Når millionene i (potensielle) innsparer driftsmidler balanseres mot (mulige) dårlige bygningsmasser og (sannsynlige) salgssummer ved salg av tomter kommer pasientkvalitet og fagmiljøer ikke i fremste rekke, og når det kreves "grep" er det ikke usannsynlig at vi fra neste år har "Oslo Universitetssykehus" å forholde oss til i stedet for Ullevål og Riket----

**D**ette skrives samtidig med at Oslo Gynekologiske Forening har møte på Nye Ahus med presentasjon. Styret vil få lov å gratulere Arne Urnes og hans stab med innflyttingen og ønske lykke til med det videre arbeidet der oppe. KK Ahus har satt stort preg på de siste årene i NGF, med foredrag og prisvinnere på årsmøtene, og ikke minst med det første vårmøtet. Vi er sikre på at det vil bli ennå mer fra den kanten etter hvert som "innflyttingstraumene" har satt seg. Gratulerer med Europas mest moderne sykehus!

**S**å står det bare igjen å takke for i år, ønske en riktig god jul og et godt nytt år til alle, til vi ses i 2009, på vårmøtet i Stavanger og årsmøtet i Fredrikstad- og ellers, på jobb, møter og ikke minst i andre sosiale sammenheng.

## 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. Dobbel dose 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. Kjente 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 kårkomplikasjoner, 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 migrenelignende hodepine og graviditet. **Endometriehyperplasi og endometriekreft:** Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger av ukjent etiologi og 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. Østrogensubstitusjonsbehandling bør ikke forskrives i mer enn 1 år uten at generell legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk undersøkelse. **Brystkreft:** Systemisk østrogenterapi 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 trombofil 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 for kvinnen er fullstendig mobil igjen. Slag: Det er vist økt risiko for iskemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogen 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. Østrogen 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 equinøstrogen 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 brystmerter, perifert ødem og postmenopausale blødninger forekommer fortrinnsvis i begynnelsen av behandlingen. **Hypptige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, mavesmerter, utslett mave eller mavebesvær, dyspepsi, oppkast, flatulens. Neurologiske: Hodepine. Urogenitale: Genital candidiasis eller vaginitt, vaginal blødning, utflod, vaginalt ubehag. Øvrige: Brystødem eller brystforstørrelse, brystmerter eller brystomhet, 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 sårhet, 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/ Forgifting:** 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. Vaginaltablettene er en filmdrasjert hydrofil matricstablett 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 induserer 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 skjeden pH på ca. 4.5. Dette fremmer normal bakterieflora, hovedsakelig Lactobacillus Doderlein. **Absorpsjon:** Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mavearmkanal. 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. Klimakteriehbåndboken: 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 estriol vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:293-7.

- Professor Per Bergsjø
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- p-bergsj@online.no

# Erindringer om Finn Bøe

**Takk for innbydelsen til å yte bidrag til bladet, der medredaktør Tom Seeberg skriver at jeg selv kan velge tema. Men hva kan jeg skrive om, som dagens gynekologer ikke vet bedre enn meg? Kanskje noen navn fra historien kan være av interesse? Mange av dem som var en del av min samtid og styrte faget på godt og vondt, nevnes nå sjelden eller aldri, kanskje med unntak av Ernst Schjøtt-Rivers, som ble en legende i sin egen tid. En annen som fortjener å huskes, er Finn Bøe. Jeg har fortalt om ham før, i Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, men det er 16 år siden, glemt av de fleste og dessuten også snart historie.**



Portrettet av Finn Bøe jeg så på universitetsklinikken i Lund

Finn Bøe var i motsetning til Schjøtt-Rivers en fāmælt mann, men en ener som forsker og kliniker. Han var under andre verdenskrig reservelege med bolig på Kvinneklinikken i Stensberggaten og ble der aktør i en dramatisk episode av kampen mot okkupantene. Dette skrev jeg i Acta, men det

vil snart bli fortalt i større detalj av andre, i Tidsskrift for Den norske legeförening. Det jeg vil trekke frem her, er innsatsen ved Aker sykehus og hans banebrytende forskning på placenta.

### Bygget opp avdelingen

Han hadde vært konsulent ved Aker fra 1953 og bygget opp fødeavdelingen og de gynekologiske tjenestene, og ble overlege i 1956. Da jeg kom dit som assistentlege i 1966, besto staben av Finn Bøe, to reserveleger og fire assistentleger. En assistentlege var langtidssykmeldt, og nytilsatte Bertram Hansen kunne ikke tiltre med det samme, så Hans Dølvik og jeg gikk i todelt og deretter tredelt primærvakt i månedvis. Senere på året ble Knut Bjøro ansatt i nyopprettet stilling som assisterende overlege, før han etter et års tid flyttet tilbake til Rikshospitalet og ble avløst av Per Agnar Nilsen.

Morgenmøtene begynte presis kl. 08:00 og varte sjelden mer en et kvarter. Referat fra siste døgn og omtalen av nye pasienter var i telegramstil. En av assistentlegene likte å dvele ved sykehistorier han tolket som dramatiske. Bøe sa ingenting, men trommet

utålmodig med fingrene. En annen ønsket sjefens veiledning om hva vi skulle gjøre når en kvinne kom inn med spontan abort og kraftig blødning. Skulle vi forlike og vente på blod eller tømme og skrape uterus med det samme? Bøes orakelsvar var: "De dør ikke uten legehjelp".

### Effektiv service

Så vidt jeg husker, hadde avdelingen rundt 2000 fødsler i året. Bøe satte sin ære i at det ikke skulle være mer enn 2 prosent keisersnitt og fortalte til skrekk og advarsel om en reservelege som et år hadde bevirket at det ble over 3 prosent! Den gynekologiske servicen var effektiv. Pasienter som skulle opereres, var klarert gjennom poliklinikken eller praktiserende spesialist på forhånd. De ble undersøkt av overlegen etter morgenmøtet og deretter i tur og rekkefølge trillet til operasjonsstuen som lå like rundt hjørnet i samme korridor som sengeposten. En assistentlege som hadde vært hos Oddmund Koller på Radiumhospitalet, kom med et ydmykt spørsmål om det ikke burde gjøres fraksjonert abrasio før en myomatøs uterus skulle fjernes. Bøe fnyste: "Den skal jo ut allikevel". Kvinner som skulle få utført

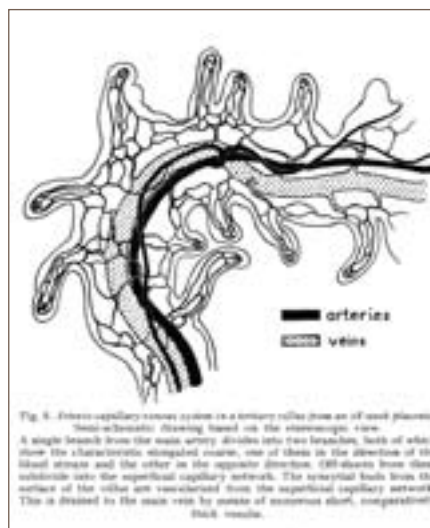


abort, ble innlagt fredag ettermiddag. De som trengte det, fikk da laminaristift til utvidelse av cervix. Lørdag formiddag ble inngrepene utført av avtroppende assistentlege. Det gikk fort unna, for etterpå begynte helgen. Den gang arbeidet det norske folk fortsatt på lørdager.

### Ulik abortpraksis

Apropos abort: I 1966 var det bare to år siden abortloven hadde trådt i kraft, og alle søkerne måtte nemndbehandles. I Oslo var det to nemnder, en på Oslo Kommunale Kvinneklinikk hos Thor Dahle og den andre på Aker hos Bøe. Etter 1950 hadde de to overlegene ikke snakket med hverandre, fordi Bøe hadde opponert ex auditorio da Dahle disputerte for doktorgraden, noe Dahle aldri kunne tilgi. Det ble snart kjent at Dahles abortnemnd holdt en restriktiv linje og bare innvilget rundt halvparten av søknadene, mens Bøe innvilget minst 90 prosent. Dette ble oppfattet som ulikhet for loven, bestemt av hvilken side av Akerselven søkerne bodde på. Ikke minst på grunn av dette fikk vi ny abortlov i 1975, og til slutt endringen fra 1979 som ga kvinnene rett til å selv å bestemme opp til 12 uker.

Da jeg kom til avdelingen, skulle Bøe vise meg "hvordan vi gjør det her" og ba meg assistere ham under en laparotomi. Han var da 60 år gammel og litt skjelven på hendene. Det var vel den eneste bukoperasjonen han gjorde det året, og utførelsen var ikke direkte imponerende. Derimot assisterte jeg ham flere ganger ved bakre kolpoperineoplastikk,



Illustrasjon fra Bøe F. Studies of the vascularization of the human placenta. Acta Obstet Gynecol Scand 1953;32,Suppl.5:92 sider.



Finn Bøe, Per Bergsjø og Chan Moo Park utenfor en koreansk restaurant i New York våren 1970. Arne Strand fotograferte.

der han dissekerte og sydde med en elegance jeg ikke har sett maken til. En og annen ettermiddag gjorde han slike plastiske operasjoner sammen med vennen Carl Schultz på en av byens privatklinikker, og så avsluttet de dagen med en bedre middag.

### Forskningen

Forskning gikk hånd i hånd med rutinearbeidet. Petter Fylling studerte plasmaprogesteron i svangerskapet hos kvinner og søyer, de siste fant han på Veterinærhøyskolen. Nils Norman og Asbjørn Aakvaag ved Hormonlaboratoriet på Aker var engasjerte partnere. Helge Jenssen så på hvordan paracervikalt blokk virket på myometriet og fosterets EKG, lenge før STAN dukket opp. Helge og jeg administrerte oxytocin på forskjellige måter til induksjon av fødsel i en randomisert studie, og sammen med Ellen Lindbæk undersøkte jeg effekten av ulike analgetika.

Overlegen hadde disputert i 1940 over avhandlingen The placenta in experimental interruption and prolongation of pregnancy. Histological and metabolism investigations in rats. Men det som ga Finn Bøe verdensry, var en Acta-monografi som kom i 1953: Studies of the vascularization of the human placenta. Han sprøytet væske av ulik farge i arterier og vener, men det ga ikke et fullstendig bilde. Tusj derimot fylte også kapillærene, og Bøe beskrev og illustrerte åremønsteret i korionvilli, i uovertruffen detalj. En av figurene ble reproduisert i en rekke lærebøker og artikler i årene som fulgte.

I 1966 holdt Bøe ufortrødent på med studier av placenta. På kontoret hadde han et stereoskopisk mikroskop. Han var nå spesielt opptatt av noen knuter som ble kalt mikrovilli, og lurte på om de produserte koriogonadotropin. Om han fant svaret er uklart, men han publiserte i hvert fall fire artikler med nye observasjoner i Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica i årene 1966 til 1969.

Under et besøk på universitetsklinikken i Lund så jeg et portrett av en jeg dro kjensel på. Birger Åstedt skaffet meg en kopi. På dette bildet var Bøe yngre enn da jeg kjente ham, men det er slik han fortjener å minnes. At han også var en begavet pianist og hadde skrevet bok om sitt bysbarn Edvard Grieg, er en annen historie.

### Siste møtet

Siste gang jeg møtte Finn Bøe, var på FIGOs verdenskongress i New York i 1970. Chan Moo Park fra Korea, som hadde vært på studietur i Norge i 1963, inviterte alltid norske venner til koreansk aftens når vi møttes rundt i verden, og denne gangen var det Bøe, Arne Strand fra Rikshospitalet og jeg som ble bevertet. Bøe var i sitt ess og priste den koreanske hovedretten bullgogga, som må ha vært en livrett. Litt etter fikk jeg et hyggelig brev fra ham, som jeg dessverre har forlagt. Han døde samme år, 64 år gammel.

Addendum: Henvisning til de arbeidene som er nevnt, er gitt i min artikkel Acta fifty years ago. Description of an ovarian pregnancy, and a tribute to its author. Acta Obstet Gynecol Scand 1992;71:3-5.



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavest østrogendose<sup>3</sup>
- Best blødningskontroll<sup>1,2</sup>

**NUVARING**®   
etonogestrel/etinylostradiol

**C NuvaRing «Organon»**  
*Antikonsepsjonsmiddel.*

ATC-nr.: G02B B01

**VAGINALRING** 120µg/15µg: Hver vaginalring inneholder: Etonogestrel 11,7 mg, etinylostradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. **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 byte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøs og arterielle tromboter. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tillegg til 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, migrene, hjerteclaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. 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 ulcerøs colitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. **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, hydantoiner, rifampicin og muligens også oxkarbazepin, topiramid, felbamad, 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 /Amning:** Overgang i placenta: Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. Overgang i morsmelk: Østrogen kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, emosjonell labilitet, nedsatt libido. Urogenitale: Underlivssmerter, brystsmertor, dysmenoré, leukoré, vaginalt ubehag, vaginit. 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: Urticaria. 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

# Litt om ”Sølvgubbene”

**For noen år siden etablerte seks gynekologer en liten sang-gruppe. Det begynte som en idé mellom to av oss. En og annen som kunne tenkes å være interessert i å synge ble forespurt, og etterhvert var vi blitt seks. Nå er vi syv.**

**N**oen er i praksis, andre arbeider i sykehus, en heterogen gruppe. Uten kyndig ledelse ville man aldri fått til noe, en ”kunstnerisk leder” måtte til, og vi har en profesjonell sangpedagog. Øvelse 2 ganger i måneden hos en av de fire av oss som har piano. Vi synger et par timer og øver på forskjellige sanger, deretter serverer verten litt mat og drikke og praten går livlig om alt fra fag til politikk til vi skilles ved 22-tiden. Fem av kollegene bor i Oslo, èn kombinerer Rikshospitalet/Fredrikstad, jeg pendler fra Nøtterøy. –Vårt repertoar er ganske allsidig, vi synger en slags barbershop-type sanger både to- og trestemt. Et par norske stev og enkelte norske sanger, ellers viser både fra Sverige, Danmark og England. ”Gluntarne” kjenner du kanskje som en herlig samling sanger fra det akademiske miljø i det 19de århundres Uppsala. – Det er neppe særlig mange utenfor vårt miljø som er interessert i å lytte til syv syngende gynekologer. Det er imidlertid alltid inspirerende om man har en



*Fra venstre: Tom Seeberg, Torstein Winge, Øystein Magnus, Ove Mortensen, Torkel Rud, Halvor Rognerud, Nils Petter Jørgensen.*

opptreden å se frem til. I løpet av årene har vi opptrådt ved disputasmiddager, i forbindelse med faglige møter, et par jubileer og et par

bryllupsmiddager. Vi har det uforskammet hyggelig og moro sammen og er åpne for engasjementer!

- Kristin Skogøy
- Overlege, KK, NLSH-Bodø
- Kristin.skogoy@nlsh.no

# Hva med overlegepermisjonen?

**Vi gynekologer har ulike arbeidsdager der hverdagen byr på forskjellige utfordringer. Noen jobber på store kliniske avdelinger med mange studenter og mye undervisning, og drømmer kanskje om å få litt tid til fordypning av egne prosjekter. Andre jobber alene på mindre steder med stadig innleie av vikarer, og pasienter som man må forholde seg til både på jobb og i privatlivet.**

En pause fra en stadig strøm av nye pasienter er det man ønsker seg mest, mens andre igjen står faglig i stampe. Noen drømmer om å fikse taket på hytta og pleie forholdet til familien der hyppig kveldsarbeid etter hvert har blitt en trussel mot familielivet. Det er da du må vurdere hva du skal bruke overlegepermisjonen til....

## Avtaleverket

I henhold til A2 avtalen mellom NAV-helse og Den norske legeforening har overleger etter 5 års ansettelse rett til minimum 4 måneders lønnet utdanningspermisjon, med utbetaling av basislønn, individuelle tillegg og vaktlønn. Tidspunktet for permisjonen skal avtales med den enkelte lege, og det forutsettes at det legges frem et utdanningsprogram.

Hvordan praktiseres gjennomføringen på de ulike sykehus? Hvilke krav stilles til faglig innhold og hvordan dekkes utgiftene i forbindelse med avviklingen?

Vi har tatt en ringerunde til personalkontoret ved tre sykehus i Nord - Norge av ulike

størrelse; UNN, NLSH-Bodø og NLSH-Vesterålen.

## Godkjenning

Godkjenning av faglig innhold vurderes noe ulikt. Ved UNN er det avdelingsleder som godkjenner utdanningsprogrammet, men i Bodø og Vesterålen vurderes søknaden hos fagdirektøren etter at avdelingsledelsen har godkjent søknaden. Ibland blir det bedt om utfyllende opplysninger fra den permisjonssøkende, men søknader blir sjeldent avvist. Ingen av sykehusene har krav om skriftlig sluttrapportering.

## Dekning av utgifter

Dekning av utgifter i forbindelse med innleie av vikarer må ved UNN dekkes av budsjettet til den enkelte avdeling. I Bodø er det noe mer uklart da det er et sterkt ønske fra administrasjonen at planlagte permisjoner budsjetteres avdelingsvis i forkant, men i følge personalkontoret er det i budsjettet avsatt midler til innleie av vikar ved avvikling av overlegepermisjon. Personalkontoret poengterer at mange av overlegene ønsker å sprer opparbeid permisjonstid på spesielle

uker eller faste dager slik at driften i avdelingen ikke belastes i samme grad som ved fire måneders fravær. I Vesterålen har det også vært muligheter for å få dekket utgifter i forbindelse med innleie av vikarer..

Utgifter som den enkelte overlege pådrar seg i forbindelse med hospitering på andre sykehus, er det vanskeligere å finne midler til. Den enkelte lege må søke på fond og utdanningsmidler som de ulike avdelingene eventuelt disponerer.

## Tanker om overlegepermisjon

Vi har spurt tre av overlegene ved NLSH-Bodø om deres tanker omkring overlegepermisjonen;

- 1) *Hva betyr det for deg at du har mulighet til å ta ut overlegepermisjon etter 5 år?*
- 2) *Hva brukte du/skal du bruke overlegepermisjonen til?*
- 3) *Oppstod det praktiske vanskeligheter i forbindelse med permisjonsavviklingen?*
- 4) *Kunne du tenke deg å spre overlegepermisjonen utover et annet tidsrom?*



### **Bjørn Holdø**

Avdelingsoverlege. Overlege siden 1997.

1) Etter at fordypning i arbeidstiden ble tatt bort, er overlegepermisjonen det vi har. I en travel hverdag kan det være vanskelig å finne tid til faglig fordypning, så permisjonen er svært viktig.

2) Har hatt overlegeperm. 2 ganger. Har brukt den til å gjøre opp pasientmaterialer, en på seleksjon av risikofødende med fokus på ulike diagnoser og utkomme, en annen på langtidsresultater av TVT-operasjoner, begge med pasienter fra vår egen avdeling. I tillegg bidragsyter til noen mindre prosjekter og litt fordypning i litteratur.

3) Ikke annet enn at det var jeg som måtte gjøre hele jobben med å finne vikarer for å dekke opp en del av de vakansene som oppstod i mitt fravær. Ellers ingen problemer.

4) I første permisjonen tok jeg 4 mnd. i ett, og det var litt lenge å gå uten å være i vanlig jobb. Kan med fordel deles litt opp, for eksempel 1-2 mnd. ad gangen.



### **Ellen Langen**

overlegestilling i snart 6 år

1) Fint å ha muligheten til fordypning og lære meg nye ting. Bra med 4 måneder sammenhengende permisjonstid. Muligheten til permisjon virker stimulerende.

2) Det er så mye jeg har lyst til! Tror likevel jeg skal bruke tida på å bli bedre i ultralyd ved hospitering på et av sykehusene i Norge med spesialkompetanse på ultralyd. Planlegger overlegepermisjon i løpet av 2008/2009.

3) Jeg står foran min først mulighet til overlegepermisjon, så det vet jeg ikke. Jeg er inneforstått med at avviklingen må skje når det bemanningsmessig er mulig.

4) Kanskje. Det avhenger av hva man skal bruke permisjonstiden til.



### **Hemma Hegenauer**

Overlege i 20 år, ansatt i Bodø i 6,5 år

1) Ikke så stor betydning.

2) Jeg hospiterte ved descensoperasjoner i Tyskland og ved DNR. Deltok på to kurs i gynekologisk urologi, samt avsatte tid til litteraturfordypning.

3) Nei

4) Ja, over flere år. Det kommer an på prosjektet, men det burde vært valgfritt.

## **OVERLEGEPERMISJON**

**Har du tips eller erfaringer å dele med kolleger  
- skriv til redaksjonen!**

# EMSELEX® - EFFEKTIV<sup>1</sup> OG M<sub>3</sub> SELEKTIV

Effektivt<sup>1</sup>

## VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens<sup>1</sup>
- Godt tolerert<sup>1</sup>
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig<sup>2</sup>

NYE REFUSJONSKODER 3. MARS:

ICPC: U04

ICD: N39.4

REFUSJONSBERETTIGET FOR MOTORISK  
NEVROGEN HYPERAKTIV BLÆRE MED  
LEKKASJE (URGE-INKONTINENS)

 **Emselex**<sup>®</sup>  
(darifenacin) 7,5mg og 15mg  
DEPOTTABLETT  
Effektiv og M<sub>3</sub> selektiv

Id-kode: 432602.2008

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 M<sub>3</sub> selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001.

2. FK-tekst 12.04.2007

# Avansert gynekologisk kikkhullskirurgi

To overleger ved Gynekologisk avdeling Ullevål universitetssykehus har startet med mastergrad studiet i avansert gynekologisk kikkhullskirurgi.

Overlege Marit Lieng som har begynt i det første kullet har blitt ferdig med studiet og er faktisk første i verden som har fullført studiet og skaffet seg tittel: Master of Science in Advanced Gynecological Endoscopy. Undertegnende, overlege Jelena Kisc-Trope har begynt studiet ett år senere, i kull nummer to og jobber for tiden med å få i gang forskningsprosjekt for sin avslutnings masteroppgave.

Masterstudiet er organisert i samarbeid mellom the British Society for Gynaecological Endoscopy (BSGE) og the Postgraduate Medical School ved University of Surrey, Guildford i Storbritannia.

## Deltidsstudium

Masterstudiet er skreddersydd for gynekologer fra Storbritannia, men også for gynekologer fra andre land som har interesse og allerede en vis erfaring innen gynekologisk endoskopisk behandling. Programmet er laget som et deltidsstudium, og som skal tas parallelt med klinisk jobb. Masterstudiet omfatter 10 moduler som foregår over 2 år men studiet kan også gjennomføres i eget tempo og studietiden kan da strekkes til maks 6 år. Programmet omfatter både praktisk og teoretisk undervisning.

## Teoretisk undervisning

Den teoretiske delen av undervisningen omfatter grundig gjennomgang av grunnleggende prinsipper for

forskningsmetodikk og evidensbasert medisin, samt emner innen endoskopisk behandling av benigne gynekologiske sykdommer. Hver modul behandler ett emne, for eksempel laparoskopisk kirurgi ved adneksal sykdom, uterin patologi, mild og avansert endometriose, komplikasjoner og sikkerhet, tekniske aspekter og utstyr for endoskopi. Det er satt av tid til "pro et contra" gruppediskusjoner om kliniske spørsmål og dilemmaer. Etter hver modul følger det en hjemmeoppgave hvor det kreves systematisk og kritisk gjennomgang av eksisterende vitenskapelig litteratur på angitt emne.

## Praktisk trening

Den praktiske delen av programmet gjennomføres ved to moduler i ett moderne og velutstyrt treningssenter, hvor man får opplæring i forskjellig endoskopisk utstyr og teknikker og kan bruke tid på å øve seg på for eksempel laparoskopisk suturering. Operasjoner som gjøres på hjemmebane skal føres i en log bok for å vise at de praktiske kunnskapene følger med de teoretiske. Loggboken signeres av en godkjent klinisk mentor, men operativ virksomhet kan også dokumenteres ved filming av utførte operasjoner.

Tilstrekkelig operativ virksomhet og kompetanse er også ett krav for progresjon i studiene.



Jelena Kisc-Trope



Marit Lieng

Det er omtrent 20 studenter som starter i hvert kull og fleste er overleger fra Storbritannia. Men det er gynekologer fra hele verden, blant annet Østerrike, Italia, Sør Afrika som tar masterstudiet.

## Strukturert

Både Marit og jeg synes at masterprogrammet er veldig bra strukturert og forener det praktiske og teoretiske på ett bra sett. Forelesere er høyt kompetente og noen av dem er internasjonalt anerkjente eksperter. I tillegg er det veldig morsomt og motiverende å møte endoskopiinteresserte kollegaer fra andre land og utveksle erfaringer.

Marit og jeg har fått støtte fra vår avdeling som satser på høy klinisk og akademisk kompetanse innen endoskopisk gynekologi.

For mer info: <http://www.surrey.ac.uk/postgraduate/taught/course/details.php?url=endoscopy>

- Anne Eskild
- Professor, overlege KK A-HUS
- anne.eskild@medisin.uio.no

# Et virus som gir kreft – hva gjør vi nå?

**F**or nesten alle sykdommer er årsaken ukjent. Derfor er det vanskelig å finne effektive forebyggende strategier. Men årsaken til livmorhalskreft er kjent. Humant papillomavirus (HPV) fører til livmorhalskreft hos noen få av dem som blir smittet. HPV smitter ved seksuell omgang. Det finnes omtrent hundre forskjellige HPV-genotyper. Minst tolv av disse kan gi livmorhalskreft, og to av dem, genotype 16 og type 18 påvises i mer enn halvparten av krefttilfellene over hele verden. Muligens gjenspeiler det at disse typene har stor evne til å gi kreft. HPV er sannsynligvis også knyttet til kreft rundt endetarmen og i munnhulen. HPV-genotyper som ikke fremkaller kreft, kan gi kjønnsvorter og hudvorter.

**L**ivmorhalskreft kan forebygges. Men hvilken strategi er mest effektiv, gir færrest bivirkninger og samtidig lar seg forsvare økonomisk? Mulige forebyggende strategier er seksuell atferdsendring i befolkningen, vaksiner, befolkningsundersøkelser for kreftforstadier eller kombinasjoner av disse tiltakene. En manglende samlet forebyggende strategi kan bli kostbar, lite effektiv og gi ulik tilgang på helsetjeneste.

**P**å verdensbasis er livmorhalskreft en av de vanligste kreftformene blant kvinner. I Norge får omtrent en kvinne denne diagnosen hver dag og hver tredje dag er det en kvinne som dør av sykdommen. Mange av dem er unge.

**K**unnskapen om at HPV er årsak til livmorhalskreft er ganske ny, og funnet

verdig Nobelprisen i medisin i år. I løpet av oppsiktsvekkende kort tid er det utviklet vaksiner som kan forebygge HPV-smitte og diagnostiske tester for å påvise HPV-infeksjoner. Utviklingen har skjedd så fort at verken folk flest eller fagfolk har oversikt over kunnskapstilfanget.

**S**tudier fra utlandet har vist at rundt tjue prosent blir HPV-smittet tre år etter seksuell debut og 50-70 prosent i løpet av livet. I Norge kjenner vi ikke forekomsten av de kreft-fremkallende HPV-typene. Men HPV er ganske sikkert den mest vanlige seksuelt overførbare sykdommen. Bare en liten andel av dem som blir smittet av kreftfremkallende HPV-typer, utvikler kreft eller forstadier til kreft. Hos de aller fleste går infeksjonen over av seg selv innen ett år. Infeksjonen gir ingen symptomer. Effektiv behandling av akutt HPV-infeksjon finnes foreløpig ikke. Men forskning pågår.

**U**ndersøkelse for celleforandringer på livmorhalsen av alle kvinner i aldersgruppen 25 til 70 år er nå vårt viktigste forebyggende tiltak mot livmorhalskreft. Hensikten med slik screening er å oppdage forstadier til kreft, behandle disse og dermed forebygge kreftutvikling. Omtrent 3000 kvinner får hvert år påvist kreftforstadier og blir kirurgisk behandlet for dette. Antakelig ville bare ti til tjue prosent av disse kvinnene fått livmorhalskreft. Det foregår derfor en betydelig overbehandling siden det foreløpig ikke er mulig å forutsi hvem som vil få kreft. Den kirurgiske behandlingen gir økt risiko

for nedkomst før termin hos gravide som er behandlet på denne måten.

**I**kke alle vil, kan eller ønsker å ta celleprøve fra livmorhalsen. Vel halvparten av de 300 krefttilfellene årlig i Norge er blant de femten til tjue prosent av kvinnene som ikke har tatt celleprøve fra livmorhalsen. Blant de andre kvinnene som får livmorhalskreft, har sannsynligvis celleprøven ikke vært følsom nok til å oppdage kreftforstadier eller kreftsykdommen har utviklet seg raskt. Det er derfor ønskelig med mer effektiv forebygging. Hyppigere undersøkelser for celleforandringer, undersøkelser av kvinner under 25 år og høyere deltakelse i screeningprogrammet kan muligens gjøre screeningprogrammet mer effektivt.

**T**esting for HPV kan tenkes å gi mer informasjon om risikoen for kreftutvikling, enn celleprøver alene. Det er utviklet en rekke HPV-tester og mange nye er under utvikling, også tester som kvinner selv kan bruke. En forutsetning for å bruke en HPV-test for den enkelte kvinne og ikke minst i screeningsammenheng er å forstå betydningen av å få påvist HPV. Det er ikke lett. Ulike tester kan gi ulike svar. Forløpet av de ulike kreftfremkallende HPV-infeksjonene er ikke godt kjent. Det er derfor vanskelig å gi god informasjon om sannsynligheten for å få kreft. Å vite at man har et kreftfremkallende virus kan få betydning for kvinnen og hennes partners livskvalitet. Vissheten om at man kan testes for HPV i et screeningprogram kan få betydning for oppslutningen.



Hvis HPV-testing skal brukes i stor skala og finansieres med offentlige midler, må det være sikkert at nytten av slik testing er større enn ulempene, for samfunnet og for det enkelte individ. Det vet vi ikke i dag. Likevel brukes det nå store resurser på slik testing i Norge.

Livmorhalskreft kan, i alle fall teoretisk, forebygges ved atferdsendring og dermed hindre spredning av HPV. HPV-infeksjoner er imidlertid blitt så vanlig at smittespredningen antakelig i liten grad vil la seg påvirke av kampanjer for seksuell atferdsendring. Kondombruk ser ikke ut til å beskytte på samme måte som ved andre seksuelt overførbare sykdommer. Ungdom har imidlertid krav på å få vite om viruset for å kunne beskytte seg.

Vaksine mot HPV 16 og 18 er utviklet. Vaksinen beskytter også antakelig litt mot andre HPV-kreftfremkallende genotype. Vaksinerings av ungdom før seksuell debut ser ut til effektivt å forebygge smitte og dermed forebygge forstadier til kreft som skyldes

HPV 16 eller 18. Det gjelder antakelig rundt halvparten av tilfellene av kreftforstadier i Norge. Oppdatert kunnskap om hvor stor andel av krefttilfellene i Norge som skyldes HPV 16 eller 18 har vi ikke. Men blant et utvalg av krefttilfeller for 10-15 år siden, skyldtes 70 prosent disse genotypene. Hvor lenge man er beskyttet mot smitte etter vaksinerings, er foreløpig ikke kjent. Den fulle effekten av et vaksinasjonsprogram vil vi ikke se før om 30 år siden det kan ta så lang tid fra HPV-smitte til kreft. Det er nå foreslått å bevilge penger over statsbudsjettet til HPV-vaksinasjon av jenter i 7. klasse fra høsten 2009.

Kunnskapen om at HPV kan gi livmorhalskreft gir oss nye muligheter til å forebygge. Dette er noe av det viktigste som har skjedd i innen medisinen på mange år. Kunnskapen er resultater av avansert forskning innen genteknologi, virologi, immunologi og også forebyggende medisin og samfunnsøkonomisk analyse. Ny kunnskap er vanskelig å håndtere, men er likevel en forutsetning for å treffe riktige

politiske beslutninger om forebygging av livmorhalskreft. Ikke å ta beslutninger er også å beslutte.

Et offentlig finansierte helsevesen må prioritere mellom pasientgrupper og mellom forebygging og behandling. Det er betydelige kommersielle interesser knyttet til forebygging og diagnostikk av et virus som mange allerede har eller vil få. Vi trenger derfor en samlet strategi mot livmorhalskreft. I utviklingen av en slik strategi må betydning av ulike virkemidler beregnes og vektet. Det kan ikke være slik at en offentlig helsetjeneste skal finansiere HPV-vaksinerings, HPV-screening, cytologi-screening, samt diagnostikk og behandling av kreftforstadier uten av vi vet effekten av tiltakene. Livmorhalskreft er i dag ikke den største trusselen mot kvinners liv. Det er rundt 100 kvinner som dør av livmorhalskreft per år. Til sammenlikning dør over 700 kvinner av lungekreft per år og insidensen øker. Lungekreft har også kjent årsak og kan forebygges.

C  
Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»  
Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon:** Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorf aluminiumhydrokysulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primæraksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn:** <9 år: Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primæraksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB  $\geq 10$  mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Begrenset data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/10000$ ): Hud: Urticaria. Svært sjeldne ( $< 1/10000$ ), ukjent: Blod/lymfte: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. Neurologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt doser. **Egenskaper:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbert, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensende viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinene hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å induere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter  $< 12$  år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primæraksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdier observert 1 måned etter 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sikkerhetsmekanismen vil dekke kanylen etter injeksjon for å forhindre stikkskade. Kontakt med aktiveringstappene på sikkerhetsmekanismen må unngås for å sikre at plastyhlsen ikke dekker kanylen for tidlig. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. **Pakninger og priser:** Ferdigfylt sprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10.

Dato sist endret: 08.10.08

- Bjørn Backe
- Professor, overlege NTNU/ KK St Olavs hospital
- bjorn.backe@ntnu.no

# Stort behov for modernisering av norsk obstetrisk terminologi!

**- Om hoder som knapt er festet og som står mer eller mindre like ved spina, samt fødselssvulster og kjøttet mellom her og der.**

Jeg har tre forslag jeg gjerne vil luften for leserne av Gynekologen:

**1) Når vi skal beskrive hvor høyt hodet (eller forliggende del) står i fødselskanalen: Skal vi ikke gjøre som resten av verden?**

På norsk har det vært vanlig å si/skrive at hodet står a) i bekkeninngangen b) ved spina eller c) på bekkenbunnen. Det er vanlig å utdype dette med uttrykk som nesten, så å si, like, praktisk talt, sikkert over/under,

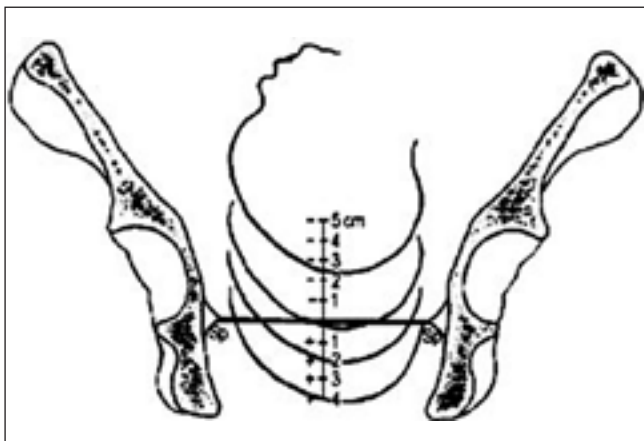
godt over/under osv. Dette kan bidra til økt litterær kvalitet på operasjonsbeskrivelsene, men redusert presisjon.

WHO's terminologi er den som har vært standard i USA fra 1988 (Williams Obstetrics 2005). Referansenivået er spina-planet. Man angir hvor mange centimeter hodet (setet) står over eller under spina-planet. 0 betyr at hodet står i høyde med spina, - 5 betyr at hodet står 5 cm over spina. Da står hodet i bekkeninngangen og er ikke festet (her ser man straks hvordan det oppstår problemer med å oversette et presist uttrykk til vår norske terminologi). Når hodet er + 5 er det synlig i vulva, det kroner.

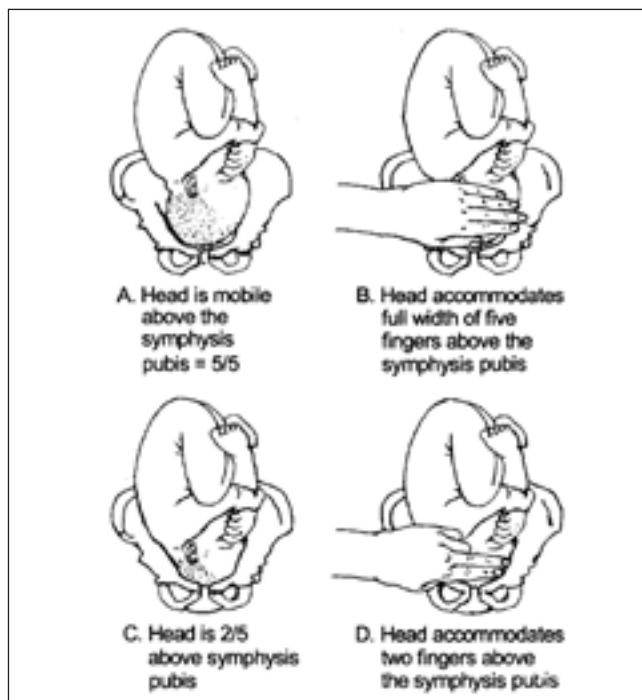
Figur 1 er hentet fra WHO's referansebok Managing Complications in Pregnancy and Childbirth (WHO 2003). Dette er vel kjent terminologi for de fleste gynekologer, som brukes i de fleste engelskspråklige lærebøker, i artikler osv

Et viktig poeng er at man regner fra den benede del av hodet. Ødemet i hodebunnen (= fødselssvulst som vi kaller det på norsk, et annet uttrykk som vi bør forlate, jfr. senere) skal ikke regnes med.

Jeg foreslår at også vi går over til denne terminologien.



Figur 1. WHO's terminologi er den som har vært standard i USA fra 1988 (Williams Obstetrics 2005). Referansenivået er spina-planet.



Figur 2. I den terminologi WHO anbefaler (WHO 2003) avgjør man dette ved ekstern palpasjon, og angir hvor stor del av hodet som er gått ned i bekkenet.

## 2) Norske hoder som for eksempel kan være festet, knapt festet og ikke festet:

Det er en utfordring å forklare studenter og gravide hva det betyr at hodet er festet, og hvordan dette avgjøres. Noen spekulerer på om hodet er løst når det ikke er festet, eller om det kanskje har løsnet fra sitt feste. Andre kan - med en viss rett - lure på hvor mye kraft man må/kan/skal bruke for å avgjøre om hodet sitter helt fast.

Det dreier seg om å avgjøre i hvilken utstrekning hodet er gått ned i fødselskanalen, eller ned i bekkenet. I den terminologi WHO anbefaler (WHO 2003) avgjør man dette ved ekstern palpasjon, og angir hvor stor del av hodet som er gått ned i bekkenet. Dette angis i femtedeler, tilsvarende en fingerbredde. 5/5 betyr at hele hodet (tilsvarende 5 fingerbredder) står over symfyisen, 2/5 betyr at 2/5 av hodet (tilsvarende to fingerbredder) står over

symfyisen. Jfr. figur 2, som også er hentet fra WHO- publikasjonen (WHO 2003).

Jeg foreslår at vi kollektivt skifter terminologi, slutter å snakke om festede hoder og begynner å snakke om hvorvidt hodet er gått ned i fødselskanalen. - Kanskje oppnår vi at gravide vil bli undersøkt mer skånsomt?

## 3) Kjøtt og svulst.

Fødselssvulst er et arkaisk uttrykk som bør skiftes ut. Legg merke til angsten i den fødendes øyne på fødestua når den som eksplorerer forkynner at her er det en stor fødselssvulst. Vordende fedre kan besvime av mindre. Dette er ødem i hodebunnen, enkelt og greit.

Mellomkjøtt er et annet seiglivet og alderdommelig uttrykk, som kanskje kan assosieres med mellommåltid/lunsj? Det er fortsatt mulig å høre dette uttrykket brukt, men det bør vi slutte med, snarest. Perineum

er et greit anatomisk begrep, og dersom man har behov for å fornorske kan vi si området mellom skjedeåpning og tarmåpning. Eller mellom vagina og anus. Det vekker ikke ubehag slik uttrykket mellomkjøtt lett kan gjøre.

Mellomkjøtt og fødselssvulst er i dag like alderdommelige uttrykk som velociped og automobil. Fortsetter vi å bruke disse uttrykkene, snakke om kjøttet som sprekker der nedentil og om svulstene som oppstår i hodet på barnet under fødselen, vil dagens beleste og kunnskapsrike kvinner med en viss rett kunne lure på om vi følger med i utviklingen.

### Referanser:

1. Cunningham FG (red) et al. Williams Obstetrics (22. utgave), McGraw-Hill 2005, New York
2. Managing complications in pregnancy and childbirth. WHO, Geneve, 2003. <http://www.who.int/reproductive-health/impac/mcpc.pdf> (18.09.2008)

# Wyeth®

# LOETTE®



LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

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

- Mette Stai Løkeland
- LIS, KK Haukeland universitetssykehus
- mette.loekeland@helse-bergen.no

# Abort og psykiske etterverknader - eit problem for heimeabortar?

**A**abort og psykiske etterverknader er det eit problem for heimeabortar? Eit møte hjå helse- og omsorgsdepartementet 13.03.08.

**T**id om anna kjem det studier som omhandlar moglege psykiske etterverknader etter abort. Ofte kjem det oppslag i media i samband med desse studia som overdimensjonerer dei psykiske plagene og skaper ein uriktig ide om at abort ofte gjev alvorlege psykiske plager til dei kvinnene som tar abort. Det kan igjen få politiske etterverknader der det medisinske tilbodet til kvinner som ynskjer abort vert satt under debatt.

**I** etterkant av mediemerksemda kring ein studie av Anne Nordal Broen stilte Laila Dāvøy (KrF) i stortingets spørjetime dette spørsmålet før jul:

*"Undersøkelser og forskning viser at en rekke kvinner som har tatt abort, sliter med angst, et stort antall bruker sterke rusmidler. Forsker Anne Nordal Broen sier at det er vanskeligere for kvinner som har tatt provosert abort, å snakke med andre. Mange kvinner som tar hjemmeabort, gjør dette alene og uten andres vitende.*

*Når vi kjenner til en rekke skadevirkninger for kvinner, vil da statsråden ta beslutning om at medikamentell abort kun skal foregå i sykehus, og etter omfattende informasjon og rådgiving?"*

**L**aila Dāvøy har også saman med Sonja Sjøli (H) i innstillinga frå Helse- og omsorgskomiteen foreslått å forby medikamentell abort heime (1).

**D**epartementets svar på dette var å invitere eit knippe aktuelle helsepersonell til eit møte. I invitasjonen stod det:

*"Undersøkelser indikerer at mange kvinner som har fått utført provosert abort, og også kvinner som har abortert spontant, har psykiske plager som de kan trenge oppfølging for i helsetjenesten. Det hersker usikkerhet med hensyn til om de psykiske plagene skyldes aborten, eller om de kan tilskrives andre forhold ved disse kvinnes livssituasjon. Uansett hva som er årsaken til plagene, har kvinnene behov for oppfølging fra helsetjenesten. Spesielt fastlegene, men og helsestasjonene, har en sentral rolle når det gjelder å fange opp disse kvinnene, samt i oppfølging, behandling og eventuell henvisning videre til spesialisthelsetjenesten."*

**A**nne Nordal Broen viser i sin studie til at kvinner som har abortert spontant eller provosert har psykiske plager som dei kan trenge oppfølging for i helsetenesta (2).

**I** hennar studie som baserer seg på 80 kvinner som har tatt provosert abort og 40 som har gjennomgått spontanabort, har 20% av dei som har tatt provosert abort psykiske reaksjonar 5 år etter aborten. Ein høgare andel av dei som har hatt spontanabort har psykiske reaksjonar 10 dagar og 6 mnd etter aborten. I gruppa som hadde tatt provosert abort hadde 52,5% ein tidlegare rapportert psykiatrisk hending anten sjølvrapportert eller vore i kontakt med helsetenesta grunna dette og 35% i gruppa med spontanabortar. I denne artikkelen ser ho ikkje på forholdet

mellom psykisk reaksjon og årsaka til abort. Det gjer ho derimot i ein annan artikkel der ho finn at dei som har psykiske reaksjonar hovudsakleg er dei som har opplevd press frå den potensielle barnefaren om å ta abort, har vore usikker på om ho skulle ta abort og har tidlegare psykiatrisk sjukehistorie (3).

**D**ette siste samsvarer med tidlegare studiar som mellom anna låg til grunn ved utarbeidinga av St. Melding nr 15 (1995-96). Der viser dei til fleire studier og mellom anna ein frå JAMA i 1992 på 5000 kvinner som vart fulgt opp 8 år etter aborten og som viste at psykiatriske etterverknader etter abort er sjeldne og har beskjedne konsekvenser for kvinnes etterfølgande velferd. Psykiatrisk sjukdom oppsto her hyppigst hjå dei kvinnene som har hatt psykisk lidning før svangerskapsavbrotet, dei som foretok inngrepet etter press utanfrå eller der beslutningsprosessen var konfliktfylt. Ein stor engelsk studie dei viser til fann psykose etter fødsel i gjennomsnitt 1,7 av 1000 tilfelle og 0,3 av 1000 etter svangerskapsavbrot. St. Meldinga viser også til at kvinns reaksjonar har samanheng med samfunnet sine haldningar til svangerskapsavbrot. Dei viser også til at abort kan føra til ei kjensle av tap som fører til tristheit, noko som er ein naturleg sorgreaksjon (4).

**B**erthold Grünfeldt viser også til liknande funn i diverse artiklar og seier at det er eit skjønsspørsmål kor vidt desse reaksjonane er komplikasjonar eller variant av naturlege

reaksjonar. Han viser også til at kvinner er konforme med samfunnet rundt seg og at graden av psykiske reaksjonar difor kan påverkast av forventningar om reaksjonar (5).

På møtet hjå departementet møtte Ann Færden (psykiater), Morten Laudal (allmennlege) og Mette Løkeland (NGF) frå Legeforeninga i tillegg til Mildrid Stien helsesøster i Asker og representant for ungdomshelsestasjonane, Marit Heiberg som er fagansvarleg i Jordmorforeninga og nestleiar Brit Roland frå Jordmorforeninga. Statssekretær Rigmor Aaserud leda møtet og i tillegg møtte 5 personar frå ulike avdelingar i HOD. Alle dei faglege deltakarane var samstemde. Ein var klår på at ein ikkje ynskjer særromsorg for kvinner som har tatt abort. Det vart fokusert på førebyggjande tiltak med styrking av allereie eksisterande helsetiltak. Deltakarane frå HOD spurte spesifikt om tiltak overfor innvandrarvinner/framandspråklege og hadde spørsmål konkret kring medikamentell abort heime som ordning.

Det er viktig å presisere at dei aller fleste kvinner får ingen psykiske reaksjonar etter abort. Vi skal heller ikkje sjukeleggjera normale reaksjonar og Anne Nordal Broen differensiarar ikkje i artiklane sine mellom normale sorgreaksjonar og psykiatri. Det er sjølvsagt viktig å fanga opp dei som kan trenga hjelp. På det viset det er viktig å fanga opp alle som treng hjelp av ulike årsaker. Vi som arbeider med kvinner som kjem for provosert abort eller har ein spontanabort er velkjende med risikogrupperne som er identiske i alle dei nemnde studiene; dei som er ambivalente, opplever press og har psykiatrisk forhistorie. Det er også viktig å ikkje stigmatisere ei stor gruppe kvinner (livstidsrisikoen er at ca 40% av alle norske kvinner tar abort) som stort sett ikkje har psykiske etterverknader og ikkje treng hjelp frå helsetenesta av di dette mellom anna kan skapa forventning om reaksjonar dei ikkje har. Ei slags pålagt kjensle av sorg og skam.

#### Referansar:

1. <http://www.stortinget.no/inns/2007/pdf/inns-200708-156.pdf>
2. Broen AN, et al, The course of mental health after miscarriage and in a longitudinal, five-year follow-up study, BMC Med. 2005;3:18.
3. Broen AN et al, Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. General Hospital Psychiatry 27 (2005) 36-43.
4. St. melding nr 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd. S53
5. Grünfeldt B, Psykiske reaksjoner på svangerskapsavbrudd. T.norske Legeforening, 1973,93,768-769.

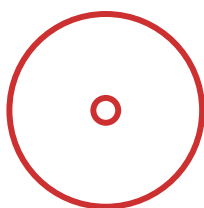


Få bedret kontroll<sup>1</sup>

 **Vesicare**<sup>®</sup>  
solifenacin

- Solhild Stridsklev
- FUGO leder
- LIS, St Olavs Hospital
- solhi-s@online.no

## Kurs, generalforsamling og årsmøte



**FUGO**

Årets FUGO kurs "Fosterovervåkning" ble en stor suksess. Kurset var overbooket, og deltagerne svært fornøyde. Branka Yli var en strålende foredragsholder som alltid! Stor takk til henne og Torunn Eikeland for jobben de la ned. Kurset har inspirert FUGO styret til å forsøke å gjøre det enda bedre neste år! Stedet blir Fredrikstad, dato 2. september og denne gangen blir det et gynekologisk tema. Følg med på [www.legeforeningen.no/NGF](http://www.legeforeningen.no/NGF), kurskatalogen eller Gynekologen for nærmere program! Til årets FUGO generalforsamling hadde vi lykket å få YLF leder Hege Gjessing som foredragsholder, det var vi også svært fornøyd med og også her var tilbakemeldingene gode. Det har alt i alt vært en god, dog arbeidsom FUGO høst, med kurs, årsmøte, representasjon i Skandinavia/Europa og NGF. På årets generalforsamling var vi så heldige å få inn to nye, engasjerte kollegaer i styret; Christian Tappert som jobber i Trondheim, og Marte Myhre som jobber i Oslo. Stig Hill takker for seg i FUGO styret, men fortsetter som leder i NFYOG en stund til. Tusen takk til Stig for innsatsen for FUGO de siste to årene! Året går mot slutten og med

det også min tid som FUGO leder. Jeg overlater stafettspinnen til Sissel Oversand, og dermed i trygge hender! Det nye styret har mange ambisjoner og store planer for videre FUGO arbeid, og det virker som vi skal både se og høre mye til foreningen i året som kommer! Jeg vil med dette takke for meg og ønske det nye styret lykke til i 2009!

### Nyttige websider

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

### FUGO-STYRET 2009

Sissel H. Oversand	Leder;	ENTOG-representant	Sisseloversand@hotmail.com	908 51 474
Ane G. Z. Eriksson	Nestleder	NGF styremedlem ENTOG vara-representant	anegerda@hotmail.com	482 30 660
Erik A. Torkildsen	Nettansvarlig	PWG NGF vara-representant	eatorkildsen@yahoo.no	926 01 220
Marte F. Myhre	Sekretær; Med-nettansvarlig	NFYOG-representant	martemyhre@yahoo.no	990 02 294
Vilde R. Lehland	Styremedlem	NFYOG-representant	vrlehland@yahoo.no	374 01 458
Christian Tappert	Kasserer	Kursansvarlig	christian.tappert2@stolav.no	418 45 149

## Utveksling i Portugal

# Ulik praksis for induksjon av fødsel

**Fra 24 land i Europa samles hvert år assistentleger innen fødselshjelp og kvinnesykdommer til en utveksling, to leger fra hvert land. I år var utvekslingen i Portugal. Vi var to som reiste fra Norge også, men siden vi – fornuftig nok- ble plassert i forskjellige byer vil dette bli historien fra Coimbra. En by full av historie og sykehus. Landets 3. største by og et regionalt senter med to sykehus fordelt på bygninger over hele byen. 2 kvinneklinikker med forskjellig praksis.**

Som eneste utvekslingskandidat på Maternidade Bissaya Barreto fikk jeg en fantastisk mottakelse (russeren som også skulle vært der fikk ikke reise likevel). Alle inkluderte meg, enten de snakket engelsk eller ikke, og kliniksjeften viste meg rundt og introduserte meg til alle. Jeg fikk delta ved gynekologiske operasjoner og ble tilbudt å ta imot barna som ble født. Siden det kun var 4 virkedager jeg var der fant jeg det best å forbli observatør og å lære av deres praksis. Foruten at legene ved operasjon hovedsaklig gjør som i Norge, må de i tillegg utføre de fleste av operasjonssykepleierens oppgaver. De har kun en usteril sykepleier på stuen.

### Lang arbeidsdag

Det meste blir gjort som i Norge, men praksis innen enkelte deler av obstetrikken er svært forskjellig fra norske retningslinjer. Sectiofrekvensen på dette sykehuset er 30%. I januar i år steg det til 40%, så da jeg var der i slutten av februar hadde de begynt å referere alle keisersnitt som var gjort i løpet av vekten og årsaken til disse. På kvinneklinikken med 3200 fødsler er 2 assistentleger, 2 obstetrikere og 1 gynekolog på vakt. Selv om vekten på papiret er kun 12 timer lang, har alle sitt faste arbeide før

og etter, slik at reelt jobber de 24-38 timer i strekk.

### Induksjon

Kvinnene i Coimbra blir på dette sykehuset induisert fra uke 38 i svangerskapet uten andre indikasjoner enn uketall. Nabosykehuset i samme by, med 3500 fødsler, inducerer fra uke 40+2. Selv om assistentlegene mener dette ikke er riktig obstetrisk praksis er dette etter hvert en innarbeidet rutine ved avdelingen. Enkelte overleger fortalte meg at de syntes synd i kvinnene i Norge når legene har så lite medfølelse med deres plager at vi lar dem lide i både 1 og 2 uker over ultralydtermin. Enkelte leger valgte å ikke inducere på umoden cervix over termin, men heller la kvinnen gå rett til sectio.

### Tangforløsning

Tarniers tang er mye brukt, og også vakumforløsning med Kiwi-kopp. Ifølge en av assistentlegene som har jobbet der i 3 år har han aldri sett en perinealrift som involverer endetarmsmuskulatur. Riktignok så jeg tangen brukt, og elegant, men de kontrollerte ikke per rektum etterpå, til tross for rift i perineum...

Når kvinnene kommer inn i fødsel får de epiduralanalgesi slik at de kun kan ligge

gjennom resten av fødselen. Alle som har rier eller blir induisert har kontinuerlig CTG-overvåkning. De har et STAN-apparat, men stoler ikke på dette. De bruker intern elektrode kun der CTG er patologisk, og har ikke pH-apparat på huset til å hjelpe seg med. Kvinnene hadde lite privat under sin fødsel, og spesielt lite ved vaginale operative forløsninger. De ansatte på fødesiden- leger, anestesipersonell, jordmødre, studenter, og jeg- stakk innom for å se på, komme med oppmuntrende tilrop- til legen som forløste, ikke til den vordende mor- eller hang bare i den alltid åpne døren.

### Stor åpenhet og interesse

Jeg møtte en enorm åpenhet og interesse for hvordan vi i Norge driver (spesielt) obstetrikken, en villighet til å lære fra andre, og opplevde aldri at de ga uttrykk for at de hadde fasiten innen faget.

I tillegg til introduksjonsrunden på sykehuset tok assistentlegene ved begge kvinneklinikker oss 4 utvekslings-kandidatene på omvisninger i byen, til katolsk messe, til det barokke biblioteket som er byens stoltet (med rette), og ga oss mat, mat, mat og mat. Dette ga mersmak på flere plan. Vi fire som var i Coimbra + kontaktpersonene våre fra Portugal har allerede avtalt å møtes igjen til en privat utveksling i Nederland neste år.

- Stig Hill,
- LIS, KK, Haukeland Universitetssykehus
- stighill@gmail.com

## FUGOs debut som kursarrangør

# Kurs i fosterovervåkning

For første gang i historien ble det i år avholdt kurs i regi av FUGO i forkant av Norsk Gynekologisk Forenings (NGF) årsmøte. Tema for kurset var Fosterovervåkning med fokus på STAN. Kursarrangører var FUGO styret. Foredragsholdere var Branka M.Yli og Torun Eikeland. Kurslokalet var på Sykehuset Bodø i Bodø.

FUGO styret og styret i NGF har lenge lurt på hvordan man kunne motivere flere leger i spesialisering (LIS) til å delta på Årsmøtet i NGF. Samtidig har FUGO vært på søken etter hvilken rolle organisasjonen bør og skal ha. I forbindelse med denne selvransakelsen kom styret i FUGO på den geniale ide at det å arrangere kurs om emner som de obligatoriske kursene i spesialistutdannelsen ikke dekker kunne være en sådan meningsfull aktivitet FUGO kunne drive med. FUGO styrets medlemmer savnet et kurs om fosterovervåkning og STAN og tenkte derfor at det første FUGO arrangerte kurset kunne ha dette som tema. Så snart tanken om tema var tenkt så var valget av foredragsholdere lekende lett. Branka Yli er jo "STAN dronningen" i Norge og Torun Eikeland er en av legene i Norge

som har vært med å bruke STAN fra STANs famlende første steg. De to ble kontaktet og takket umiddelbart ja til å holde kurset.

Solhild Stridsklev tok villig på seg rollen som kursarrangør. Hun laget program, søkte Spesialitetskomiteen om godkjenning av kurset og legeföreningen om tellende timer og dertil hørende refusjon fra Fond 3. Alt gikk i boks! Kurset ble annonsert i det ganske land og søknader om deltagelse begynte å tikke inn. Alt gikk på skinner.

Så var kursdagen kommet. 03.09.08. Rundt om i det ganske land stod LISer opp grytidlig for å ta fatt på den lange reisen til Bodø. Kursstart var lagt til kl 1200 slik at deltagerne kunne fly inn samme dag. FUGO styret ankom også samme morgen. Alle utenom Solhild som var blitt rammet av akutt laryngitt. SMSer fløy gjennom luften. Frykten for at skrekken skulle overmanne de andre i styret og at kurset skulle gå i dass vokste for hvert sekund som gikk. Heldigvis hadde Solhild planlagt hele arrangementet så godt at vi andre i styret lett kunne overta roret på den ubemannede skuten. Veiskilt ble hengt opp, pausemat kjøpt inn, kursmaterie

trykket opp, foredragsholdere beroliget, prosjektorer ordnet med slik at alt var på plass når klokken slo tolv. Litt flaks, men mest dyktighet.

Når kurset tok til satt til sammen 40 LIS med vidåpne øyne og et sultent sinn og lot seg ta med storm av Branka Yli. I høyhelte sko foreleste hun med en uovertruffen iver og entusiasme. Detaljer om STANs teoretiske grunnlag og bruksområder strømmet ut av munnen hennes både på innpust og utpust. Etter en fylde gjørende gjennomgang av hele STAN konseptet ble det delt ut kasuistikker til deltagerne som så ble gjennomgått av Branka og Torun. Og når klokken slo syv var deltagerne desperate etter flere eksempler på STAN i praksis, men dessverre også helt ør i hodet etter et bombardement av informasjon om STAN.

På den etterfølgende tapas middagen på et av Bodøs traktørsteder var alle enige. Branka hadde imponert! Tiden hadde vært for knapp! Man burde fått tid til å diskutere flere STAN eksempler! Men alt i alt hadde kurset vært en suksess! Stuptrøtte gikk så de fleste LISene til sengs.

## Meld deg på utveksling!

ENTOG (European Network of trainees in gynaecology and obstetrics) er den europeiske organisasjonen for utdanningskandidater i vårt fag. De arrangerer årlig utveksling av LIS mellom kvinneklinikker i de europeiske landene. Utvekslingen er en enestående mulighet til å erfare hvordan hverdagen er for våre europeiske kolleger. Utvekslingen er av en ukes varighet, hvor man fra mandag til torsdag vil hospitere på et lokalt sykehus, og fredag delta på et ENTOG seminar sammen med de andre deltagerne.

Det reiser to representanter fra hvert deltakerland.

Våren 09 er utvekslingen i Ungarn, lokal arrangør har foreløpig ikke fastsatt nøyaktig dato, men trolig blir dette 1.-6.juni eller 8.-13. Juni 2009.

Reise og overnatting 1 natt (fre/lør)+ evt i tillegg overnatting tors/fre, samt offisielle ENTOG -arrangement dekkes av FUGO. Resten av oppholdet dekkes av lokal arrangør.

Selv om det nok er nødvendig med noe erfaring i faget for å få fullt utbytte av utvekslingen, vektlegges også personlig egnethet, språkkunnskaper etc ved vurdering av søknadene. Forutsetningen for å reise er at man deler sine erfaringer gjennom en rapport/reisebrev som vil publiseres i Gynekologen og på FUGOs nettsider.

Søknaden sendes innen 1.2. 09 til FUGO's sektretær Marte Myhre på e-mail: martemyhre@yahoo.no.



# Verdenskongress for gynekologer

Cape Town 4. - 9. oktober 2009

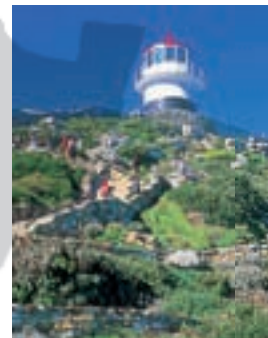
International Federation of  
**FIGO**  
Gynecology and Obstetrics

DocTours inviterer til et spennende møte med Sør-Afrika og kontrastenes by Cape Town. Hovedformålet med turen er kongressen, men vi får også et innblikk i landets helsevesen, og de store helsefaglige utfordringer man står ovenfor. Det er også innlagt besøk på Cape Towns største sykehus Groote Schuur, hvor Christiaan N. Barnard og hans team i 1967 utførte den første hjertetransplantasjon i verden. Under oppholdet i Cape Town besøker vi bl.a. Robben Island, vindistriktene og Kapp-punktet.



## DocTours sitt opplegg består av 2 deler:

Kongressen (Grunnpakke 2. - 11. oktober)  
og Safari i Kruger National Park (Tilleggspakke 10. - 15. oktober)  
Pris pr. person - Grunnpakke: fra kr 15.750,-  
Pris pr. person - Tilleggspakke / safari: kr 8.500,-  
Det er mulig å ha med ledsager på denne turen.



NB! Hver enkelt deltaker besørger selv påmelding til kongressen.

Ønsker man å utvide oppholdet andre steder i Sør-Afrika - ta kontakt med Temareiser Fredrikstad.

Påmeldingsfrist: 1. juni 2009 - begrenset antall plasser!

Spesialprogram: se [www.doctours.no](http://www.doctours.no)  
eller kontakt Temareiser Fredrikstad på tlf: 69 31 26 21, fax: 69 31 31 93,  
e-mail: [info@temareiserfredrikstad.no](mailto:info@temareiserfredrikstad.no)

**TEMAREISER**  
FREDRIKSTAD AS  
Reisebyrå • Kjøretur • Luftreiser



**DOC**  
**TOURS**



**C Vesicare®.** Kompetitiv, spesifikk koliner reseptorantagonist. **ATC-kode:** G04B D08. **TABLETTER, filmdrasjerte** 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Solifenacinsuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **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/Amning:** Overgang i placent: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. Overgang i morsmelk: Bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger:** Klasespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørrethet 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, abdominalmerter. Syn: Tåkesyn. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastroøsofageale reflusksykdommer, tørr hals. Hud: Tørr hud. Luftveier: Nasal tørrhet. Neurologiske: Somnolens, dysgeusi. Syn: Tørr 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. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Høyeste solifenacinsuksinatdose administrert er 100 mg som engangsdose. De mest vanlige bivirkningene ved denne dosen er hodepine (mild), munntørrethet (moderat), svimmelhet (moderat), døsighet (mild) og tåkesyn (moderat). Det er ikke rapportert tilfeller av akutt overdosering. Behandling: Ved overdosering bør pasienten behandles med aktivt kull. Ventrikkelsykilling kan foretas, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardisemi, arytmier, kongestiv hjertesvikt). **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes 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 osofagitt, 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 årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin for en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir, itraconazol). **Dosering:** Voksne inkl. eldre: 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. Barn og unge: Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. Nedsatt nyrefunksjon: Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance  $\leq 30$  ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Nedsatt leverfunksjon: Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Tablettene kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann. **Pakninger og priser:** 5 mg: 30 stk. kr. 427,60, 90 stk. kr. 1159,60. 10 mg: 30 stk. kr. 533,20, 90 stk. kr. 1448,90. T: Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskode: ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens Vilkår: Ingen spesifisert.

Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 05.01.2006.  
**Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma.**

Sist endret: 03.03.2008

# Cervarix<sup>®</sup>



– eneste HPV-vaksine med  
6,4 års dokumentasjon<sup>1</sup>



Studien viser 100 % beskyttelse mot forstadier til livmorhalskreft  
forårsaket av HPV 16 og 18<sup>1</sup>

# Føtal veksthemning og svangerskapsforgiftning

**Føtal veksthemning og svangerskapsforgiftning (preeklampsi) er viktige årsaker til sykdom og død hos gravide kvinner og fostre. Begge tilstander kan ha sammenheng med mangelfull morkakeutvikling. Mekanismer som ligger bak er bare delvis kjent. Ufullstendig invasjon av føtale celler (ekstravilløse trofoblaster) og mangelfull remodulering av maternelle kar (spiralarterier) i morkakesengen er en sentral del av sykdomsbildet. Avhandlingens hensikt var å studere molekylære mekanismer som ligger bak mangelfull morkakeutvikling ved føtal veksthemning og preeklampsi.**



Irina Poliakova Eide

**V**ev fra morkakesengen (decidua basalis) hos kvinner med føtal veksthemning og preeklampsible undersøkt. Følgende metoder ble brukt: mikroarray teknikk for påvisning av genekspresjon; immunohistokjemi for karakterisering av spiralarterieremodulering, leukocyttopulasjon, trofoblastapoptose samt identifisering av Fas Ligand (FasL)

og hemoxygenase I ekspresjon. I tillegg ble polymerase kjedereaksjon (PCR) anvendt for genotyping av HLA-G 14bp genpolymorfisme i maternelt og føtalt blod.

**S**tudie 1 viser at kvinner i kasusgruppen, særlig de med føtal veksthemning, har redusert antall av naturlige drepeceller (NK-celler) i decidua. Denne observasjonen styrker hypotesen om at NK-celler er viktige for morkakeutvikling, og at endret antall og funksjon av disse cellene kan føre til mangelfull implantasjon med føtal veksthemning og preeklampsi. Studie 2 viser at kvinner i kasusgruppen, særlig der det foreligger føtal veksthemning, har færre deciduale celler og ekstravilløse trofoblaster som uttrykker FasL. FasL er en dødsligand som kan drepe aktiverte leukocytter ved kontakt med Fas reseptor og på den måten støtte trofoblastinvasjon og morkakeutvikling. Våre funn tyder på at Fas-FasL systemet er av betydning for utvikling av immunologisk toleranse og at dysregulering kan føre til mangelfull morkakeutvikling. Studie 3 demonstrerer at antall leukocytter som uttrykker hemoxygenase I (en markør for oksidativt stress), er økt i decidua basalis

hos pasienter med preeklampsi. Kvinner med preeklampsi har høyere verdier av hemoxygenase I i serum, og disse verdiene korrelerer positivt med blodtrykknivået. Funnene bekrefter at oksidativt stress er en viktig del av preeklampsi-syndromet. Studie 4 viser ingen assosiasjon mellom HLA-G 14bp genpolymorfisme og sykdomsutvikling. Vevsforlikelighetsantigenet HLA-G uttrykkes av ekstravilløse trofoblaster og spiller trolig en rolle i utviklingen av immunologisk toleranse i den føto-maternelle overgangen. Manglende assosiasjon mellom en genpolymorfisme og sykdomsutvikling utelukker likevel ikke at HLA-G er viktig for normal graviditet.

**Full tittel:** Føtal veksthemning og svangerskapsforgiftning: karakterisering av føto-maternelle interaksjoner i decidua basalis

**Institutt:** Institutt for kreftforskning og molekylær medisin

**Veiledere:** Rigmor Austgulen, Christina V. Isaksen, Kjell Å. Salvesen, Borghild Roald

**Finansieringskilde:** Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

# HPV-vaksinering – anbefalinger fra Norsk Gynekologisk Forening

HPV-infeksjon er den vanligste seksuelt overførbare infeksjon både hos kvinner og menn. Det er anslått at opptil 20 % av den seksuelt aktive befolkningen på et hvert tidspunkt er smittet, og at over 70 % av befolkningen vil få en HPV-infeksjon i løpet av sitt seksuelt aktive liv.

HPV-infeksjon er en forutsetning for utvikling av livmorhalskreft. Det finnes en rekke ulike genotyper av HPV-viruset. Begge de godkjente vaksinene som nå er på markedet, Cervarix og Gardasil, virker mot genotypene 16 og 18 som forårsaker ca. 70 % av cervixcancer. Gardasil beskytter i tillegg mot genotypene 6 og 11 som forårsaker over 90 % av kjønnsvorter.

Vaksinene er utprøvd på unge kvinner i alderen 16 til 26 år. Sikkerhet og immunrespons er dessuten utprøvd på barn og unge av begge kjønn i alderen 9-15 år. Beskyttelseeffekt på menn er under vurdering. Det har ikke vært påvist alvorlige bivirkninger av vaksinene.

Vaksinene er profylaktiske og bør fortrinnsvis gis før seksuell debut. Det er ikke påvist at vaksinene har terapeutisk effekt. Om vaksine gis etter at en person har pådratt seg infeksjon med én av genotypene som dekkes, har studier vist at vaksinen fortsatt er virksom mot de andre genotypene.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten besluttet i mars i år, slik også en tverrfaglig ekspertgruppe innen Folkehelseinstituttet gjorde i mai 2007, å anbefale helseministeren at alle jenter i 7. klasse skal få tilbud om HPV-vaksine. Norsk Gynekologisk Forening (NGF) støtter sterkt denne anbefalingen. NGF mener at:

- Alle jenter bør vaksineres før seksuell debut– da er vaksinen mest effektiv. Dette bør være et gratis tilbud som del av det alminnelige vaksinasjonsprogrammet.
- Vaksinering etter seksuell debut har også effekt om enn mindre, og NGF har ingen motforestillinger mot at kvinner som ønsker dette blir vaksinert.
- Siden vaksinen bare beskytter mot ca 70 % av de kreftfremkallende HPV-typer, er det svært viktig at også kvinner som lar seg vaksinere, fortsetter å følge screeningprogrammet for livmorhalskreft.

**Knut Hordnes,**  
Vitenskapelig sekretær,  
Norsk Gynekologisk Forening

**Rolf Kirschner, Leder,**  
Norsk Gynekologisk Forening

NGF's høringsuttalelse til Dnlf

# Utredning om spesialist- utdanning av leger 2007

Norsk gynekologisk forening (NGF) har med stor interesse gått gjennom denne utredningen. Rapporten er en bred og detaljert gjennomgang av spesialistutdannelsen, i hovedsak med vekt på Legeforeningens rolle. I det følgende følges den tilsendte mal for kommentarer.

## 1) Spesialitetsstruktur og forhold til internasjonal medisin

NGF er enig i at man bør videreføre dagens struktur på spesialistutdanningen, med Legeforeningen som en sentral aktør, og med en spesialiststruktur som er lik de andre europeiske land. Vi ser ikke noe behov for radikale endringer, og er enig i at dagens struktur med spesialitetskomiteer, Spesialitetsrådet og Legeforeningens sentrale sekretariatsfunksjon vil ivareta behovene også i framtida.

Vi savner en analyse av de andre aktørenes rolle, for eksempel hvilken rolle det prestisjetunge Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefördelingsaker har hatt gjennom snart 10 år.

Vi savner også en analyse av ordningen med legerasjonering, som innebærer sentral godkjenning fra Helse og omsorgsdepartementet av alle legestillinger som opprettes både i sykehus og kommunehelsetjeneste. Etter vår oppfatning har denne ordningen ikke vært effektiv. Det er ikke denne sentralstyrte rasjoneringen av legestillinger som har ført til bedre legedekning i utkantstrøk. Ordningen med legerasjonering ble opprettet i en situasjon med knapphet på leger. Dette er radikalt endret, vi har i dag stor tilgang

på leger. Det er også innført statlig eierskap av institusjonshelsetjenesten. Dermed er sentrale forutsetninger for rasjoneringsordningen falt bort, og det er på høy tid å vurdere hensiktsmessigheten av ordningen med sentral godkjenning av stillinger.

NGF mener forøvrig at utredningen gir et godt bilde av spesialistutdannelsen og hvordan den er blitt utviklet.

## 2) Opprettholdelse av de relativt strenge kriteriene for opprettelse av nye spesialiteter

NGF er stort sett enig i de prinsippene som er fulgt, men vil ta forbehold om at flere fag enn generell kirurgi og indremedisin kan ha grenspesialiteter. Det er ikke sikkert at pasientene er tjent med en spesialitetsstruktur som ikke tilpasses den medisinske utvikling. Uformell subspecialisering eksisterer i mange fag. Man kan godt få en subspecialisering forvaltet av foreninger utenfor legeforeningen. En slik utvikling vil raskt kunne bli konsekvensen hvis spesialitetsstrukturen oppleves som stivnet.

Landsstyret er foreningens høyeste organ. NGF har regnet det som en selvfølge at Legeforeningens organer arbeider målrettet for å følge opp Landstyreets vedtak. Vi har grundig lest rapporten for å finne igjen referanser til Landstyreets vedtak fra 27. mai 2005 om å opprette en grenspesialitet innen gynekologisk onkologi. Det er svært påfallende at dette vedtaket ikke har fått grundig omtale og ikke er gitt begrunnelse i rapporten, vi vil be om at Sentralstyret

merker seg dette og tar de nødvendige skritt for å følge opp Landstyreets vedtak. Først på side 106 i oppsummeringsdelen er saken omtalt, men da på feilaktig måte. Det heter her at forslaget om opprettelse av gynekologisk onkologi som egen spesialitet har vært til full organisasjonsmessig høring i Legeforeningens organer. Det er vesentlig å korrigere dette. Forslaget gjaldt gynekologisk onkologi som grenspesialitet under hovedspesialiteten Fødselshjelp og kvinnesykdommer, som fikk støtte av de fagmedisinske foreningene.

## 3. Forslag om opprette ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

NGF ser at denne problematikken er et vesentlig helseproblem. Vi kjenner ikke den faglige bakgrunnen for å etablere en slik spesialitet, og har heller ingen kjennskap til forventet pasientpågang. Vi er enige i at spørsmålet om opprettelse av en egen spesialitet må utredes nærmere før vedtak.

## 4. Kompetanseområder, f.eks. i alders- og sykehjemsmedisin.

Formelle kompetanseområder med regler og godkjenningsordninger, som ikke er egne subspecialiteter blant annet fordi man tenker seg at leger med ulike spesialiteter kan få denne særskilte kompetansen (f.eks. i alders- og sykehjemsmedisin), er slik vi ser det et substitutt for subspecialisering som man altså ikke ønsker seg. Slik vi har oppfattet er ikke kompetanseområder blitt noen suksess i Danmark og Finland, som har dette systemet. Vi er i tvil om dette er en egnet måte for å utvikle det medisinske behandlingstilbud.

Vi er enige i at legerollen i sykehjemmene kan utredes nærmere, og vil foreslå at man også utreder årsakene til at det er vanskelig å rekruttere primærleger til denne type arbeid.

## **5. Oppbygging av spesialiteten geriatri, samt økning av kompetansen om eldres helsesituasjon hos alle spesialister som behandler voksen pasienter.**

Vi tar her rapportens omtale til etterretning. I lys av eldrebølgen er det klart at vi står overfor et kapasitetsproblem på mange sektorer i helsetjenesten, og det er særlig viktig å styrke geriatri som fag.

## **6. Endring av utdanning i generell kirurgi.**

### **7. Endring av utdanning i generell indremedisin.**

Det diskuteres om utdannelsen av generelle kirurger/medisinere bør reduseres til en basisutdanning som gir "vaktkompetanse", fordi alle nå bli subspecialister og mange dermed vil "kaste bort" tid på å arbeide med pasienter de senere vil ha liten berøring med. De vil således "kaste bort" tid med å gjøre en rekke elektive inngrep f.eks i gastrokirurgi som gir dem en kompetanse de ikke trenger når de senere skal fordype seg i mamma- og endokrin kirurgi.

Vi er usikre på i hvilken grad en slik amputert generell kirurg-utdanning vil fungere i et europeisk perspektiv. Det er et viktig poeng at norske spesialiteter ikke bør skille seg for mye fra spesialitetene i andre europeiske land. Vi er også kritiske til i hvilken grad et slikt grep vil bedre rekrutteringen av kirurger til stillinger ved de "små lokalsykehusene" (se senere). Det er størrelsen på de "små lokalsykehusene" – altså pasienttilgangen og dermed vaktbelastning og fagmiljøets størrelse - som er problemet, ikke utdannelsen hverken til kirurger eller medisinere, eller gynekologer.

Også i vårt fag kan man føre argumentasjon for at spesialistutdannelsen gir en operativ kompetanse som mange ikke trenger. Våre spesialistutdanning gir en bred generell kompetanse som de færreste vil trenge, fordi de fleste enten blir knyttet til en seksjon ved en avdeling hvor de bare vil trenge vaktkompetansen, eller de blir praktiserende spesialister. Det

er nok de færreste som blir "all round" gynekologer. Derfor kunne man også i vårt fag i prinsipp diskutere å innføre en kortere basisutdanning fram til vaktkompetanse, og deretter subspecialisering i forskjellige spesialiteter som allerede eksisterer i Europa som gyn. onkologi, infertilitet, fostermedisin, obstetrikk, laparoskopisk gynekologi osv.

. Vår spesialistutdanning omfatter 1 år hovedutdanning i kirurgi, og vi ønsker å sikre at en omlegging av kirurgutdannelsen ikke rammer våre kandidaters hovedutdanning. Flere av våre utdanningskandidater har erfaring for at det er vanskelig å få den nødvendige tjenesten i kirurgi, dette er et problem som burde utredes nærmere.

Vi er altså usikre på om en amputert hovedutdanning er veien å gå i kirurgi og medisin, men vi støtter forslaget om at dette bør utredes videre i de respektive spesialitetskomiteene

### **8. Ferdighetslaboratorier, simulatortrening.**

Vi er enige i at slike læringsarenaer er viktige, og dette er også i vanlig bruk i vårt fag. Utviklingen, blant annet den tekniske utviklingen, går klart i den retning at slikt utstyr blir bedre og at læring i større grad vil skje ved trening i slike laboratorier. Dette er vanlig f.eks. i akutt obstetrikk, hvor det også er vanlig å trene i tverrfaglig sammenheng sammen med jordmødre.

### **9. Rekruttering og kompetanseutvikling ved små lokalsykehus**

Utredningen bruker mye plass på omtalen av "små lokalsykehus" uten å definere dette begrepet. Årsaken til at dette er prioritert er at det er vanskelig å rekruttere leger til mange av disse sykehusene. Det argumenteres i rapporten blant annet for etablering av samarbeid mellom gruppe I avdelinger og slike små avdelinger, som vil ligne en blokkutdanning etter svensk mønster. Det vises også til politiske vedtak om at de "små lokalsykehusene" skal bestå som "medisinske trygghetsbaser".

Vi hadde ønsket oss en mer uredt og mer dyptgående analyse av situasjonen ved de små lokalsykehusene. Ut fra erfaringene i vårt fag vil vi hevde at mange av de minste sykehusene er for små til å opprettholde

en stabil legebemannning i en spesialitet. For eksempel er det mange små fødeavdelinger med 2-3 delte vaktordninger, hvor det ikke er tilstrekkelig arbeidsmengde til å ansette flere gynekologer for å få levelig vaktordning. Dette er et strukturproblem som ikke bare angår vårt fag men flere andre (eks. anestesi, generell kirurgi, generell indremedisin) og som krever en løsning.

Det er vanskelig å se at de foreslåtte grepene som å redusere utdannelsen av generelle kirurger og indremedisinere til en basisutdanning som gir "vaktkompetanse", vil påvirke rekrutteringen til slike stillinger. Det er størrelsen – altså pasienttilgangen - ved de "små lokalsykehusene" som er problemet, ikke utdannelsen hverken til kirurger eller medisinere, eller gynekologer. Noen lokalsykehus har underkritisk størrelse. Dette burde Legeforeningen være tydelig på. Det har aldri vært laget noen omfattende plan for lokalsykehus i Norge, etableringen av lokalsykehus har sitt utgangspunkt i lokale initiativ (kommuner, sanitetskvinner og andre ideelle organisasjoner, industri), men noen samlet plan har aldri vært utarbeidet. Det er noen eksempler på slike småsykehus som har fått en nyttig funksjon (eks Røros, Stensby), men da ikke som lokalsykehus men snarere som elektive spesialsykehus som får tilført pasienter utenfor opptaksområdet. Det er stort behov for å gjennomgå sykehusstrukturen kritisk, det er ikke rimelig at 1950-tallets behov for lokalsykehus skal prege norsk medisin i all fremtid.

Når det gjelder vårt fag, slås det fast (side 95) under generell kirurgi at "fødselshjelp inklusive hastekeisersnitt ikke (kan) ivaretas av generelle kirurger". NGF deler dette synet. Når det gjelder keisersnitt vil den faglige utfordringen ligge mer på indikasjonsstillingen enn den tekniske utførelsen av inngrepet. Det er noen få sykehus i landet hvor generelle kirurger gjør nødkeisersnitt, på få og enkle indikasjoner. Dette dreier seg om små fødeavdelinger ved "små lokalsykehus" (eks. Stokmarknes, Odda, Lofoten, Sandessjøen) og et meget begrenset antall inngrep i året, samt kirurger som er trenet og som deltar frivillig. Etter NGFs mening bør slike ordninger unntaksvis kunne videreføres, men regelen må altså

være som anført at generelle kirurger ikke skal dekke fødselshjelp.

På side 133 går rapporten inn på stukturproblemet i fødselshjelpen. Rapporten støtter Stortingsvedtaket fra 2001 som slår fast Statens helsetilsyns inndeling fra 1997, i Kvinneklinikker med minst 1500 fødsler pr år, fødeavdelinger med minst 4-500 fødsler pr år og jordmorbaserte fødestuer. NGF vil gi full støtte til dette, vi vil uttrykke tilfredshet over at utredningen understreker bekymring over vaktbelastning og legers arbeidsforhold ved de små fødeinstitusjonene. Som vi har nevnt ovenfor gjelder samme resonnement også andre spesialiteter med akuttfunksjoner, som anestesi, generell kirurgi og indremedisin.

## 10. Framtidig behov for spesialister.

NGF mener generelt at fremskrivningen av behovet for spesialister nok er konservativ og ikke tar tilstrekkelig høyde for medisinsk utvikling (det blir stadig flere pasienter og flere utrednings- og behandlingsmuligheter) samt utviklingen i legers arbeidsform. Det er grunn til å anta at leger i fremtiden må være forberedt på å bruke mer tid på den enkelte pasient som for eksempel i større grad skal informeres for å treffe informerte beslutninger sammen med legen, dette vil kreve mer behandlingstid. Det kreves også stadig mer legetid til dokumentasjon, samhandling og til rutiner. Erfaringene så langt med innføring av databaserte journalsystemer er ikke at dette gjør legearbeidet vesentlig lettere, snarere går det i motsatt retning.

Innen vår spesialitet pågår en utredning av framtidig behov for spesialister, i et samarbeid med Spesialitetskomiteen og NGF. Denne utredningen er ferdig i august 08. Vi vil gjerne komme tilbake til prognosene for vårt fag når denne utredningen er klar.

I allmenntidisin viser prognosene at det er spesielt stort rekrutteringsbehov. NGF ville gjerne at utredningen hadde vært mer spesifikk på hvorledes Legeforeningene vil arbeide for å få flere leger inn i allmenntidisin.

## 11. Spesialistutdannelsens kår – rom for faglig fordypning,

### supervisjon, veiledning mv.

I en tid med stort effektivitetspress er det viktig å skjerme spesialistutdannelsen. NGF mener at foretakene som arbeidsgivere må allokere adekvate ressurser til spesialistutdannelsen, og det er viktig at Legeforeningen markerer dette.

## 12. Spesialisering og forskning

NGF vil markere sin støtte til forslaget om å opprette 6 årige stillinger med 50 % forskning og 50 % spesialistutdanning. Dette vil i praksis ligne på dagens D-stillinger (fordypningsstillinger) som mange steder benyttes på akkurat den måten rapporten legger opp til. Dette vil gi økte muligheter til at leger under spesialisering både får tellende klinisk tjeneste og kan forske med tanke på doktorgrad. Det er nå viktig å styrke rekrutteringen til forskning, vi ser at andelen medisinerere som doktorerer ved de medisinske fakultetene går ned og denne utviklingen må snus.

## 13. Andre synspunkter

Etterutdanning og resertifisering er omtalt. Det legges opp til at allmenntidisin som eneste spesialitet skal få beholde sin

resertifiseringsordning mens de andre spesialitetene altså ikke skal innføre dette, med hovedbegrunnelsen at Legeforeningen tradisjonelt er i mot obligatorisk resertifisering, men altså ikke innen allmenntidisin.

Det savnes en stringent argumentasjon på dette punktet. NGF har et nært samarbeid med de andre nordiske gynekologiske foreningene, blant annet om etterutdanning. Vi Norge dessverre må stå utenfor samarbeidet når det gjelder systematisk kontinuerlig etterutdanning, og dette beklager vi.

Som alternativ til resertifisering fremhever rapporten LEIF. Vi vil gjerne minne om at erfaringene med LEIF er nokså blandet. LEIF opplegget kan sikkert bli bedre, men det vil kreve betydelig utviklingsarbeid før LEIF er et effektivt og akseptert hjelpemiddel for å sikre spesialisters kontinuerlige etterutdanning.

Bjørn Backe, Nestleder,  
Norsk Gynekologisk Forening

### STAN-saken Sverige - påstander om forskningsfusks.

Det har nå i to-tre år pågått en heftig debatt om STAN i Sverige, og alvorlige beskyldninger om forskningsfusks er framsatt. I norske media har saken ikke vært omtalt, så langt jeg vet.

Det dreier seg om den svenske multisentrisk kontrollerte randomiserte studien av STAN versus CTG (Amer-Wählin I, Hellsten C, Norén H, Hagberg H, Herbst A, Kjellmer I, Lilja H, Lindoff C, Månsson M, Mårtensson L, Olofsson P, Sundström A, Marsál K. *Cardiotocography only versus cardiotocography plus ST analysis of fetal electrocardiogram for intrapartum fetal monitoring: a Swedish randomised controlled trial.* Lancet 2001;18;358:534-8). Dagens Medicin i Sverige har skrevet om dette flere ganger, siste oppslag var 22.10 2008 (<http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2008/10/22/data-om-stan-manipulerades/index.xml>).

På denne nettsiden finner man flere lenker slik at man kan orientere seg om saken. Denne lenken til Universitetet i Lund gir også nyttig informasjon: [http://www.lu.se/o.o.i.s?id=708&news\\_item=3069](http://www.lu.se/o.o.i.s?id=708&news_item=3069)

Uansett utfall er dette en svært kjedelig sak, hvor kolleger står mot hverandre. Saken har utvilsomt læreverdi. På vår side av Kjølen bør vi også følge med og se hvordan svenskene håndterer dette.

# Vil la jordmødre sette inn spiral

I Dagens Medisin 28. august er Helsedirektoratets ferske utredning IS 1575 "Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstere og jordmødre" omtalt. Utredningen handler om langt mer enn tittelen skulle tyde på. Hormonelle prevensjonsmidler betyr vanligvis p-piller (p-ring, p-plaster, p-staver og sprøyter er lite brukt). Mange leger deriblant Norsk gynekologisk forening (NGF) mener at forskrivningsrett er unødvendig fordi p-piller bør være tilgjengelig reseptfritt på apotekene.

Det mest oppsiktsvekkende i rapporten er at Helsedirektoratet vil la jordmødre sette inn spiral, rett nok som en forsøksordning hvor direktoratet vil se hvordan det går. I intervjuet med Dagens Medisin begrunner direktør Bjørn Inge Larsen dette med økt innsats for å redusere aborttallene, og viser til at i Sverige setter jordmødre inn spiraler.

Styret i Norsk Gynekologisk forening (NGF) er svært overrasket over Helsedirektoratets beslutning. Norske gynekologer kjenner dette feltet godt. Praktisk arbeid med undervisning, prevensjonsveiledning og spiralinnsetting er vår hverdag. Det er også vi som tar oss av diagnostikk og behandling av komplikasjoner til spiral. Vi er ikke spurt og har heller ikke fått utredningen til høring.

I Helsedirektoratets utredning (<http://www.shdir.no/>) står at i store deler av verden har jordmødre satt inn spiral siden 1980, og det står at WHO har vist at det går bra. Noen WHO studie har de ikke som belegg for dette men en rapport fra 1995 utgitt av et institutt i USA som driver med utviklingshjelp. I den står at spiralinnsetting ved jordmor, sykepleier eller paramedic praktiseres i Chile, Kina, Ecuador, Ghana, Indonesia, Nigeria, Sverige, Thailand, Tyrkia og på Filippinene. Det er også henvisning til prosjekter i Brasil og på Sri Lanka. Bortsett fra Sverige henviser Helsedirektoratet altså utelukkende til erfaringer fra utviklingsland. Vi er overrasket over at Helsedirektoratet legger seg på en slik standard.

Sverige har organisert fødselshjelp og kvinnesykdommer på annen måte

enn i Norden for øvrig. Svenske primærleger dekker i liten grad dette faget. Denne pasientgruppen tas hånd om av spesialisthelsetjenesten, som (den polikliniske delen) består av jordmødre på Mödravårdscentralene samt gynekologer i åpen vård. Hvis det skulle være et mål på effektivitet er det faktisk slik at spiral brukes mindre i Sverige enn i Finland og Norge. Og aborttallene i Sverige er de høyeste i Norden, Norge ligger faktisk lavest. Hvis Helsedirektoratet fortsatt er overbevist om det svenske systemets fortreffelighet vil vi også gjerne påpeke at det er dobbelt så mange gynekologer per kvinne i Sverige som i Danmark og Norge. Det er også verdt å merke seg at det er norsk allmennmedisin som er forbildet i Norden, definitivt ikke svensk.

Om spiralinnsetting ved jordmor mener NGF for det første at det ikke finnes kapasitetsproblemer som tilsier at man skal opprette en ny omsorg for kvinner som ønsker spiral. Alle kvinner har en fastlege og det er ingen store kapasitetsproblemer i spesialisthelsetjenesten hverken ved gynekologiske poliklinikker eller i spesialistpraksis. Det er altså ikke behov for en særomsorg.

For det annet vil NGF konstatere at jordmødre ikke har kompetanse til å sette inn spiral. For å kunne gjøre det trygt må man ha kunnskaper om ikke-gravid anatomi, og man må være trygg på å kunne utføre en fullstendig gynekologisk undersøkelse. Dette vet vi at dagens jordmødre ikke lærer, og vi kan også vanskelig se hvorledes de skal kunne lære det. De få pasientene vi får henvist i spesialisthelsetjenesten er henvist fordi spiralinnsettingen bød på problemer, de egner seg ikke i opplæringsammenheng. Våre medisinske studenter lærer spiralinnsetting under turnustjenesten i distrikt. Direktør Larsen vil etablere opplæring ved en høyskole i Norge og legge tilrette for at jordmødre skal få den nødvendige praksis. Vi forstår ikke hvordan dette skal kunne skje, skal jordmødrene få opplæring av kommuneleger?

For det tredje mener NGF at

jordmormangelen ved fødeavdelingene tilsier at jordmødrenes fokus bør være på fødselshjelpen, herunder omsorg for kvinner og nyfødte barn i barseltida. Kommunehelsetjenesten er ikke forberedt på å stille opp ved tidlig utskrivning etter fødselen, som er blitt vanlig rutine også i Norge. Dette hadde vært en fin oppgave for kommunejordmor, som ved å følge opp både i svangerskapet (og for vår del under fødselen) og etter fødselen hadde kunnet virkeliggjort idealene om kontinuerlig omsorg i denne livsfasen. Jordmødrene har allerede nok av oppgaver og utfordringer innenfor det de er utdannet til og har kompetanse på.

Det er meningsløst, det saboterer fastlegeordningen og det representerer et spill av ressurser når jordmødrene – med støtte av Helsedirektoratet – vil ekspandere sitt arbeidsfelt og går inn på allmennlegenes oppgaver. I 2005 gjorde Helsedirektoratet et feilgrep da de i retningslinjene for svangerskapsomsorg la opp til at kommunejordmor skulle konkurrere med fastlegene om svangerskapskontrollene. I stedet for et system med felles omsorg og samhandling fikk man konflikter i kommunehelsetjenesten, usikkerhet om roller og krangel om ressurser og behov. Den norske Jordmorforening kom for noen år siden med programskriftet 'Jordmor der mor bor' hvor det ble skissert en rekke framtidige oppgaver for jordmødre innen kvinnehelse, som prevensjonsrådgivning, taking av celleprøver og rådgivning og forskrivning av hormonbehandling i overgangsalderen. Det er sørgelig at 100 åringer har lagt seg på kollisjonskurs med andre profesjoner, og det er i beste fall lite gjennomtenkt av Helsedirektoratet å stille seg til disposisjon.

Behovet for en bred utredning – en NOU - om kommunejordmortjenesten blir stadig mer klart.

Bjørn Backe, Nestleder,  
Norsk Gynekologisk Forening

Rolf Kirschner, Leder,  
Norsk Gynekologisk Forening





# FIGO 2009

XIX World Congress of Gynecology and Obstetrics

## SØR-AFRIKA 3. – 9/10. oktober 2009

*I anledning FIGO 3.-9.oktober 2009 arrangerer vi i samarbeid med NovoNordisk en fellestur til Cape Town, Sør Afrika. Reisen vil arrangeres i samsvar med reglene mellom LMI og Lægeforeningen*

### Generelt om FIGO

XIX FIGO World Congress of Obstetrics and Gynecology vil ta plass i Cape Town, Sør Afrika oktober 2009. Kongressen starter med registrering og åpningsseremoni søndag den 4. oktober og avsluttes på ettermiddag fredag den 9.oktober. For informasjon og påmelding til selve kongressen, se web side: [www.figo2009.org.za](http://www.figo2009.org.za)

### Reiserute

Vi har satt opp flyavgang med KLM Oslo – Cape Town tur/retur med ankomst lørdag kveld, dagen før kongressen, slik at du får mulighet til å se litt av denne spennende byen. Retur fredag kveld med ankomst Oslo lørdag 10.oktober ettermiddag. Flytider vil bli bekreftet ved påmelding.

### Innquartering 3. – 9. oktober (6 netter inkl. frokost)

#### **Commodore – Victoria & Alfred Waterfront \*\*\*\***

Portswood Road, Portswood Square V&A Waterfront –Cape Town

Førsteklassehotell med sentral beliggenhet i selve Victoria and Alfred Waterfront gaten og ca. 15 minutter gange til kongress senteret. Rom: 236 rom med bad/dusj, wc, radio, TV, telefon, safe, minibar, te/kaffe koker og aircondition. Fasiliteter: Restaurant Clipper, bar, 24-hour romservice, svømmebasseng og konferanserom.



**Turpris per person i enkeltrom: kr. 19.350,-\***  
**Ledsagerpris i delt dobbeltrom: kr. 11.660,-\***

\*Prisen er basert på 2008. Forbehold om endringer.  
\*flyskatt per oktober 2008 kr 2.968,- kommer i tillegg.

**Ved behov for annen løsning, ta kontakt.**

### Påmeldingsfrist innen 1. februar 2009

(begrenset plasser, "første mann til mølla" prinsippet)

#### **VENNLIGST FYLL UT OG RETURNER SVARSLIPP TIL:**

CIC Gruppe & Spesialreiser as v/Mireia Rosell  
Postboks 5123 Majorstuen, 0302 Oslo

Fax: 22 59 19 81  
E-mail: [Mireia@cic.as](mailto:Mireia@cic.as)

- JA – jeg ønsker å delta på kongressen 3-9/10  
 JA – jeg ønsker å motta tilbud på **posttur til Pilansberg National Park/safari**  
 Jeg vurderer å ta med ledsager

Jeg vurderer følgende romtype:  Enkeltrom  Dobbeltrom

Navn:..... Tlf:.....  
Firma/institusjon:..... Fax:.....  
Avdeling:..... E-post:.....  
Adresse:..... Postnr/sted:.....

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

# NGF's Årsmøte Bodø 2008

Årsmøtet ble åpnet av vår formann Rolf Kirschner. Bodøs ordfører Odd Tore Fygle ønsket oss velkommen og Bodø domkirkes "Domkoret" sørget for det kulturelle innslaget ved åpningen med bl.a. sanger av Halfdan Sivertsen.

Årsmøtets første foredragsholder dr. Wolfgang Holzgreve, som er utdannet Tyskland, som har forsket i USA og som p.t. jobber i Basel og som snart skal overta sjefsstolen på Frauenklinik ved Universitetet i Freiburg, holdt ett spennende foredrag angående foetomaternal trafficking, der foredragets første del omhandlet non-invasiv prenatal diagnostikk av foetalt DNA

i maternelt blod og i den andre delen, ble dette sett i sammenheng med preeklampsi.

Under den fagpolitiske delen av årsmøte orienterte Rolf Kirschner om Hovedstadsprosessen, Pål Øian om det forrige Nasjonale Rådet som la ned arbeidet høsten 2007, og Tore Henriksen orienterte kort om dagens Nasjonale Råd for svangerskap, fødsels- og barselomsorg i Norge.

Tone Skeie Jensen, som leder av Spesialitetskomiteen ga oss bl.a. tall og fakta på behovet for økt rekrutteringen til faget. Hun har ledet et utvalg innen NGF med tanke på å kartlegge situasjonen for spesialister innen faget. Det utdannes ca 20 spesialister per år. Ett økende antall spesialister er mellom 60 og 66 år, dermed vil behovet for nye spesialister være økende i årene fremover. Vaktbelastningen anføres som en viktig årsak av medisinstudentene til ikke å velge faget vårt.

toastmaster: Margit Steinholt, med verbale innslag som vil gå over i historien.

Vi var ca 300 deltagere på årsmøte, derav ca 100 fra industrien. Det var mye spennende å høre fra faget vårt, lite pauser (dvs nok pauser, men tiden gikk så altfor fort i pausene!) og hyggelige gjensyn med gamle kjente.

Vi takker arrangementskomiteen for ett gjennomført og flott arrangement og gleder oss til Fredrikstad i 2009!

## Årets prisvinnere ble:

NGFs hederspris. Tidligere Scheringprisen: **Prof. dr. med Berit Schei**, Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU

Schering-Ploughs forsknings-stipender (tidligere Organon):

**Heidi Tiller** (prosjekt: Neonatal alloimmune thrombocytopenia; prevention of the maternal immune response may decrease fetal morbidity and mortality), og

**Iqbal Al-Zirqi** (prosjekt: A cross-sectional study on severe obstetric haemorrhage)

Beste foredrag i obstetrik:

**Ingrid Borthen:** Svangerskapskomplikasjoner hos kvinner med epilepsi.

Beste foredrag i generell gynekologi:

**Memona Majida:** Komparativt studium av pubovisceral muskelen ved bruk av tredimensjonal ultralyd og magnetisk resonans imaging.

Etter første dagen rakk vi så vidt bussen/båten til Kjerringøy:

ett vakker øy natur ca 45 minutters båtture fra Bodø, kjent fra flere Hamsun-filmatiseringer. Fredagen og lørdagen var fullpakket med interessante faglige foredrag. Fredagens bankett hadde en eminent



Prof. dr. med Berit Schei



Heidi Tiller



Iqbal Al-Zirqi

# Årsmøtet 2008 i bilder

Foto: Ellen Langen og Jon Orheim



- Tove Myrbakk
- Informasjonskonsulent Doktor i Nord
- nlinfo@frisurf.no

Først trykket i Doktor i Nord 4-08

# Gynekologmangel i anmarsj

**Det går mot spesialistmangel innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Vikarer og utenlandske leger redder i dag fødeavdelingene rundt om i landet. Konkurransen om disse vil øke i de nordiske landene fram mot 2020.**

Det er vikarer og utenlandske leger som i stor grad holder hjulene i gang på fødeavdelingene rundt om i hele landet. En av fire spesialister i gynekologi er i dag fra land utenfor Norge. Norske spesialister er det underskudd på allerede i dag, og fram mot 2017 vil det også bli konkurranse om

de utenlandske spesialistene.

- Fremover vil vi måtte konkurrere med andre nordiske land om disse spesialistene, sier Tone Skeie-Jensen. Hun har ledet et utvalg i Norsk gynekologisk Forening (NGF) som har hatt i oppdrag å utrede situasjonen for spesialiteten fødselshjelp

og kvinnesykdommer i Norge med hensyn til spesialistproduksjon, stillingsmarked og videre utvikling.

På årsmøtet i NGF i Bodø i september ble rapporten lagt fram for debatt.

-Vi utdanner i dag 20,8 spesialister pr.år. Det



Deler av den lokale arrangementskomite ml leder Rolf Kirschner. Foto:Tove Myrbakk



Gynekolog Ingrid Petrikke Olsen, Hammerfest sykehus er fornøyd med få ledige stillinger hos de mindre fødeavdelingene, men tror noe må gjøres med vaktbelastningen hvis man skal rekruttere unge overleger i fremtiden.



Leder i nasjonalt råd for fødselsomsorg Tore Henriksen, leder av spesialitetskomiteen Tone Skeie-Jensen og leder i NGF Rolf Kirschner innledet på årsmøte i NGF i Bodø i september.

er alt for lite, og de neste ti årene vil gapet mellom behovet for gynekologspesialister og antall nyutdannede bare bli større. En økende andel av spesialistene er i dag mellom 60 og 66 år. Mange avdelinger sliter med å skaffe kvalifiserte overleger. Vi må få til å gjøre noe med rekrutteringen, og utdanningskapasiteten må økes betraktelig.

Debatten blant de rundt 200 som var til stede på årsmøtet i NGF viser at engasjementet rundt utfordringene i faget er stort. Vaktbelastning ble trukket fram som en viktig årsak til at færre medisinstudenter velger gynekologi som sitt fag.

- Vi må kreve at arbeidsgiver tar tak i dette. Opprettelse av flere overlegestillinger må til for å kompensere for omlegging av vaktplaner og tjenesteplaner, og for å frigjøre tid til forskning og fagutvikling, sa Skeie-Jensen i sitt innlegg.

Utvalget har også sett på faglige kvalitetsutfordringer, og er bekymret over det lave antall inngrep en legespesialist i gynekologi gjør pr. år. Spesielt gjelder dette antall seteforløsninger.

- Vi har sendt ut spørreskjema til samtlige fødeavdelinger i landet og spurt om blant annet antall vaginale seteleier den enkelte lege utfører i året, og svaret er bekymringsfullt. Vaginale seteleier er på

mange avdelinger nede i 1-3 forløsninger pr lege pr år. Media har kun hatt fokus på de minste fødeavdelingene og lavt volum på inngrep. Vår rapport viser helt klart at dette også gjelder de mellomstore fødeavdelingene. Vi må tørre å ta debatten rundt kvalitet og volum, og hvilke grep som vi som fagfolk mener bør tas for å sikre god kvalitet på de inngrepene som gjøres.

Ingrid Petrikke Olsen er gynekolog ved Hammerfest sykehus. Hun har også vært med i Skeies utvalg, og er først og fremst positivt overrasket over at det nesten ikke er ledige stillinger i gynekologifaget.

- Ved tidspunktet for besvarelse av spørreskjemaet var det bare 3.6 prosent av stillingene ledig. I 1997 var 11 prosent av stillingene ledig. Heller ikke ved de minste avdelingene som har færre enn 500 fødsler per år var det mange ledige stillinger. Det mener jeg er viktig å få fram ettersom det har vært stort fokus på at de minste fødeavdelingene skal ha hatt et dårligere pasienttilbud på grunn av mangel på personell. Vår rapport viser at dette ikke er tilfelle. I rapporten fant vi også at inngrep per lege ved de små og mellomstore avdelingene er nokså lik. I vår region har UNN den største fødeavdelingen med rundt 1500 fødsler per år. Men fordi de er langt flere leger blir ikke antall inngrep per lege høyere enn ved de

minste avdelingene. Vi har allikevel noen utfordringer ved de minste avdelingene, og den største er vaktbelastningen. Vi vil slite med å rekruttere unge overleger hvis ikke noe blir gjort her. Det må vi tørre å ta en debatt på her nord, sier Olsen.

Rapporten blir nå sendt styret i Norsk gynekologisk forening, og Skeie-Jensen og styreleder i NGF Rolf Kirschner håper at mange engasjerer seg i debatten om gynekologifagets fremtid.

Leder for nasjonalt råd for fødselsomsorg Tore Henriksen orienterte om arbeidet som er på gang for å bidra til kvalitet og kontinuitet i svangerskap, fødsels- og barselomsorgen.

# Referat Generalforsamling NGF

## Bodø Fredag 5. september kl 16.30

### Valg av dirigent og referent

Rolf Kirschner og Ane G Z Eriksson valgt ved akklamasjon.

### Minnestund

Christensen, Arne	17.07.1936
	08.04.2008
Foss, Solveig	15.06.1921
	08.06.2008
Leganger, Kirsti	23.04.1943
	12.03.2008
Vangen, Oddbjørn K.	13.11.1933
	28.06.2008

Disse hedres med 1 minutt stillhet.

### Årsrapport 2007

Årsmeldingen fremlegges av Rolf Kirschner, ingen spørsmål eller bemerkninger fra medlemmene.

### Regnskap 2007

Hilde Sundhagen går gjennom regnskapet for 2007. Regnskapet viser et overskudd på kr 206 339 og en balanse kr 2 226 727. Medlemmene får utdelt papirutgave. Det er spørsmål vedr fordringer Gynekologen; dette er etterslep fra 2005 og 2006. Regnskapet godkjennes ved akklamasjon. Revisorberetning og desisorberetning godkjennes. Styret gis ansvarsfrihet

### Revidert budsjett 2008

Revidert budsjett 2008 gjennomgås av Toril Kolås. Budsjettet legger opp til et underskudd på kr 30 734. Dette godkjennes ved akklamasjon. Assosierte medlemmer kontingent 1000. Det foreslås å ikke endre denne, dette aksepteres.

### Budsjett 2009

Forslag til budsjett 2009 gjennomgås av Toril Kolås. Budsjettet legger opp til et underskudd på kr 110 300. Dette godkjennes ved akklamasjon.

Saker fremlagt av medlemmene:

Ingen innkomne saker fra medlemmer.

### Saker fremlagt av styret:

- *Orientering om grenspesialitet gynekologisk onkologi*

Rolf Kirschner orienterer; Det ser ikke ut som om man får opprette grenspesialitet i gynekologisk onkologi. Styret venter på å få en samtale med HOD vedr. gjenopptagelse i Nasjoanlt Råd, men fagmiljøet kan evt velge å bruke mal for europeisk godkjenning av "field of special intrest" som en uformell grenspesialitet.

- *Orientering om NGFs veiledere: fremtidig eierskap*

Knut Hordnes/ Rolf Kirschner orienterer; NGF foreslår at NGF/DNLF fortsetter å utarbeide veiledere som tidligere, vi beholder eierskap. Knut Hordnes gir en gjennomgang av GBS-saken og prosessen vedr dette.

Det arrangeres konferanse for fagmedisinske foreninger i november vedr denne saken der Knut hordnes og leder stiller for NGF, og vil der foreslå at vi lager våre faglige veiledere selv.

Det kommer innspill fra salen om at der hvor vi vet at pasienten treffer flere spesialister er det viktig å være samkjørt med aktuelle spesialiteter slik at pasienter får mest mulig entydig informasjon. Informasjon basert på "evidence- based -medicine", våre veiledere er basert på EBM.

Innspill fra salen om at da man i foreningen vedtok å starte med veiledere, skulle disse være faglige, det er viktig å holde på dette.

Den veien NGF har valgt å gå støttes av de frammøtte.

- *Orientering om spørsmål vedr. NGF og etiske problemstillinger*

Rolf Kirschner orienterer; Styret kan forvente å bli bedt om å ta stilling til medisinsk-etiske spm. nå som vi er fagmedisinsk forening. NGF har fått råd fra Legeforeningens råd for Etikkt at rent etiske spørsmålsstillinger bør oversendes rådet og styret holder seg til det fagmedisinske.

- *Orientering om Norsk Gynekologisk Laparoskopiregister*

Jardar Oma orienterer; registeret er optimister, de har nå rekruttert Ullevål, og anmoder flere avdelinger om å rapportere inn. NGF har satt av kr 30.000for å bedre deltakelsen.

- *Orientering om HPV-vaksinering/retningslinjer*

Knut Hordnes og Rolf Kirschner orienterer om rådgivningsbrev som sendes via Legeforeningentilallmenheten. Medlemmene støtter de fremlagte rådene.

Det vil bli gjennomført forskning via Kreftregisteret, iflg Ole Erik Iversen.

### Oppnevning av leder og medlemmer i Kvalitetsutvalget:

Forslag leder:

Kåre Augensen, KK Haukeland

Forslag medlemmer:

Pål Øian, KK, UNN

Jan Martin Maltau, KK, UNN (ut 2009)

Bjørn Hagen, KK, St Olavs Hospital

Godkjent ved Akklamasjon.

### Forslag på ny valgkomite:

Grete Riis-Johannessen, Prakt spes, Kolbotn  
Ingard Nilsen, Overlege UNN

Ole-Erik Iversen, Professor, Overlege  
Haukeland

Velges for fire år. Styret utpeker Grete Riis-Johansen, de andre velges av medlemmene ved akklamasjon. Det påpekes fra salen at man ikke kun skal foreslå/velge overleger fra Universitetsklinikker i fremtiden.

### Sted for årsmøte 2010

Arendal foreslås og aksepteres ved akklamasjon.

### Evt

Norsk gynekologisk forening skal avholde sitt vårmøte ved Stavanger Universitetssykehus 16-17 apr 2009. Presentasjon ved dr. Astrid Rygh, programmet er lagt ut på nettsidene til DNLF.

Referat fra PSL's formøte

# ”Hjemmeaborter noe for praktiserende spesialister?”

Med 31 påmeldte viste det at interessen var stor for dagens tema.

## Introduksjon

I sin introduksjon til dagens tema redegjorde Runa Aabø, PSL's representant i NGF's styre, for bakgrunnen til at PSL ønsket å belyse temaet.

Stikkord er samhandling i spesialisthelsetjenesten, LEON-prisippet, nye enklere medisinske prosedyrer, PLS's stilling i helsevesenet -de utgjør 15% av årsverkene og utfører 35 % av de polikliniske tjenester.

## Medisinske aborter/hjemmeaborter

Dagens foredragsholder var Ole Erik Iversen. På sin grundige måte satte han problemet inn i sin sammenheng ved å poengtere at hovedmålet er å redusere aborttallet i Norge, -pr i dag ca 15 000 svangerskapsavbrudd årlig. Temaet har medisinske, politiske, juridiske, fagpolitiske aspekter.

De mest skånsomme metoder må benyttes til fremkalling av abort. Abortpillen (RU 486) ble utviklet fra slutten av 80-tallet og er tatt i bruk i flere land i Europa og resten

av verden på 90 –og 2000-tallet. På KK Bergen ble metoden tatt i bruk i 1998, da ble ca 18% av provoserte aborter < 9 uker utført medisinsk, i 2006 ble 97% utført medisinsk!!

Utviklingen har ført til at også 2.trimesteraborter utføres medisinsk, og at den medisinske aborten kan foregå i hjemmet ( "Home abortion").

I dag sier 96% av de som valgte hjemmeabort at de var fornøyde med at kunne gjøres hjemme. Spørsmålet er om man kan tenke seg en "out of hospital"-løsning der pasienten fikk abortemedikamentene Mifepriston (Mifengyn) og Misoprostol ( Cytotec) hos PSLer og aborterte hjemme. Medisinsk sett er det ikke nødvendig at hjemmeaborten må initieres på sykehus.

## Paradoksene

Juridisk sett aksepterer SH-dir at prosedyren kan skje utenfor institusjon, men HOD sier at bare sykehus kan initiere aborten og ikke PSL'ere. Fylkeslegen sier at hjemmeaborter kan initieres av PSL'ere.

Men abortmedikamentet må utleveres til sykehusavdeling,og således må denne forskriften endres eller tilpasses en pragmatisk løsning hvis PSL'ere skal initiere prosedyren. I tillegg må det skisseres en samarbeidsordning der sykehusene kan kontaktes direkte ved behov,man må ha klare retningslinjer for medikamethåndtering og økonomien må ivaretas for PLS'erne.

## Veien frem

Ordningen med hjemmeabort egner seg godt til å gi pasientene et enklere tilbud i en ofte vanskelig livssituasjon. Det er åpenbare formelle og praktiske hindringer for at denne prosedyren skal kunne utføres av PSL'ere, og vi kan også se for oss at det ikke vil gå upåaktet hen blandt noen av våre politikere hvis PSL'ere skulle initiere hjemmeaborter.

Faglig sett ville det være et utfordring for PSL og et fint emne for oss til å systematisere aktivitet og drive forskning. Ballen er spilt over til styret i NGF og vi venter spent på fortsettelsen!!

- Unni Kirste
- Overlege KK, Haukeland Universitetssykehus
- umk@getmail.no

# Hyperplasi av endometriet

**Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi holdt formøte i forbindelse med NGFs årsmøte i Bodø 2008 i samarbeide med Roche Norge AS.**

**Produktsjef Ingvild Hagen i Roche orienterte om det interessante nye medikamentet Avastin som er et rekombinant humanisert monoklonalt antistoff som virker antiangiogenetisk og er godkjent for behandling av fremskreden eller metastatisk cancer, dog foreløpig ikke for "våre" utenom i forsøksprotokoller.**

Overlege Unni Kirste, HUS startet med en oversikt med tittelen: "Endometriehyperplasi – "vanleg" prøvetaking, Terapitiltak og kontrollar".

Foredraget stilte flere spørsmål enn det ga svar vedrørende denne daglige problemstillingen.

Både ved utredning av blødningsforstyrrelser og når vi mer tilfeldig finner fortykket endometrium ønsker vi primært å utelukke cancer. Før vi tar stilling til hvilken behandling vi kan tilby og anbefale for en pasient med blødningsforstyrrelser må vi ha in mente at vi ikke skal ødelegge muligheten for å overvåke senere forandringer. Derfor ønsker vi også å kunne si noe om hvorvidt det foreligger risiko for senere malign utvikling.

Patologene har hittil ikke kunnet gi oss veldig sikre råd, men nye metoder ser lovende ut med bedre reproduserbarhet og forhåpentlig bedre klinisk korrelat. Dette forutsetter imidlertid biopsi (ikke endometriecytologi) slik at det foreligger mulighet for histologisk bedømming.

Det ble også drøftet hvilke kontrollrutiner vi bør ha, særlig med tanke på tilstander

med intermediær cancerrisiko, men også fordi alle laboratoriesvar kan være gale.

Den nye Veilederen i Gynekologisk onkologi har forslag til retningslinjer. Fordi det angår mange kvinner og alt som har med kreft å gjøre skremmer både befolkning og oss, bør vi vel tilstrebe ganske ensartet praksis.

Professor, patolog og gynekolog Anne Ørbo. UNN, som har forsket på denne problemstillingen, fortsatte så med å beskrive de nye muligheter patologene har for diagnostikk i et foredrag med tittel: "Endometriehyperplasi – Histopatologisk vurdering med gradert terapiforslag".

## **Med utgangspunkt i dagens situasjon med 3 ulike klassifikasjonssystemer:**

1. WHO 1994 klassifikasjonen som er den tradisjonelle morfologiske og ganske subjektive metoden.
2. D-score metoden: som er en matematisk/statistisk beregning av risiko for kreftutvikling basert på mange objektive morfometriske målinger på histologiske snitt via et dataprogram

3. EIN klassifikasjonen som opererer med to begreper basert på lysmikroskopisk undersøkelse og ellers samme forståelse for utvikling av hyperplasi som D-score metoden.

D-score klassifiserer i 3 nivåer – indeks <, = eller > 1 med tiltagende benign prognose. EIN har to klasser: Endometriehyperplasi (EH) – benign og Endometrial intraepitelial neoplasi (EIN) som regnes som potensiell malign.

De to siste innebærer betydelige forbedringer mht reproduserbarhet og er også bedre korrelert til sykdomsutvikling, slik at de sannsynligvis måler noe som er viktigere og riktigere for oss å få tak i.

Den nye veilederen anbefaler bruk av disse systemene. For å utbre bruken av dem har de to foredragsholderne planlagt å holde innlegg på Årsmøtet i Patologforeningen våren 2009 og håper på diskusjon også i det forumet.





- Heidi Frostad Sivertsen
- Overlege, KK, NLSH;Bodø,
- heidi.frostad.sivertsen@nlsh.no

# Den 36. NFOG kongressen på Island

**Dette var undertegnedes første store utenlandske kongress og det var en opplevelse som frister til gjentagelse.**

**Island er verdens 18.største øy og i folketall det minste av de nordiske land med sine rundt 300 000 innbyggere. Ca halvparten av befolkningen bor i og rundt hovedstaden Reykjavik.**

Øya har et variert landskap med store sletter, fjell, isbreer, vulkaner og varme kilder. Island ligger på den midt-atlantiske høyderyggen som skiller de Europeiske og de Nord-Amerikanske kontinentalplatene. Sakte driver platene fra hverandre og angivelig drar dette øya fra hverandre ca 2 cm.pr år! Dette resulterer i vulkansk aktivitet, fantastiske geysirer og varme kilder, samt et og annet jordskjelv..... Det er hundrevis av vulkaner, dog bare rundt et tredvetalls aktive pr.i dag, og den mest kjente vulkanen er Hekla. Den geotermiske aktiviteten



Islands lavalandskap.

på Island brukes til å lage elektrisitet og forsyner over 90 % av øyas befolkning med billig og forurensningsfri varme.

Været ligner mye det nord-norske kystklimaet og en nordlending vil lett kjenne seg hjemme her med stadige værskifter og gjerne fire årstider i løpet av en dag! Gjennomsnittstemperaturen i juli er på hele 10,6 grader. Islendingene har imidlertid flere utendørsbasseng å varme seg på enn oss nordlendinger....

NFOG-kongressen var fra mitt ståsted en suksess fra begynnelse til slutt. Arrangementet var veldig profesjonelt og bra organisert, og til tross for at det var rundt 900 deltagere følte det slett ikke som om det var så mange av oss....

På kongressen var det presentasjon av 210 abstracts og 100 posters. Under de frie foredragene var det tre parallelle sesjoner, og det var ofte vanskelig å prioritere hva man skulle delta på. Det må vel kalles et luksusproblem...

I tillegg til de frie foredragene var det flere plenumforedrag som omhandlet bla. kvinnehelse i et globalt perspektiv, preeklampsi, det offentliges rolle ved assistert befruktning og bekkenbunns-anatomi.

Det var også invitert flere foredragsholdere

fra blant annet USA og England, og det er alltid spesielt å sitte i salen når anerkjente forelesere snakker direkte til deg!

Kongressen ga en unik mulighet til å bli kjent med nye kolleger samt å holde seg faglig oppdatert på forskning og utvikling både i Norge og i de øvrige nordiske land.

Til tross for et stramt program var det også lagt opp til et flott sosialt program slik at man både kunne "get together", samt få med seg den mest kjente av Islands attraksjoner, nemlig "Den blå lagune". I tillegg kunne de som ble igjen en dag ekstra delta på en tur til geysirer og Gullfoss, sikkert en fantastisk opplevelse. Noen satte av tid til en liten ridetur på Islandshester, også det en spesiell opplevelse.

For en uerfaren kongressdeltager som meg var dette en flott opplevelse både faglig og sosialt. Det å reise på kurs og kongresser er imidlertid ofte forbundet med bruk av frihelger, fravær fra familie, samt økt arbeidsbelastning før eller etter kursavvikling. Ved vår avdeling må vi nå bytte vakter for å få reise på kurs, slik at man da ofte får mer arbeidsbelastning før eller etter endt kurs for å jobbe inn fraværet. Tidligere ble disse vaktene vakante. Man kan jo spørre



*Fra havna i Reykjavik.*

seg om disse kursene/kongressene er jobb eller fritid? I hvem sin interesse er det at man forsøker å holde seg faglig oppdatert? Ens egen faglige utvikling er selvsagt viktig, men kommer ikke dette også arbeidsgiver til gode?

På grunn av den økonomiske situasjonen til Helse Nord får man pr. i dag ikke refundert utgiftene til kurs-/kongressavgift, slik at den

enkelte må ta denne utgiften selv. Vi får håpe kurs-/kongress avgiftene fortsetter å være overkommelige, og at Legeforeningen fortsatt kan være med på å dekke reise- og oppholdsutgifter også for ferdige spesialister.

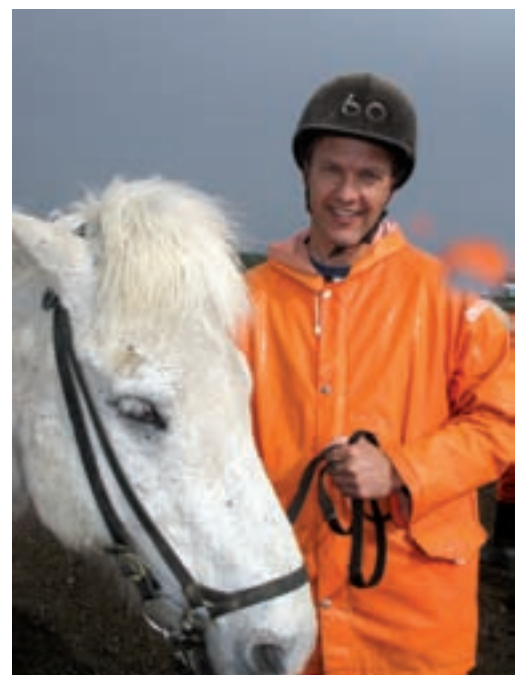
Tilbake til Island - så var det å delta på NFOG-kongressen en flott opplevelse, og

det gir ekstra inspirasjon å delta på faglige møter, høre hvordan andre jobber, høre nye forskningsresultater og hva som drives av forskning på forskjellige områder, samt å treffe nye og gamle kolleger.

Så bli inspirert! Dra på kurs og kongresser, og selvsagt neste NFOG-kongress i København i 2009.



*Heidi F. Sivertsen fra NLSH og Heidi Tiller fra UNN i den blå lagune.*



*Martin Andresen fra Oslo.*

- Erik Andreas Torkildsen
- LIS, Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssjukehus
- eatorkildsen@yahoo.no

# Årsmøte i Vestlandsk Gynekologforening 2008

I mai viste Vestlandet seg fra sin beste side. Sol fra blå himmel og nesten ikke noe regn. Avisene beskrev like mye regn i Rogaland som i Dakar – I mm nedbør!!!

Midt oppi dette arrangerte Vestlandsk Gynekologforening (VGF) sitt årlige møte. Et sikkert vårtegn, som denne gangen ble lagt til Sola Strandhotell utenfor Stavanger. Hotellet er en perle fra begynnelsen av 1900-tallet - som ligger flott til ved den nykårede mest sexy stranden, i følge VG.

VGF ble stiftet 18. november 1946 av blant annet Prof. Jørgen Løvseth. Han inviterte obstetriske og gynekologisk interesserte leger i Bergen for å danne en "klubb". Klubbens formål var å "fremme nærmere samarbeid mellom kvinneleger i Bergen". Programmet skulle hovedsakelig bestå av referater og artikler, foruten kasuistikker og mer individuelle meddelelser og foredrag. Dagens VGF samler gynekologer fra fylkene

Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland.

Nå var vi kommet til 2008 med sol, varme og godt humør som grunnlag for et vellykket arrangement. Styret, bestående av Elisabeth B. Nilsen, Caroline Ravndal og Kåre Augensen, hadde laget et godt og tradisjonsrikt program.

På fredagen hadde gyn-onkologene sitt

formøte med diskusjoner om varierte emner, mens andre nytilkommende koste seg på hotellets veranda. På kvelden var det koselig middag med tid for prat med venner og kolleger.

På lørdag morgen var en sprudlende Bent Fiane klar med dagens første post på programmet – tur til Orresanden. Her kunne vi nyte det kalde vannet og det rike fuglelivet. Etter en snau time måtte vi dessverre bryte opp for å rekke tilbake til den offisielle åpningen.

Elisabeth Berge Nilsen startet programmet med noen velvalgte velkomstord. Deretter kom foredragene som perler på en snor.

Første mann ut var overlege Harald Helland fra Haukeland som fortalte om behandlingsprinsipper rundt tarmobstruksjon hos kreftpasienter i terminal fase. Deretter fortsatte prof. Roar Sandvei om stadiemndeling og overlevelse hos pasienter med livmorhalskreft ved Haukeland.

Fra Stavanger presenterte overlege Ane Cecilie Munk foreløpige resultater fra hennes studie om Cervical Intraepithelial Neoplasia.





En god start på det faglige, men uten mat og drikke duger helten ikke. Lunsjen ble servert i den flotte Montroyalsalen, som opprinnelig var røykesalongen fra cruiseskipet Montroyal, gjenoppbygget ved Sola Strandhotell. Det var også tid til å prate med utstillere og industrien, eller rett og slett bare sitte i den flotte vårsola.

Etter lunsj viste privatpraktiserende spesialist Johan Bergh fra Stavanger hvordan tvillingsvangerskap følges opp, etterfulgt av overlege Päivi Kivelä fra Haukeland om deres oppfølging av kvinner med fødselsangst. LIS Janne Rossen viste oss et viktig materiale om post-partum blødning fra Stavanger. Aktiv

håndtering av portpartumblødning har blitt mer og mer viktig, og Rossen fortalte om de tiltakene som er tatt ved Kvinneklubben i Stavanger for å bedre dette.

Overlege Caroline Ravndal fra Stavanger la fram en spennende og sjelden kasuistikk om manglende pubertetsutvikling – ren gonadal dysgenesi, mens overlege Francisco Real fra Haukeland påpekte at også andre kroppsorganer er viktig å tenke på – ”lungefunksjon, astma og allergi: noe for gynekologer også?”

Prof. Per E. Børdahl og overlege Torbjørn Eggebø snakket deretter om meldingsrutiner ved alvorlige perinatale hendelser. Overlege Eggebø hadde etter dette et interessant innlegg om medisinsk skjønn og forskning.

Som avslutning presenterte overlege Astrid Rygh sfinkterstudien ved Kvinneklubben i Stavanger, der det foreløpig ikke er påvist noe forskjell mellom ende-til-endeteknikken og overlappsteknikken. Den endelige konklusjonen gjenstår og vi venter i spenning.

Etter et spennende møte gikk kvelden over i det mer selskapelige. I den flotte Sverressalen var det klargjort til en flott middag. Sverressalen er også bygget opp av materialer fra et skip. Den tidligere norske fregatten ”Kong Sverre” fra 1860 var kalt ”Nord-Europas Skrekke”. Etter at den ble hugget opp ble materialene brukt til denne nye flotte matsalen ved Sola Strandhotell. Middagen var et høydepunkt med god stemning, der vi bl.a. fikk besøk av Kaptein Blodisko alias Elisabeth Berge Nilsen, allsang og opplesning fra den gamle protokollen til Foreningen. Vi følte alle at vi var i det gode selskap i ånden fra alle de som har gått før oss. Festen fortsatte ut i de sene nattetimer.

Igjen et vellykket arrangement og en stor takk til styret. Det er koselig å treffe venner og kolleger på denne måten hver vår, og ikke minst er det viktig at vi kan komme sammen for å dele kunnskap og ha kontakt, ettersom vi er en region som jobber tett sammen.

Vi ser fram til neste møte i 2009.

PS: Sola Strandhotell kan varmt anbefales!

## Kurs rettet mot spesialistpraksis

”Gynækologklubben” er en uformell gruppe danske praktiserende spesialister som tre ganger i året møtes og arrangerer kurs spesielt rettet mot spesialistpraksis. Norske kolleger inviteres til å delta på kursene.

### **GYNÆKOLOGKLUBBENS EFTERUDDANNELSE BARNDOMMENS, PUBERTETENS OG TEENAGE-ÅRENES ENDOKRINOLOGI MED SÆRLIG VÆGT PÅ PCOS 16 – 17. JANUAR 2009**

Glostrup Park Hotel, Hovedvejen 41, DK 2600 Glostrup

For ytterligere informasjon og påmelding ta kontakt med Peter Bagger, e-mail: pbagger@dadlnet.dk

#### **KURSUSPROGRAM FOR 2009**

27-28. Marts	Psykosomatiske smerter	Bo Hejl, Lise Ehlers og Birthe Bonde	Klarskovgård Korsør
	Personalet Bækensbund og Ab prov	Birthe Bonde og Agnete Vedsted	
30-31. Oktober	Indgrib i lokalbedøvelse	Margit Dueholm m.m.	Kongebrogården Middelfart



# Kongresskalender

	Dato	Kurs	Sted
<b>2009</b>	23.-25. januar	<b>Congenital Anomalies &amp; Fetal Echocardiography: Joint ISUOG/ RCOG meeting</b>	London, UK
	5.-8. mars	<b>13th World Congress on Human Reproduction</b>	Venice, Italy
	17.-21. mars	<b>Annual meeting: Society for Gynecologic Investigation</b>	Glasgow, Scotland
	25.-27. mars	<b>XVIII Annual Congress of International Society for Gynecologic Endoscopy</b>	Chomburi, Thailand
	16.-17. april	<b>NGF Vårsmøte</b>	Stavanger
	24.-26. april	<b>3rd World Congress on Gender-Specific Medicine &amp; Aging</b>	Rome, Italy
	8.-10. mai	<b>3rd Nordic Endometriosis Conference</b>	Trondheim
	14.-15. mai	<b>Berzelius Symposium 20: Assisting fertility</b>	Stockholm, Sweden
	14.-16. mai	<b>3rd IVI International Congress</b>	Madrid, Spain
	16.-20. mai	<b>8th European Congress on Menopause (EMAS)</b>	London, UK
	16.-19. juni	<b>IUGA 2009 Annual meeting</b>	Villa Erba, Italy
	21.-25. juni	<b>XIX World Congress of sexual Health</b>	Göteborg, Sweden
	3.-5. sept	<b>NGF Årsmøte</b>	Fredrikstad
	10.-13. september	<b>8th Congress of the European Society of Gynecology</b>	Rome, Italy
	13.-17. september	<b>19th World Congress on Ultrasound in Obstetrics &amp; Gynecology</b>	Hamburg, Germany
	30. sept-4. oktober	<b>ICS Annual meeting</b>	San Francisco, USA
	4.-9. oktober	<b>XIX FIGO World Congress of Gynecology &amp; Obstetrics</b>	Cape Town, South Africa
12.-16. oktober	<b>16th ESGO International Meeting</b>	Belgrade, Serbia	
17.-21. oktober	<b>65th Annual meeting: American Society of Reproductive Medicine</b>	Atlanta, USA	
24.-28. oktober	<b>9th World Congress of Perinatal Medicine</b>	Berlin, Germany	

## NUGA Nordisk Urogynekologisk Arbeidsgruppe's 25. årlige møte

**14 - 16 Mai 2009**      **Reykjavik**

- Registrering fra 1. Februar 2009. • Frist for innsending av faglig innlegg 14. Mars 2009 • Økt gebyr ved påmelding etter 14. Mars 2009
- Søknadsfrist for NUGA stipendium 14. Mars 2009 • For påmelding, program og detaljer: [www.nuga-info.org](http://www.nuga-info.org)

### Nordisk forskerstipendium i urogynekologi 2009

Nordisk urogynekologisk arbeidsgruppe (NUGA) utlyser hermed et forskerstipendium til basal- eller klinisk- forskning i faget urogynekologi. Stipendiet på 15 000 € kan søkes av medborgere i de fem nordiske land Norge, Sverige, Finland, Danmark og Island. Stipendiet er personlig, men kan deles mellom flere søkere. Ansvarlig forsker må angis. Søknaden skal inneholde: en kortfattet C.V. (1 side); vitenskapelige meritter og publikasjoner; en komplett forskningsplan; et resyme av forskningsplanen (1 A4 side); et detaljert budsjett inkluderende andre finansieringskilder og en tidstabell for prosjektet. Søknaden skal skrives i font 12, 1.5 linjeavstand, med egnede inndelinger og kan skrives på enten engelsk, norsk, svensk eller dansk. Søknaden sendes på E-mail til [soren@brostrom.dk](mailto:soren@brostrom.dk) senest 14. mars 2009. Stipendiemottager(ene) annonseres på NUGA møtet i Reykjavik 14-16 mai 2009.

Spørsmål rettes direkte til Søren Brostrøm på [soren@brostrom.dk](mailto:soren@brostrom.dk) eller 00 45 4245 4245

# Et lett valg



## En lavdosert p-pille med høy preventiv sikkerhet<sup>1</sup>

- Ingen andre kombinasjonsp-piller har lavere østrogendose<sup>2</sup>
- God blødningskontroll<sup>1</sup>

Gestagenet drospirenon:

- Ligner naturlig progesteron<sup>3</sup>
- Motvirker væskeretensjon (antimineralkortikoid effekt)<sup>4</sup>
- Blokkerer androgenreseptorer, noe som reduserer talgkjertelproduksjonen (antiandrogen effekt)<sup>5</sup>



  
etinylostradiol 20 µg + drospirenon 3 mg