

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

1 • 2023



Mye nytt på PCOS-fronten! Hvor står vi i dag? s. 16

Obstetikk møter juss - En dom å ta lærdom av s. 20

Fødselsraten ned 26% i Oslo siden 2009. Dramatisk endring i forekomst av aborter i Oslo og Viken s. 24

Intervju: Kjell W. Skarsten er 100 år! s. 38



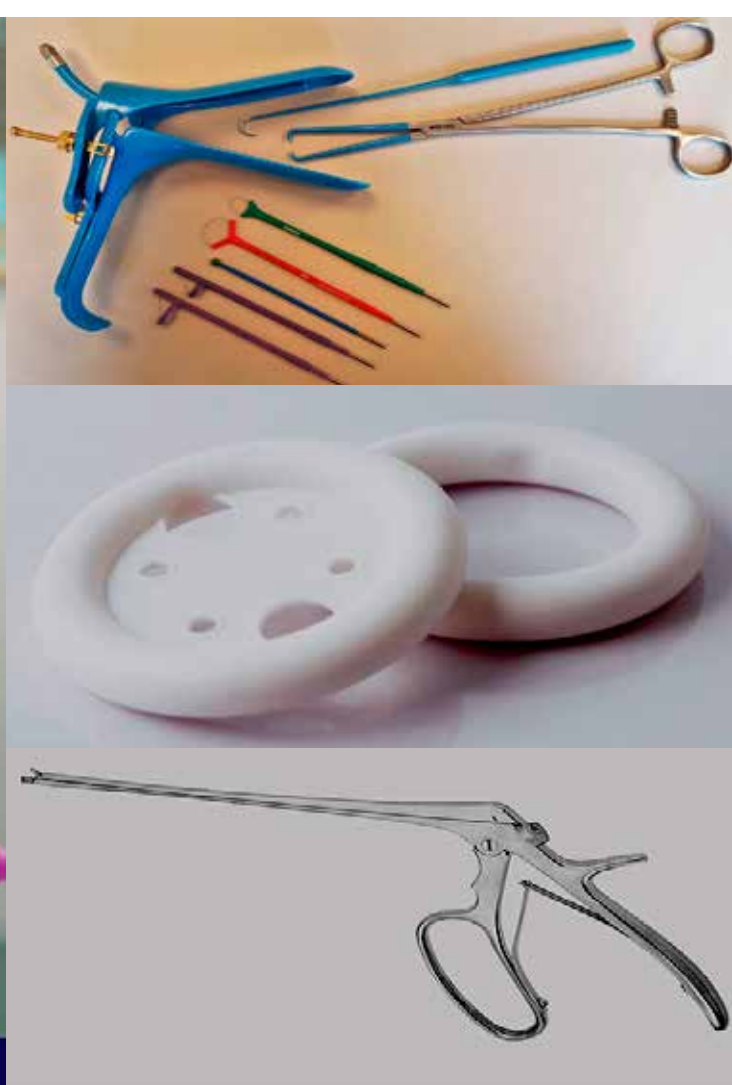
Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



Danish midwife and inventor, Malene Hegenberger

Hegenberger Retractor optimaliserer behandlingen etter fødsel



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
LIS Ahus
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Mina Eskeland
LIS OUS
m.eskeland@hotmail.com

Bjørn Holdø
Overlege, Nordlandssykehuset, Bodø
bjorn.holdo@yahoo.no

Nettredaktør

Inga Thorsen Vengen
MD, PhD, LIS Oslo universitetssykehus
inga.vengen@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

Apriil Media AS
www.apriil.no
media@apriil.no

GYNEKOLOGEN på internett
gynekologendigital.no
legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2023

Nr. 2 15. mai
Nr. 3 9. september
Nr. 4 4. november

Opplag: 1400



INNHOOLD

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

FUGO

Kjære FUGO-folk! 10

Stadig tryggere hender! 13

SPESIALITETSKOMITÉEN

Hva er spesialitetskomiteens rolle og hva er poenget med besøkene? 14

FAGLIG PÅFYLL

Mye nytt på PCOS-fronten! 16

Obstettrikk møter juss. En dom å ta lærdom av 20

Endringer i forekomst av fødsler og aborter i Oslo og Viken i årene 1980-2020 24

GYNEKOLOGER IMELLOM

Vel blåst første veileder-pilot for Gynekologi 29

Gjøvikseminar 2023 32

INTERVJU

Vinneren av Utdanningsprisen 2022 – Sykehuset Telemark! 35

Kjell Skarsten 100 år. – Norges eldste gynekolog 38

AOGS 41

Type A



Vakum sugekopper nå på avtale i Helse Sørøst og i Helse Midt

Type B



medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no



Neo Safe T CU 380 og CU 380 mini
Kobberspiral, meget prisgunstig!



GYNEKOLOGEN

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



FETAL PILLOW



Fetal Pillow er en engangs ballong elevasjonsanordning for å heve forsterhodet opp fra bekkenet 3-4cm, og letter fødselen hos kvinner som trenger et keisersnitt ved full utvidelse, eller de som trenger et keisersnitt etter en mislykket instrumentell vaginal fødsel.

- 5 – min Apgar skår ≤ 3 0,80% ved bruk av Fetal Pillow 6,7% uten bruk av Fetal Pillow
- reduksjon av blodtap, blodoverføring og uterine extensions
- reduksjon i innleggelse på neonatal intensivavdelingen
- reduksjon i operasjonstid og sykehusopphold
- reduksjon i tidsopphold på intensivavdelingen
- latexfri myk silikonballong
- enkel i bruk

CooperSurgical® www.fetalpillow.com

ELEKTRODER TIL KONISERING



- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser
- Fisher Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode

MedGyn CooperSurgical®

ISOLERTE SPEKLER OG INSTRUMENTER

- Beskyttet av isolasjon med høyeste kvalitet
- Autoklaverbar
- Lang levetid
- Med og uten røykavsug
- For diatermi og laser kirurgi



GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid



RUMI II SYSTEM CooperSurgical®

RUMI II uterusmanipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelig manipulatoren på markedet.

- Flergangs håndtak
- Engangs fornix kopp i 4 størrelser
- Engangs obdurator i 6 forskjellige lengder og diameter



Alt å tape?



For en tid tilbake satt jeg på et legekontor i Finnmark med et par erfarne allmennleger. Vi drakk kaffe langt ut på ettermiddagen og pratet om fremtiden. De andre var vel vitende om mine planer om å starte som LIS på en stor kvinneklinikk. Den ene la hodet skakke og så på meg. «Tale, hvorfor gidder du egentlig gå inn i et fag der du har absolutt alt å tape? Når jeg drar ut til en syk, gammel pasient har jeg alt å vinne. Det kan bare gå oppover. Du derimot, får pasienter der et lite feiltrinn kan bli katastrofe. Hvorfor gidder du?»

Jeg står foreløpig støtt i planen om å bli gynekolog, men jeg skal innrømme at jeg har lett godt og lenge etter en plan B. En spesialitet der jeg i litt mindre grad legger psyken i gapestokken, i et løp med relativt stor sjanse for å gå på en smell, når jeg en eller annen gang sannsynligvis vil gjøre en feil i møte med en pasient som har nettopp «alt å tape.»

I denne utgaven av Gynekologen beskriver Eva Øverland, Tore Henriksen og Therese Skodvin en sak der et barn fikk en permanent plexus brachialisskade etter en skulderdystoci. Artikkelen deres beskriver gangen i klagesaken, som til slutt gikk rettens vei og der pasienten vant frem med erstatningskrav. Forfatterne drøfter hvilke implikasjoner dommen kan og bør få for hvordan vi praktiserer obstetikk, og nevner blant annet følgende i sin konklusjon:

“Ved alvorlige komplikasjoner som skulderdystoci er det nødvendig å journalføre også *selvfølgeligheter* som McRoberts manøver, symfystrykk og selvsagt tidsangivelser.”

Jeg dokumenterer gjerne undersøkelse, planer og tiltak i fødsel. Det er nyttig for samarbeidet og resultatet av fødselen, i tillegg til dokumentasjon for ettertiden.

Men en del av meg blir trist av oppfordringen til å dokumentere detaljerte «selvfølgeligheter», som at det er brukt kun (rutinemessig) lett traksjon under forløsning ved skulderdystoci, eller detaljerte klokkeslett og grad av kraft som er brukt ved de ulike rotasjonsmanøvrene. Rådet, og artikkelen forøvrig, er et bevis på at våre grep og eventuelle feilgrep på fødestuen når som helst kan bli gjenstand for granskning i en klage- eller retts sak. Sjansen er så stor at Øverland, Henriksen og Skodvin synes vi bør ha det i bakhodet hver eneste gang vi dokumenterer fra fødestuen, i enda større grad enn vi allerede har.

Interessen for gynekologi og obstetikk er så stor at det evige «føre-var-prinsippet» og all sikre-seg-dokumentasjonen i journalene foreløpig er verdt det for min del. Men jeg forstår dem som synes det ikke er verdt det lenger, når Volvat og Aleris banker på døren og barna ønsker at man skal være mer hjemme. Og jeg forstår mine medkullinger som syntes at Gyn/obs var «det desidert morsomste» på studiet, men som likevel synes det er helt uaktuelt å bli gynekolog.

Så hva skal man gjøre? Vel, støtt oss når uhellet først er ute. Støtt kollegaen ved siden av deg, jordmoren som stod i situasjonen sammen med deg og husk å støtte nabosykehuset når de står i en mediestorm. Hvis ikke er plutselig det ikke verdt det for oss heller, og da begynner det virkelig å bli tomt i rekkene på offentlige fødeavdelinger.

Tale Meinich
Redaktør



Møter du par eller single med barneønske?

I over 20 år har Medicus hjulpet naturen litt på vei. Flere tusen barn har blitt skapt gjennom assistert befruktning og andre metoder, som hjelp med egglosningsproblemer. Vi har fornøyde pasienter og svært gode suksessrater. Grunnen til dette er blant annet vår erfaring, kvalitetsfokus dokumentert ved ISO-sertifisering og deltakelse i mer enn 50 kliniske forskningsstudier. Vi har kort ventetid, og våre moderne klinikker ligger sentralt i Trondheim, Oslo og Stavanger.

Vårt tilbud

- Prøverørsbehandling (IVF og ICSI)
- Inseminasjonsbehandling (IUI)
- Operativt sæduttak (TESE/TESA)
- Sæddonasjon
- Eggdonasjon
- Partnerdonasjon
- Nedfrysing av ubefruktede egg (social freezing)
- Sædundersøkelser og DNA-skade undersøkelse
- Blastocystdyrking
- Timelapse embryoovervåkning
- RI-Witness elektronisk springsssystem



MEDICUS

- Spesialister i gynekologi og assistert befruktning

Trondheim
Beddingen 8,
7042 Trondheim

Oslo
Stortingsgata 30,
0161 Oslo

Stavanger
Haakon VII's gate 7,
4005 Stavanger

Lyst til å bli samarbeidende lege?
Ta kontakt med administrerende
direktør Magnus Finset SørDAL.

magnus.sordal@medicus.no,
mobil: +47 918 88 118.



Kjære vener!

Javel, der sit du, med eit splitter nytt Gynekologen mellom hendene, og blar opp leiaren for å sjå kva leiaren har å melde? Det er mykje vi skal meine noko om, så la oss berre kome i gang!

Media har framleis stor interesse for faget vårt, det bør vi i utgangspunktet vere glade for, sjølv om ikkje alle oppslaga er like hyggelege, og innimellom kan vere direkte traumatiske for dei som står midt oppi det. Vi har hatt fleire oppslag om mødredødsfall den siste tida. Margit Steinholdt sine kloke ord frå årsmøtet i fjor haust er med eitt påtrengande aktuelle. Som Margit sa må vi ta vare på kvarandre når slike ufattelege tragedier treff oss, fyrst og fremst ved det aktuelle sjukehuset der ein står tett på kollegaene som opplever dette, men også på nasjonalt plan kan vi støtte kollegaer når det trengs.

Nedskjeringar i fødetilbodet har også fått mykje merksemd, typisk nok aller mest når det rammar hovudstadsregionen. Det er viktig at desse sakene blir løfta opp, og at ansvaret vert plassert der det høyrer heime. Det er underleg at vi som nasjon insisterer på å kutte i det offentlege helsetilbodet og å finansiere nye sjukehusbygg ved å ta pengar frå pasientbehandling, all den tid norsk økonomi opplever sjeldan gode tider. Det vert hevda at ikkje alle kan arbeide i helsevesenet, det er sjølsagt rett, men det er absolutt plass til fleire hender på vår fødeavdeling, og vil tru det også gjeld andre. For min del kan eg tenke meg større katastrofer enn at ein og annan influencer må legge vekk selfiestanga og ta seg ei sjukepleiarutdanning.

Det er forstemmande at vi i dag opplever å bli bedne om å finne ut kva vi vil gjere mindre av, altså kva utfordringar innan kvinnehelse vi ikkje skal ta oss råd til å gjere noko med. Ei reell nedbygging av det offentlege helsevesenet sitt høve til å ivareta "sørge for"-ansvaret er ei gåvepakke til dei private helseforetaka. Ikkje eit vondt ord om dei private, vi er også private gynekologar si forening, men eg har alltid likt å kunne tenke at det offentlege skal ta seg av det du treng, til dømes fødselshjelp eller urininkontinenskirurgi, og så kan det private tilby det du ikkje nødvendigvis treng, men gjerne vil ha, til dømes ultralyd i veke ni eller operasjon innan ti dagar. I staden blir vi no bedne om å bygge ned kompetanse og tilbod som det private er klare til å ta over, kompetanse som det kjem til å ta det offentlege helsevesenet tiår å bygge opp igjen (*Red. ann: Ragnar, nå må du buske at vi er en fagmedisinsk forening, og ikke en fagforening som sådan*).

Det er også eit stort fokus på endometriose for tida, her må vi som gynekologar kjenne vår besøkstid og nytte høvet til å løfte denne viktige tilstanden innan både klinikk og forskning. Det er lett å bli defensiv i møte med krav om at alle skal laparoskopere innan ti minutt etter at fastlegen har sagt ordet "endometriose", men det ligg mange triste skjebnar bak, og der det for ein gongs skuld fins politisk moment til å løfte kvinnehelse, må vi vere med og peike på løysingar og konkrete tiltak.

Ragnar Kvie Sande
Leiar NGF

Nytt fra styret

Styret har sidan sist arbeidd kvilelaust for å løfte faget og medlemmene sine interesser. På nyåret fekk vi vite at Oslo Universitetssjukehus planla full klinisk drift i veke 43, også kjend som årsmøteveka. Denne veka har våre sjukehus tradisjonelt redusert drifta for å legge til rette for ikkje berre gynekologar si kliniske og akademiske utvikling; også kirurgar av alle avskuggingar og anestesilegar har lagt sine årsmøte til denne veka. Oslo Universitetssjukehus sitt framlegg representerte eit klart brot med denne tradisjonen, og Norsk Gynekologisk Forening var raskt oppe på barrikadene saman med våre kollegaer i samarbeidande fagfelt. Saman forfatta vi eit knivskarpt brev til Oslo Universitetssjukehus, som sjølv sagt då valde å snu i saka og likevel planlegge redusert drift i årsmøteveka 2023. Dermed er det all grunn til å tru at gynekologar frå hovudstadsregionen blir å finne i hopetal på årsmøtet i Haugesund.

Vidare arbeider styret flittig vidare med omlegginga til årlege veiledermøte etter dansk modell; sidan sist er det gjennomført pilot for veiledermøtet i generell gynekologi. Styret var sjølv sagt representert ved denne historiske hendinga, og kunne konstatere ved sjølvsyn at komiteen hadde gjort eit glitrande arbeid og at piloten var ein strålende suksess! Styret arbeider vidare saman med redaksjonane i generell gynekologi og obstetrik for å utarbeide omforente retningslinjer for veilederarbeidet under den nye modellen, vi håpar å ha denne klar til å sende ut på høyring til medlemmene før neste nummer av Gynekologen. Dette blir spennande, følg med!

Styret har sidan sist arbeidd vidare med sine forsøk på fleirstemt song, som var slik ein dunderande suksess under årsmøtet i Kristiansand. Resultatet er så langt nokså varierende, det syner seg at det er ein stor fordel med fortid i sangkor. Enkelte av styret sine medlemmer har ikkje slik bakgrunn, noko som har resultert i at styret i praksis opererer med berre alt- og sopranstemmer, då bass- og tenorstemmene er så å seie fråverande. Dette arbeidet blir i tillegg hindra av at styret har ein heil del andre oppgåver, som mange vil meine er viktigare enn fleirstemt sang, dermed tvingar det seg fram ei prioritering, der sang havnar nederst på lista.

På eit foreningsfagleg tyngre plan har vi lagt om frå vårt tidlegare rekneskapsbyrå, som vi ikkje skal nemne med namn her, til å bruke Den Norske Legeforening sitt rekneskapsbyrå for dei fagmedisinske foreningane. Det er ein del arbeid med omlegginga, men så langt verkar denne løysinga å fungere svært bra. Vi trur at dette vil lette arbeidet for generasjonar av kasserarar i åra som kjem, og styret er stolte og glade for å ha ansvaret for denne viktige omlegginga.

Årsmøtet 2023 nærmar seg med stormskritt, allereie går mykje styretid med til å planlegge dette viktige møtet. Vi vil oppfordre alle medlemmer til å prioritere årsmøtet når planer for hausten skal leggest, lokal organisasjonskomité med Klaus Oddenes ved roret legg opp til det som kan bli eit av dei beste årsmøta gjennom tidene. Alle forskarar bør kjenne si besøkstid og sende inn abstract, og ikkje minst stille på møtet for å presentere forskinga si.

Styret i Norsk gynekologisk forening



Ragnar Kvie Sande

Leiar NGF

Ragnar Kvie Sande vart fødd i Trondheim i 1973, oppvaksen på nordvestlandet og utdanna i Bergen. Han vart spesialist i gynekologi og obstetrik i 2009, og tok PhD i ultralyd i 2013. Han arbeider i dag som seksjonsoverlege på fostermedisin ved Stavanger Universitetssjukehus og 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen. Han er gift med ein forskande gynekolog, saman med henne har han fire barn, hund, katt og ein dieselbil av eldre modell. På fritida les han bøker og spelar gitar.



Kirsten Hald

Nestleiar NGF

Avdelingsleder gynekologisk avdeling, OUS. Overlege, PhD. Spesialinteresser fag: endoskopi, myomer, misdannelser. Fritid: Seiling, ski, basketball-mamma.



Solveig Bjellmo

Vitenskapelig sekretær

Overlege v/avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommar, Ålesund. Doktorgrad om seteforløsning og konsekvenser av sectio fra 2020 og trives nok best på føden. Utenom jobb, mann og to herlige barn, liker hun seg best på toppen av et fjell - helst med ski på beina og pudde i fjellsiden ned!



Kristine Amundsen

Kasserer NGF

Kristine er overlege ved Kvinneklinikken UNN Tromsø og arbeider hovudsakelig med inkontinens og bekkenbunnslidelser. Bidrar faglig i det lokale bekken-senteret og i nystartet tverrfaglig vulvopoliklinikk. Sitter også i NGFs NUGG-gruppe og har en bistilling i kompetansetjenesten NKIB. Hun studerte i Tyskland og har tatt spesialistutdannelsen i Tromsø. På fritiden driver Kristine med strikk, søm, sang & surdeig, har samboer og to gutter og sykler til jobb året rundt.



Yngvild Hannestad

PSL/avtalespesialist.

Doktorgrad om urinlekkasje, men generalist i praksis. Sitter i styret i PSL Hordaland. Ellers: aktiv innenfor basketball og er i styret i Filosofisk poliklinikk i Bergen.



Morten Kvello

FUGO-representant NGF

Morten er opprinnelig trønder fra Namsos, men har forvillet seg til det glade Østland og jobber nå som lege i spesialisering ved OUS. Han har doktorgrad i barnekirurgi, men er nå fast bestemt på å bli gynekolog. Utover jobb er Morten glad i å løpe i skogen, bade og gå på teater, og er over gjennomsnittet opptatt av god kaffe.

Utrogestan® (mikronisert progesteron)

Nyhet!

– innvilget forhåndsgodkjent refusjon*

Utrogestan® er det første progesteronet med indikasjon å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarntsvangerskap som har kort livmorhals og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel.^{1*}

Behandling med Utrogestan® vil kunne føre til en årlig besparelse på ca. 120 millioner NOK.¹

Tallet er unøyaktig, og kan være forbundet med usikkerhet.



Kontraindikasjoner: Gulsott. Alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Udiagnostisert vaginalblødning. Karsinom i bryst eller genitalier.

Tromboflebit. Tromboembolilister. Hjerneblødning. Porfyri. «Missed abortion».

Preterm vannavgang (PPROM – «premature rupture of membranes»). Allergi mot peanøtter eller soya.

Dosering: 200 mg om natten fra uke 20 til 34 i svangerskapet. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan SPC 200 mg, 01/2022. * **Refusjonsberettiget bruk:** Med hjemmel i legemiddelforskriften § 14–8, er progesteron (Utrogestan) innvilget forhåndsgodkjent refusjon etter blæreseptforskriftens §§ 2, jf. 1b med følgende informasjon: Refusjonsberettiget bruk: For å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarntsvangerskap som har kort livmorhals (livmorhals < 25 mm ved ultralyd i 2. trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel.

Refusjonskoder:

Kode	Tekst	ICPC	Vilkår	Kode	Tekst	ICD	Vilkår
W84	Svangerskap høyrisiko	–	O34	Omsorg/behandl. mor ved kjent/ mist. pat. tilstand i bk.org.		–	

Referanse: 1. Statens legemiddelverk 24.03.2022, ref 21/11227-5: https://legemiddelverket.no/Documents/Offentlig%20finansiering%20og%20pris/Metodevurderinger/U/Utrogestan_PTB_2022.pdf

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 200 mg

Indikasjoner: Som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART). Forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarntsvangerskap som har kort livmorhals (livmorhals < 25 mm ved ultralyd i 2. trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel. **Dosering:** ART: 200 mg om morgenen, 200 mg midt på dagen og 200 mg ved leggetid. Behandlingen starter senest 3. dag etter uthenting av oocyttar og fortsetter til minst 7. uke av graviditeten og ikke lenger enn til 12. uke eller til menstruasjonen starter. Forhindre for tidlig fødsel: 200 mg om kvelden ved leggetid fra ca. uke 20 til uke 34 i svangerskapet. Administreres vaginalt. **Utvalgt sikkerhetsinformasjon Advarsler og forsiktighetsregler:** • Fullstendig medisinsk undersøkelse foretas før oppstart og regelmessig under behandling. • Vaginal blødning skal alltid undersøkes. • Ikke egnet som prevensjonsmiddel. • Ikke beregnet for behandling av truende prematur fødsel. • Bruk i graviditetens 2. og 3. trimester kan føre til svangerskapskolestase eller hepatocellulær leverskade. • Seponeres ved «missed abortion». • Spesifikke advarsler i forbindelse med støtte i lutealfasen ved ART: Skal kun brukes de første 3 månedene av graviditeten. • Spesifikke advarsler i forbindelse med å forhindre for tidlig fødsel: Før behandlingsoppstart skal risikoer og fordeler ved tilgjengelige behandlingsalternativer diskuteres med pasienten. Legen og pasienten skal sammen ta en beslutning om hvilken behandling som er best egnet. Preterm vannavgang skal utelukkes. Dersom det oppstår vannavgang under behandlingen, skal videre behandling med Utrogestan seponeres. Bivirkninger: Kløe, vaginal blødning og utflod, samt brennende følelse kan forekomme. Forbigående fatigue/ svimmelhet innen 1–3 timer etter bruk. **Pakninger og priser (AUP):** Vaginalkapsler 15 stk. kr 145,70. Reseptgruppe C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan 200 mg, SPC 19.01.2022



Kjære FUGO-folk!



Øystein Bergøy
FUGO-leder

Gratulerer med jubileumsåret! FUGO fyller nemlig 25 år i år. Dette skal me få prøva å markera i eit framtidig nummer av Gynekologen og forhåpentlegvis også i andre fora. FUGO er ein av dei eldste blant det som kallast FUxx. «FU» står for «Forening for utdanningskandidater» medan dei to x-ane bytast ut for å markera kva fagfelt dei representerer (ingen får ekstrapoeng for å gjetta kva «GO» står for). Viss me skal få lov til å skryta litt av oss sjølv, er me ikkje berre blant dei eldste FUxxane, men også blant dei med mest aktivitet. Som leiar i FUGO møter eg jamnleg mine kolleger i dei andre FUxxane, og der er det stor interesse for korleis me får til å arrangera kampanjane våre, organisera årlege kurs og kommunisera med medlemmene våre. Det siste er spesielt viktig for oss. Me er jo her for dokker. På facebookside vår er det jamnleg og god aktivitet. Den brukast til alt frå at me informerer om våre aktiviteter til at lis spør andre om korleis ein sak fungerer på andre sjukehus. Slikt liker me. Me prøver også å laga ei liste

med kontaktpersonar på det enkelte sjukehus slik at me enklare kan nå dokker raskt og effektivt med info. Dei kanalane håper me også me kan bruka til å få tilbakemeldingar frå dokker. Me tenkjer at aktivitetene me arrangerer blir best om me veit kva dokker ønsker.

Ein annan viktig årsak til at me klarer både å ha halda eit høgt aktivitetsnivå og å ha god kvalitet på det me arrangerer er at me har ein god støtte frå moderorganisasjonen vår, NGF. Det er fint å ha ein eigen FUGO-representant i NGF-styret. Der opplever me at det er enkelt å koma med våre synspunkt. Av og til må me minna om at ein sak er relevant for lis, men det er jo også vår jobb. Me er også takksame for økonomisk hjelp til å kunna arrangera dei arrangementa me ønsker.

Apropos aktiviteter: Me har ein obstetrikkampanje som ruller og går. Det er veldig kjekt å oppleva på min eigen arbeidsplass at folk snakker om og bruker det dei har lært der. Håper det er tilfelle også der dokker jobber.

Med ønske om ein lys vår!

Øystein Bergøy
Leiar i FUGO



Gelisse
Østrogen ATC-nr.: G03CA04.

VAGINALGEL 50 µg/g: 1 g inneh.: Østriol 50 µg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Lokalbehandling av vaginal tørrhet hos postmenopausale kvinner med vaginalatrofi.

Dosering: En applikatordose gir en dose på 1 g vaginalgel. Behandlingsoppstart: 1 applikatordose daglig i 3 uker. Vedlikeholdsbehandling: 1 applikatordose 2 ganger i uken. Etter 12 uker bør lege vurdere om behandling skal fortsette.

Administrering: Føres dypt inn i vagina vha. applikator. Følg nøye bruksanvisningen i pakningsvedlegget.

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengig ondartet svulst (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom i anamnesen (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdstoffene. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Til behandling av postmenopausale symptomer bør lokal østrogenbehandling kun innledes ved symptomer som reduserer livskvaliteten. For alle pasienter bør det foretas en grundig nytte-/risikovurdering minst 1 gang i året, og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør kun fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Skal ikke kombineres med østrogenpreparater til systemisk behandling, da sikkerhet og risiko ved kombinasjonsbehandling ikke er studert. Intravaginal applikator kan gi små lokale skader, spesielt ved alvorlig vaginalatrofi. Medisinsk undersøkelse/oppfølging av behandling: Før innledning eller gjenopptagelse av østriolbehandling bør fullstendig anamnese og familieanamnese foretas. Fysisk undersøkelse, inkl. bekken- og brystundersøkelse, bør foretas. Regelmessige kontroller anbefales. Kvinnen bør gis råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Evt. vaginalinfeksjoner skal behandles før behandlingsstart. Ved gjenombrudds- eller småblødninger når som helst under behandlingen, skal årsaken undersøkes. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Ingen interaksjonsstudier er utført. Da preparatet administreres lokalt i en lav dose, forventes ingen klinisk relevante interaksjoner.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Ikke indisert under graviditet. Dersom graviditet inntreffer, skal behandlingen umiddelbart seponeres. Ingen kliniske data fra bruk under graviditet. Epidemiologiske data indikerer ingen teratogene eller føtotoxiske effekter. Amming: Ikke indisert ved amming.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hud: Pruritus. Kjønnsgener/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100): Hud: Prurigo. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnsgener/bryst: Bekkensmerter, genitalt utslett. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Irritasjon på påføringsstedet.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 31.08.2021. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se www.legemiddelsok.no. Refusjon/Byttegruppe: -/- . Reseptgruppe C.

Referenser:
1. SPC Gelisse®, 04.2017, www.legemiddelverket.no
2. Cano et al. Menopause, 2012; 19 (10): 1130-9.
3. Caruso S et al. Menopause 2016; 23 (1): 47-54.
4. Delgado et al. Climacteric 2011; 14 (1): 66.

Behandling ved vaginal atrofi

Gelisse® (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi¹.

EFFEKT
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

SIKKERHET
Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose^{1,4}

VAGINALGEL
Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®

50 µg østriol/g vaginalgel

CampusPharma AB, Karl Gustavsg. 1A, 411 25 Göteborg, Sverige | Tel: +46 (0)31 20 50 20 | www.campuspharma.se

CS111-4-2021-09



Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Østrogenfri
p-pille med
drospirenon¹

Slinda® er en østrogenfri p-pille med drospirenon (4 mg)¹

- Hvert blisterbrett inneholder 24 aktive tabletter og 4 placebotabletter¹
- Prevensjonseffekten til Slinda® skyldes primært hemming av eggøsning¹
- Pearl-indeks for Slinda® er 0,73^{1*}
- Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i opptil 24 timer^{1**}
- Dokumentert tolerabilitet og aksept - også hos unge^{1***}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Aktiv, venøs tromboembolisk forstyrrelse. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive, ondartede sykdommer. Udiagnostisert vaginalblødning.

Forsiktighetsregler: Serumkaliumnivået kontrolleres i første behandlingssyklus ved nedsatt nyrefunksjon og serumkaliumnivå i øvre del av referanseområdet før behandlingen, samt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Ved hypertensjon kan risikoen for slag være noe økt. Behandlingen avbrytes umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Mulig økt risiko for brystkreft. Ektopisk graviditet bør tas i betraktning ved amenoré eller buksmerter. Levertumor skal vurderes ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Seponeres ved gulsott eller forhøyede leververdier. Diabetespasienter bør observeres de første behandlingsmånedene. Ved samtidig langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler anbefales en annen og ikke-hormonell prevensjonsmetode. Skal ikke brukes under graviditet.

Bivirkninger: Vanlige er akne, metroragi, hodepine og brystmerter. Andre vanlige bivirkninger er libidoforstyrrelser, humørsvingninger, kvalme, magesmerter, vaginal blødning, dysmenoré, uregelmessig menstruasjon og vektøkning. Hypertensjon og depresjon er rapportert.

Slinda® (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 06.04.22. **Referanse:** 1. Slinda preparatomtale 06.04.22. * Kvinner 18–45 år, brukerfeil + metodesvikt (øvre grense for 95 % konfidensintervall 1,43). ** I en fase II-studie med 130 kvinner ble egglosningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22. *** Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser. Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet for menarke er ikke indisert.



NO-SU-0827-002

Stadig tryggere hender!



Catrine Størksen
Nestleder og Økonomiansvarlig for Trygge hender-kampanjen

Kjære kolleger

Modul 2 i «Trygge Hender»- kampanjen ble lansert 10.01.23, og treningen er i gang over hele landet! Denne modulen innebefatter operativ vaginal forløsning, inkludert vakuumpump, tang, skulderdystoci, pudendal og manuell rotasjon. Den teoretiske bolken er mer omfattende i denne bolken, og det gjør også at sertifiseringen nok vil ta litt lenger tid. Dessverre har vi også hatt litt tekniske utfordringer med eksamen, men dette skal være i orden nå.

Vi er i ekstase over tilbakemeldingene og engasjementet rundt kampanjen og Modul 1. Våre sosiale medier har fått rikelig med flotte bilder fra trening over hele landet – og også over hele verden! Det er kjempegøy å se at dette er blitt en suksess rundt om på avdelingene og at LIS opplever det som meningsfylt. Det virker også som det har vært et godt sosialt tiltak, og det er jo også veldig bra. Vi oppfordrer dere til å fortsette det gode arbeidet og til å sende inn bilder underveis, slik at vi kan «reklamere» videre for kampanjen!

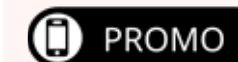
Da ønsker vi alle sammen lykke til med Modul 2 og Modul 3, som slippes i april. Sammen gjør vi LIS mer sikre på fødestuen – noe som forhåpentligvis gir bedre pasientsikkerhet og mer fornøyde leger og pasienter!

Hilsen Trygge Hender-gjengen



Følg oss på sosiale medier for morsomme konkurranser, bilder av kollegaer, informasjon om og tidspunkt for lanseringer av de neste modulene samt fortløpende oppdateringer om kampanjens gang.

Nyttig info (åpne kamera på mobil-tlf og hold over QR-koden, så er du i Trygge hender):



Hva er spesialitetskomiteens rolle og hva er poenget med besøkene?

Nye medlemmer i spesialitetskomiteen har lurt litt på hva vi i komiteen kan gjøre noe med og hva vi ikke kan gjøre noe med når det gjelder utdanning av Lis.



Christine Hancke

Leder av Spesialitetskomiteen

Ifølge Legeforeningen har ikke spesialitetskomiteen noen selvstendig utdrettet rolle, verken overfor enkeltmedlemmer, utdanningsvirksomheter, myndighetene, media eller andre aktører. Komiteen er en faglig rådgiver for Helsedirektoratet i saker om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning. Det vil si at når vi får henvendelser direkte fra dere, må vi sende dette videre til rette vedkommende i Legeforeningen.

Her er et eksempel: Vi har i det siste fått flere henvendelser fra Lis som er i gammel ordning og mangler det tidligere obligatoriske kurset «Spesielle emner innen gynekologi og obstetikk», et kurs som ikke lenger finnes. Tilbakemeldingen fra Helsedirektoratet til en av Lis-ene var at kurset er et absolutt krav for de som er i gammel ordning. Vi mener at det er lovfestet rom for individuelle vurderinger, at det saktens bør utvises skjønn her og at de det gjelder ikke skal måtte gå over i ny ordning. Men, selv om vi kan komme med innspill (og det har vi gjort), har vi ikke mulighet til å bestemme dette. Vi har sendt henvendelsene videre i Legeforeningen og håper inderlig på en fornuftig løsning. Slik organiseringen er nå er vår rolle å komme med uttalelser først når og hvis Helsedirektoratet ber oss om det. Ja, det er litt tungrodd.

En veldig konkret oppgave spesialitetskomiteen har er å dra på besøk til avdelinger og snakke med legene som jobber der.

Vi planlegger tre nye besøk i vår. Alle utdanningsvirksomhetene som utdanner leger i spesialisering har laget planer for hvilke læringsaktiviteter som finnes ved avdelingene og for hvordan utdanningen skal gjennomføres. Poenget med besøkene våre er å undersøke om virkeligheten stemmer med planene. Får Lisene den utdanningen som utdanningsvirksomheten (les: avdelingen) lover? De fleste gjør det ganske så bra, men utfordringene (les: problemene) ligner fra avdeling til avdeling.

Et vanlig problem mange Lis tar opp er at de ikke får tid til faglig fordypning i arbeidstiden. Kan vi i Spesialitetskomiteen gjøre noe med det? Egentlig ikke. Selv om Lisene har rett på at «utdanningsvirksomheten skal legge til rette for læringsaktiviteter slik at legene i spesialisering kan oppnå læringsmålene», herunder også tid til fordypning hvis det trengs for å oppnå læringsmål, finnes det dessverre ikke noen lov om rett til fordypningstid. Dette må forhandles fram med arbeidsgiver, og YLF kan hjelpe til. Før et besøk bør avdelingsleder, utdanningsansvarlig overlege og Lisene ha tenkt gjennom og notert ned hvordan hverdagen ved avdelingen er. Besøkene fungerer hovedsakelig som en pådriver for at avdelingene skal gjennomføre intern kontroll. Men, vi lager også en rapport, og kan i samarbeid med Legeforeningen komme med forslag til forbedring. Dersom det er vesentlige mangler ved utdanningen vil vi gjerne avtale et nytt besøk innen kort tid for å høre om det har blitt bedre etter første besøk. De fleste avdelingene har gode løsninger på det meste selv, og målet er at besøkene skal være gode samtaler heller enn strenge kontroller. Siden vi som gruppe har vært innom mange avdelinger, har vi etter hvert en «bank» med råd, tips og mulige løsninger som kan være nyttige for mange. Vi gleder oss til flere besøk!

Vennlig hilsen
Christine Hancke

Lynparza
olaparib

VEDTATT INNFØRT I BESLUTNINGSFORUM

Lynparza (olaparib) tabletter i kombinasjon med bevacizumab til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi i kombinasjon med bevacizumab, og hvor kreften er forbundet med defekt homolog rekombinasjon (HRD)-positiv status, definert av enten en BRCA1/2-mutasjon og/eller genomisk ustabilitet.

Innført av Beslutningsforum den 22. oktober 2021

Ovarialkreft: Lynparza (olaparib) tabletter er også indisert som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) BRCA1/2-mutert (kimbanen og/eller somatisk) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv høygradig kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritonealkreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi

VIKTIG INFORMASJON¹:

Behandling med Lynparza bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. Før oppstart av Lynparza ved førstelinjebehandling er det krav til påvisning av skadelig eller mistenkt skadelige mutasjoner inkudert BRCA1/2 ved validert test. Anbefalt dose av olaparib tabletter, enten som monoterapi eller i kombinasjon med bevacizumab: 300 mg (2 tabletter à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 600 mg). Tabletter med styrken 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Se preparatomtalen for olaparib for til for oppstart og behandlingsvarighet ved behandling av ovarialkreft. Se preparatomtale for bevacizumab for dosering og behandlingsvarighet av bevacizumab ved kombinasjonsbehandling. Lynparza tabletter skal ikke erstattes med Lynparza kapsler på en milligram-til-milligrambasis på grunn av forskjeller i dosering og biotilgjengelighet mellom formuleringene. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av BRCA-mutert avansert ovarialkreft:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandlende leges mening kan dra nytte av videre behandling kan behandles i mer enn to år. **Behandlingsvarighet ved vedlikeholdsbehandling av platinasensitiv tilbakevendende ovarialkreft:** For pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritonealkreft er det anbefalt at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av HRD-positiv avansert ovarialkreft i kombinasjon med bevacizumab:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandlende leges mening kan dra nytte av videre behandling

kan behandles i mer enn to år. Se preparatomtalen til bevacizumab for den anbefalte totale behandlingsvarigheten på maks. 15 måneder, inkl. periodene der bevacizumab brukes i kombinasjon med kjemoterapi og som vedlikeholdsbehandling.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene. Amming under behandling og i 1 måned etter den siste dosen (pkt. 4.6 i SPC)

Forsiktighet utvises ved: **Hematologisk toksisitet:** Blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, er anbefalt de første 12 månedene av behandlingen og periodevis etter dette tidspunktet for å overvåke klinisk signifikante endringer av verdiene under behandling. **Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi:** Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert under behandling med Lynparza, anbefales det at Lynparza seponeres og at pasienten får egnet behandling. **Pneumonitt:** Hvis pasienten får nye, eller en forverring av respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller et unormalt radiologisk funn observeres i brystet, bør behandling med Lynparza avbrytes og utredning igangsettes raskt.

Vanlige interaksjoner: Samtidig administrering av Lynparza med kraftige eller moderate CYP3A-hemmere eller CYP3A-induktorer anbefales ikke. Se pkt. 4.2 og 4.5 i preparatomtalen for mer informasjon dersom en kraftig eller moderat CYP3A-hemmer eller CYP3A-induktor likevel må administreres samtidig med Lynparza.

Vanlige bivirkninger: De hyppigste observerte bivirkningene på tvers av kliniske studier hos pasienter som fikk Lynparza som monoterapi (≥ 10 %) var kvalme, oppkast, diaré, dyspepsi, fatigue, hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet, hoste, dyspné, anemi, nøyotropeni, trombocytopeni, og leukopeni.

Pakninger og priser: **Kapsler:** 4 × 112 stk.1 (plastflasker) kr 55781,00. **Tabletter:** **100 mg:** 56 stk.1 (blister) kr 27754,60. **150 mg:** 56 stk.1 (blister) kr 27754,60.

Refusjon: **1 H-resept: L01X X46_14 Olaparib Refusjonsberettiget bruk:** Refusjon skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe.

Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Se godkjent preparatomtale eller FK-tekst for mer informasjon om Lynparza.

1. Lynparza SPC 03.11.2020
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lynparza-epar-product-information_en.pdf

Mye nytt på PCOS-fronten!



Eszter Vanky

Overlege ved kvinneklinikken, St. Olavs hospital
Professor ved NTNU

Hva skal barnet hete?

Fra Stein-Leventhal syndrom via polycystisk ovariesyndrom (PCOS) til **reproduktivt metabolsk syndrom**. Man har lenge diskutert et bedre navn for PCOS. Navnet polycystisk ovariesyndrom antyder at det er en sykdom i eggstokkene med cyster som viktig komponent. Vi vet i dag at PCOS er sammensatt med flere fenotyper og mangefasettert symptombilde, der polycystisk ovarie-morfologi ikke er nødvendig for diagnosen. Man ønsket et navn som bedre beskrev tilstanden og som er akseptabelt og ikke stigmatiserende for pasientgruppen. Pasientrepresentanter ønsket ikke ha «androgener» eller «ovarier» med i navnet. **Reproduktivt metabolsk syndrom** er et godt navn, da det belyser at tilstanden/syndromet i stor grad affiserer både reproduktiv og metabolsk helse, og ikke er begrenset til kvinner i fertil alder, men følger dem hele livet. En endelig beslutning og lanseringen av det nye navnet vil komme fra pasientorganisasjonene. Tanken er at PCOS og **reproduktivt metabolsk syndrom** skal brukes parallelt i vitenskapelige artikler i 5 år for så å fase ut PCOS.

International evidence-based guideline for assessment and management of polycystic ovary syndrome

Helena Teede, professor i endokrinologi fra Melbourne, tok initiativet til en evidensbasert veileder for behandling av PCOS i 2016, som fikk navnet *International evidence-based guideline for assessment and management of polycystic ovary syndrome*. En tverrfaglig gruppe av forskere, klinikere og pasientrepresentanter forhåndsdefinerte en rekke spørsmål som man ønsket å besvare basert på eksisterende vitenskapelig evidens. De fleste store internasjonale foreninger for gynekologi og endokrinologi støttet opp om veilederen, blant annet NFOG, ESHRE og ENDO.

Profesjonelle bibliotekarer og statistikere gjorde litteratursøk og analyser som ble lagt frem for fem tematisk baserte tverrfaglige ekspertgrupper (med 12-15 spesialister fra hele verden i hver gruppe) for å vurdere evidensen, trekke konklusjoner og til slutt ende opp med en gradert anbefaling. Også her var pasientrepresentantene tungt involvert. Prosessen er nøye dokumentert og helt transparent.

Veilederen **er tilgjengelig for alle og er helt gratis**. Den ble publisert i 2018, og en ny revidert versjon kommer sommeren 2023.

Målet er at saklig, godt dokumentert og evidensbasert informasjon skal være tilgjengelig for flest mulig kvinner med PCOS og minimalisere forskjeller i behandlingstilbud som oppstår grunnet usikkerhet og begrenset kunnskap hos leger og andre profesjonelle. En viktig aspekt er å minske forskjellene i diagnostikk og behandling av PCOS i rike og fattige land. Veilederen blir et viktig verktøy å lene seg mot i en jungel av synsere, influensere, og ideologisk baserte rådgivere.

Håndtering og behandling av PCOS (uten aktuelt barneønske)

Per i dag har vi ikke noen behandling som retter seg spesifikt mot patogenesen(e) av PCOS og «helbreder» PCOS. Tradisjonelt har behandlingen tilbudt kvinner med PCOS rettet seg mot spesifikke symptomer som akne, hirsutisme, blødningsforstyrrelser, overvekt og barnløshet. Trenden er at vi må tenke mere helhetlig og tverrfaglig i møte med kvinner med PCOS. En gjennomgående kritikk fra kvinner med PCOS – tydelig i riksdekkende media og sosiale medier – er at det tar for lang tid å få diagnosen, at man får lite/utilstrekkelig informasjon fra leger og at det ikke foreligger noen langsiktig plan om oppfølging. Pasientene er ikke trygge på at de er «i gode hender» og søker seg til alle mulige alternative informasjonskilder og behandlingstips der et utvidet symptomarsenal blir knyttet til PCOS – som ikke nødvendigvis er relatert til PCOS.

Jeg prøver meg på å skissere en stegvis og strukturert tilnærming

1. Tenk PCOS
2. Sørg for å raskt avkrefte eller bekrefte diagnosen. Jeg minner her om diagnosekriteriene, sitert fra NGFs veileder i gynekologi:

Minst 2 av 3 kriterier skal være tilstede for å stille diagnosen PCOS:

- 1) oligo-anovulasjon
- 2) hyperandrogenisme/hyperandrogenemia
- 3) polycystiske eggstokker

Diagnose bør ikke stilles før 8 år postmenarke eller hos kvinner < 19 år fordi symptomatologi ved PCOS overlapper med fysiologiske fenomener i tenårene (uregelmessig menstruasjon, akne og multicystiske ovarier). Kvinnen skal ikke være gravid og hormonell prevensjon bør seponeres i 3 måneder dersom androgennivåer skal benyttes som ledd i diagnostikk av PCOS.

Man må utelukke andre tilstander som kan gi oligo-anovulasjon og hyperandrogenisme.

Oligo-anovulasjon

Fra 1-3 år etter menarke

- Sykluslengde < 21 eller > 45 dager

Fra 3 år etter menarke til perimenopause

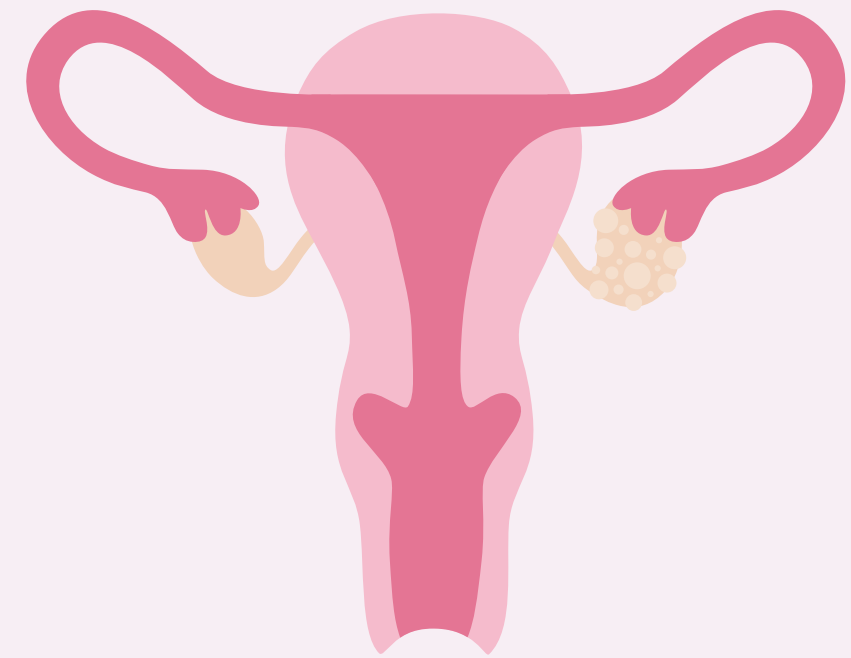
- Sykluslengde < 21 eller > 35 dager - eller -
- Mindre enn 8 sykluser per år

Hyperandrogenisme

Defineres som kliniske og/eller biokjemiske tegn på hyperandrogenisme.

Klinisk hyperandrogenisme:

- Voksne: Akne - eller - hirsutisme - eller - mannlig type alopesi
- Tenåringer: Alvorlig akne - eller - hirsutisme
- Modified Ferriman Gallway score (mFG) bør benyttes for å standardisere bedømming av hirsutisme.
- Bare terminalhår skal bedømmes (ikke vellushår). Hirsutisme ved mFG ≥ 4 hos nordiske kvinner, ≥ 6 hos enkelte andre etnisiteter
- Ludvig visual scale bør benyttes for å bedømme alopesi



Biokjemisk hyperandrogenisme:

- Bedømming av biokjemisk hyperandrogenisme kan benyttes dersom klinisk hyperandrogenisme er usikker
- Fri testosteron index (FTI) $> 0,6$ FTI = (testosteron/SHBG) $\times 10$
- Androstendion og DHEAS (dihydroepiandrosteron-sulfat) har begrenset nytte

Polycystisk ovarium

Vaginal ultralydundersøkelse med nyere apparat, transducerfrekvens ≥ 8 MHz:

- ≥ 20 follikler per ovarium mellom 2-9 mm i diameter i største snitt - eller -
- ovarievolum ≥ 10 cm³ (uten corpus luteum, cyster eller dominante follikler)

Transabdominal ultralyd

- Ovarievolum ≥ 10 cm³ per ovarium

Alder < 8 år etter menarke

- Ultralyd bør ikke benyttes på grunn av høy forekomst av multicystiske ovarier

3. Kartlegg om hun har annen komorbiditet: Fedme? Hypertoni? Type 2 diabetes? Astma? Migrene? Depresjon? Spiseforstyrrelse? Er disse tilstandene diagnostisert? Optimalt behandlet? Selvsagt er det ikke vi gynekologer som skal diagnostisere og behandle disse ko-morbiditetene, men man kan be fastlegene om å utrede og behandle.
4. Hva er kvinnens aktuelle problem og bekymring med PCOS?
5. Følgende basisbehandling bør deretter vurderes og diskuteres med kvinnen:

Livsstil

Vektkontroll er det mest grunnleggende, men også det vanskeligste. Best mulig vektkontroll og mest mulig normal BMI er det viktigste for både reproduktive og metabolske helse. Det er alle studier enige om. Alle symptomer og komplikasjoner til

PCOS forverres med vektoppgang, og nesten alle forbedres med vektredning (hos overvektige). Mange kvinner med PCOS gir uttrykk for stor frustrasjon over å få beskjed om å gå ned i vekt. Vi vet også at det er vanskelig å redusere vekt gjennom minskede kaloriinntak, men den virkelig store utfordringen er å holde vekten nede på lang sikt. Det er et tankekors at vi anbefaler et tiltak der sannsynligheten for å mislykkes er over 90 % uten medisinsk og/eller kirurgisk hjelp og oppfølging. Mer om vektreduserende medisiner lenger ned.

Fysisk aktivitet er anbefalt og bra for mye, men ikke for vektredning. Det trengs mye mer intensiv og mange flere timer fysisk aktivitet for å gå ned i vekt enn de fleste av pasientene har mulighet eller motivasjon til å gjennomføre. Men, fysisk aktivitet fremmer kondisjon, styrke og psykisk helse, og det er derfor sterkt anbefalt ved PCOS.

Røykestopp er innlysende, men glemmes ofte.

Medikamentell behandling

Metformin

- Metformin er anbefalt til alle kvinner med PCOS som har BMI > 25 . OBS! Kvinnen trenger ikke ha insulinresistens for at metformin forsøkes. Også kvinner med normal BMI og tenåringer med symptomer på PCOS kan prøve metformin.
- Metformin kan kombineres med p-piller eller antiandrogenbehandling.
- Effekten virker først og fremst på:
 - Insulinresistens, reduserer FTI. Sammen med livsstilsendringer reduserer dette vekten.
 - Ovulasjoner/menstruasjoner. Regulerer, men er mindre effektiv enn klomifensitrat og letrozol.
 - Graviditetssjansen. Øker denne, men er mindre effektiv enn klomifensitrat og letrozol.
 - «Søtsug»

- Det er nødvendig med god informasjon, langsom opptrapping og instruksjoner om at metformin må tas sammen med mat.
- Oppfølging, evt. dosejustering og evt. tilskudd av folat og B-vitaminer er viktig.
- Dosen bør være den maksimale tolerable dose, opp til 2000-2500mg ganger daglig, fordelt på to eller tre doser. Det er vanskeligere å ta medisinen tre ganger daglig, men dette gir muligens mindre bivirkninger. Man kan prøve seg frem. Jeg foreslår oftest å ta metformin sammen med frokost og middag.
- MetforminSR («slow release») kan være et alternativ for å øke compliance.

Kombinerte p-piller

- Kombinerte p-piller anbefalt til de som ikke planlegger graviditet, og har følgende virkninger:
 - Reduserer hyperandrogene symptomer som akne og hirsutisme
 - Regulerer blødninger
 - Gir endometriebeskyttelse
- Kombinerte p-piller kan gjerne kombineres med metformin.
- Det er ikke noen forskjell mellom høy og lav-dose østrogen eller type gestagen når man behandler hirsutisme, og per i dag er det ikke evidens for å anbefale spesifikke doser eller kombinasjoner av østrogener og gestagener.

Gestagen-only pill, p-stav og hormon-IUD

- Man bør ikke behandle PCOS-symptomer med prevensjonspreparater som kun inneholder gestagen. Lavdose gestagenprevensjon kan selvfølgelig brukes der østrogener er kontraindisert eller ikke tolereres.
- Det er østrogener som gir økt SHBG og redusert biologisk aktivt testosteron. Noen gestagener har androgen effekt, og følsomheten for gestagene bivirkninger varierer.
- Det er utilstrekkelig dokumentasjon på effekten av prevensjonsmiddel som kun inneholder gestagen på PCOS-symptomer.

Behandling mot hirsutisme

- Laser
 - Laserbehandling har god og vedvarende effekt, aller best hos kvinner med lys hud og mørkt hår.
 - Kvinnene må ofte ha en årlig, kort etterbehandling.
 - De fleste helseforetak dekker ikke kostnadene.
- Spironolactone – antiandrogen
 - Spironolactone anbefales først etter minst 6 måneders forsøk med kombinerte p-piller mot hirsutisme.
 - Behandlingen skal alltid kombineres med sikker prevensjon.

GLP-1-analoger (semaglutid og liraglutid) – en lovende behandlingsmulighet

- GLP-1-analoger er foreløpig ikke godkjent på PCOS som indikasjon alene, men er godkjent på indikasjonen type 2 diabetes og behov for vektreduksjon.
- Medikamentet fås ikke på blåresept, noe som medfører en kostnad for pasienten på ca. 1200-3200 kroner i måneden.
- Medikamentene gir i gjennomsnitt 17% vektnedgang, og det gir ikke hypoglykemi.
- Behandlingen kan brukes for å oppnå vektreduksjon hos kvinner med PCOS og overvekt.
- Det er viktig med bruk av sikker prevensjon når GLP-1-analoger brukes.
- Behandlingen reduserer fettlever (non-alcoholic fatty liver).

- Det er gjort flere studier på PCOS med lovende resultater.
- Det er høy sannsynlighet for vektøkning etter opphold eller avsluttet behandling med GLP-1 analoger.

Inositol

Det er stor interesse blant kvinner med PCOS for inositol. Inositol selges reseptfritt i apotek og postordre som kosttilskudd. Myo-inositol fremmer GLUT4-translokasjon til plasmamembranen for glukoseopptak. Medikamentet oppfattes som «alternativ» behandling av PCOS «uten» bivirkninger. Til tross for mange kliniske studier over flere tiår har man ikke kunnet påvise en tydelig klinisk effekt. Problemet er små studier med svakt studiedesign og stor rapporteringsbias når det gjelder effekt. Informasjonsreguleringen for inositol er ikke så streng som for legemidler, og det forekommer feilinformasjon i reklameform. Inositol er ikke skadelig. Det finnes noe evidens for at inositol har positiv effekt på serumnivåer av testosteron og kolesterol.

PCOS og graviditet

Alle leger kjenner til at kvinner med PCOS har eller kan ha nedsatt fertilitet. Det er også det mange kvinner får med seg etter besøket på legekantoret, gjerne forstått av dem selv som at de ikke kan bli gravide. Dette er veldig uheldig. Jeg foreslår at vi heller sier at **«kvinner med PCOS blir gravide og føder barn i nesten like stor utstreknig som kvinner uten PCOS, men det kan ta lenger tid å bli gravid, og de kan trenge hjelp til å oppnå det».**

PCOS har innvirkning på graviditet også når kvinnen først er blitt gravid. Igjen prøver jeg meg på en systematisk tilnærming:

1. **PCOS diagnosen bør stå på kvinnens Helsekort**, og den som følger henne opp bør ha kjennskap til hvilken betydning PCOS kan ha for graviditeten.
2. Leger og jordmødre bør være klar over at kvinner med PCOS har økt forekomst av de fleste svangerskapskomplikasjonene sammenlignet med kvinner uten PCOS, også i BMI- og aldersmatchede studier.

Kvinnene med PCOS har:

 - Større vektøppgang under graviditeten
 - Ofte svangerskapsdiabetes – 1 av 4 utvikler det
 - Ofte spontanaborter (tidige og sene) og preterme fødsler
 - Ofte preeklampsi og hypertensjon i graviditet
 - Økt forekomst av intrauterin vekstretardasjon og SGA-barn (small for gestational age)

Den økte risikoen for alle disse komplikasjonene er delvis relatert til overvekt og fedme, men risikoen er økt hos kvinner med PCOS selv om man justerer for BMI, alder, konsepsjonsmåte og sosioøkonomisk status.

3. Kvinner med PCOS bør følge den generelle anbefalte vektøppgangen i graviditeten basert på pregravid BMI.
4. Kvinner med PCOS bør følge generelle anbefalinger og rutiner for svangerskapsoppfølging i Norge.

I tillegg bør kvinner med PCOS:

- Optimalt sett screenes **før** graviditet for hypertensjon og diabetes (mål blodtrykk og ta en HbA1c)
- Screenes med HbA1c for type 2 diabetes i første trimester
- Gjennomføre glukosebelastningstest ved svangerskapsuke 24-28
- Ha lav terskel til å gjennomføre 24-timers blodtrykksmåling ved økende blodtrykk
- Ha lav terskel for å søke hjelp og bli undersøkt ved symptomer på truende prematur fødsel
- Ha lav terskel for å bli henvist til føtometri i tredje trimester

Metformin i graviditet

- **Metformin** er ikke teratogent, og det er ikke farlig å bruke metformin i graviditet.
- Metformin **forebygger ikke** svangerskapsdiabetes og preeklampsi.
- Metformin **forebygger** preterme fødsler.
- Man skal ikke rutinemessig bruke metformin i graviditet hos kvinner med PCOS. Studier tyder på at fostre som er eksponert for metformin intrauterint har økt risiko å utvikle overvekt/fedme i barneårene.
- Man kan vurdere metformin hos kvinner med økt risiko for preterm fødsel (tidligere seneaborter, fortidige fødsler). Da bør de ha tilskudd av folat i hele graviditeten.

PCOS – 40+

Mange lærebøker og vitenskapelige artikler starter med at «PCOS er den vanligste hormonforstyrrelsen hos kvinner i fertil alder». For 15-20 år siden fikk de fleste kvinner med PCOS diagnosen først ved utredning for barnløshet. Når de ble gravide, gikk diagnosen i glemmeboka både hos pasienten og legen. PCOS følger kvinnen hele livet, også inn i menopause. Det bør hennes gynekolog og fastlege være klar over.

Kvinner med PCOS har økt forekomst av:

- Prediabetes og type 2 diabetes
- Ikke-alkohol-relatert fettlever
- Hypertensjon
- Hyperkolesterolemi
- Hjerte-kar sykdommer
- Endometrieccancer

Det er derfor anbefalt at kvinner med PCOS:

- Kontrollerer blodtrykk hvert 1.-3. år
- Kontrollerer HbA1c annethvert år, evt. oftere avhengig av risikoprofil
- Kolesterolnivåer (de som har overvekt/fedme)

Et fint motto for PCOS:

Work-up, follow-up, never give up!

nordic consumer health

Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

Dr. Warming Critical Care brukes på tørr og irritert hud på kjønnsleppene og kan også brukes ved hudproblemer på og rundt vulva. Fettkremen smelter raskt ved påsmøring som gjør den behagelig å bruke.

Innholdsstoffer: Paraffinum Liquidum (mineralolje), Cera Alba (hvit bivoks), Cetyl Palmitate (bløtgjører) og vann.

Alle kjente og gjennomprøvede ingredienser.

Dr. Warming Critical Care er tilgjengelig på Vitusapotek, Apotek1 og Apotek For Deg.

92% fettinnhold



Obstetrikk møter juss. En dom å ta lærdom av

I noen tilfeller havner klager fra pasienter i rettsapparatet, etter først å ha fått avslag i Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og klageorganet for helsetjenesten (Pasientskadenemnda). Vi har nylig vært involvert i en slik sak gjennom tre runder i rettsapparatet, henholdsvis som medisinske sakkyndige (Tore Henriksen og Eva Øverland) og som advokat for staten ved Pasientskadenemnda (Therese Skodvin). Vi ønsker å dele konklusjonene fra denne dommen med våre kolleger. Staten ved Pasientskadenemnda ble i den endelige dommen ilagt erstatningsansvar. Sett i lys av det som er anerkjent klinisk praksis ved norske fødeavdelinger (her indikasjoner for keisersnitt) kan dommen fremstå oppsiktsvekkende fra et klinisk ståsted. Dommen er samtidig en viktig påminner om viktigheten av å være presise og tydelige i både kommunikasjon med pasient og i journalføring. Dommen er tilgjengelig på Lovdata med henvisning LB-2021-160265.



Eva Øverland

Overlege og PhD,
Akershus universitets-
sykehus



Tore Henriksen

Professor emeritus,
fødselshjelp og
kvinnesykdommer



Therese Skodvin

Advokat i Nasjonalt
klageorgan for
helsetjenesten

Saken gjaldt krav om erstatning etter en pasientskade i form av en permanent plexus brachialis-skade etter skulderdystoci. Barnets foreldre hevdet at svikt ved helsehjelpen hadde påført barnet varig skade. Det ble blant annet hevdet at det skulle ha vært utført keisersnitt, og at håndteringen av skulderdystocien var avvikende.

Det sentrale temaet i lagmannsrettens dom ble om det var grunnlag for keisersnitt. Tvisten dreide seg i stor utstrekning om hvilken betydning et poliklinisk journalnotat om «lav terskel for keisersnitt» fikk da mor uttrykte ønske om keisersnitt under aktiv fødsel. Dette reiser spørsmål om hvordan fødselsplaner skal forstås og hvordan mors rett til medvirkning skal ivaretas og vektlegges under aktiv fødsel.

Sykehistorien

Mor var andregangsfødende. Hun hadde i svangerskapet blitt henvist til fødepoliklinikken ved lokalsykehuset til samtale fordi hun opplevde første fødsel som traumatisk. I første fødsel ble hun vakuumbeløst grunnet langsom fremgang. Vakuumbeløsningen ble utført med ett drag og ble betegnet som ukomplisert. Det ble da født et friskt barn med fødselsvekt ca. 3600 gram. Det forelå ingen skulderdystoci første gang.

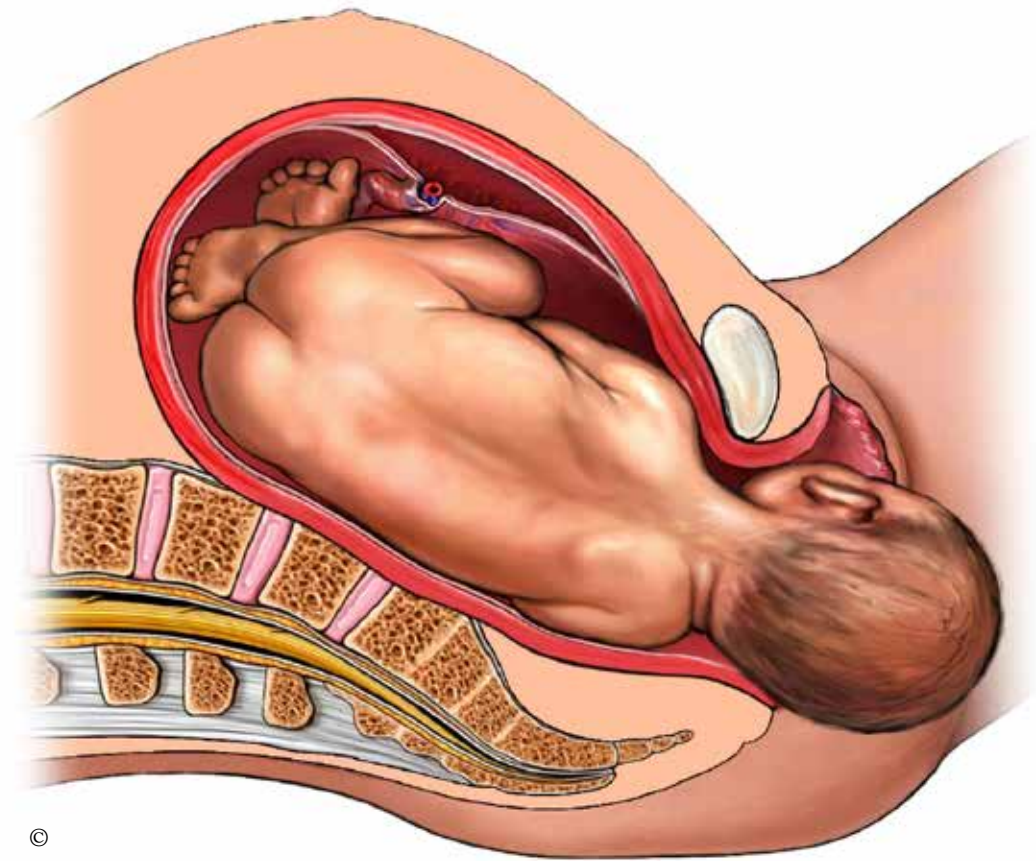
Mor var forøvrig frisk, men hadde en pregestasjonell BMI på 32. Det forelå en normal glukosebelastningstest. Det var flere konsultasjoner ved fødepoliklinikken i løpet av andre svangerskapet hvor man hadde samtaler rundt den kommende fødselen og hvor det ble gjennomført tilvekstmålinger. Disse ga mistanke om makrosom utvikling av fosteret. Mor uttrykte at hun var engstelig for fødsel, men var innstilt på å føde vaginalt.

Tre dager før termin estimeres fostervekten til å være 4930 gram.

Man besluttet induksjon. Følgende sitat er hentet fra journal: «Man skal imidlertid ha lav terskel for å forløse pasienten med keisersnitt, hvis ikke fødselen går fremover som forventet. Pasienten informeres om dette og er innstilt på å forsøke å føde. Hun er imidlertid glad for at man skal være påpasselig og ev. gå over til keisersnitt hvis fødselen ikke går fremover som man forventer.»

Fødselen startet spontant før induksjon ble iverksatt. Ved 5 cm åpning og hodet i bekkeninngangen blir det startet et oksytocindrypp som ble økt suksessivt. Pasienten fikk smertelindring i form av EDA (epiduralanalgesi). Det forelå et normalt CTG-mønster gjennom hele forløpet. Etter 7 timer var det 9 cm åpning og hodet hadde passert bekkeninngangen. Oksytocindosen var da 160ml/t.

«Lav terskel for keisersnitt» er et uttrykk som vi selv har benyttet og som vi tror også er hyppig brukt av kolleger. Et slikt uttrykk er upresist og ikke tydelig definert.



©

Jordmor kontaktet lege grunnet krysset aksjonslinje. Beskjed fra lege var å øke dryppet ytterligere og begynne å trykke. Ut fra journalnotat har vi tolket det dithen at beskjed fra lege ble gitt via telefon eller muntlig uten at vedkommende lege tilså eller undersøkte pasienten selv. Ifølge pasienten og vitner ba pasienten på dette tidspunktet om at keisersnitt måtte bli utført. Oksytocindryppet ble økt ytterligere. Etter 40 minutter var hodet under spina og mormunnen var fullåpen. Det ble startet med aktiv trykking. Maksimal oksytocindose i trykkesiden var 250 ml/t. Det var fortsatt et normalt CTG-mønster. Etter vel 30 minutters trykking var hodet født. Det tilkom en skulderdystoci. Det er noe uklart hvor lang tid det tok før hele barnet var født, men vi har tolket det dithen at det dreide seg om et par minutter. Jordmor skriver i fødejournal at skuldrene sitter hardt, man forsøker å rotere skulder fremover, bytter håndgrep og roterer skulder bakover. Jordmor lykkes med å rotere barnet slik at skuldrene forløses i tverrvidde.» Barnets Apgar skår var 8-8-9. Vekt 4670 gram. Blodgassanalyser viste normale verdier uten tegn til oksygenmangel. Barnet fikk ved barnelegeundersøkelse konstatert plexus brachialis-skade. Denne viste seg å være permanent, og barnet følges tett og har gjennomgått flere operasjoner.

Vi vil advare mot upresise fraser som «lav terskel for sectio» og andre uklare eller bastante uttrykk i nedskrevne fødselsplaner.

Saksgangen

Foreldrene sendte på vegne av barnet skademelding til NPE. Sakkyndig konkluderte med at fødselshjelpen var innenfor rammene av gjeldende retningslinjer og praksis. NPE avslo søknad om erstatning. Etter klage kom Pasientskadenemnda til samme konklusjon.

Foreldrene tok ut stevning mot staten ved Pasientskadenemnda. Saksgangen i rettsapparatet har vært lang. Saken ble først behandlet i tingretten. Tingretten kom til at barnet hadde krav på erstatning. Denne første dommen ble av staten v/ Pasientskadenemnda anket til lagmannsretten, som frikjente staten. Barnet v/ foreldrene anket deretter dommen til Høyesterett, som opphevet lagmannsrettens dom på grunn av mangler ved begrunnelsen. Ny rettsrunde i lagmannsretten ga medhold til barnet v/ foreldrene. Staten, ved Pasientskadenemnda har besluttet å ikke anke til Høyesterett på nytt. Det er følgelig endelig avgjort at barnet har krav på erstatning ettersom plexusskaden skyldtes svikt i helsehjelpen.

Dommen

Det er denne siste rettskraftige dommen i lagmannsretten vi ønsker å formidle og kommentere.

I lagmannsrettens dom ble det avgjørende spørsmålet hvorvidt det var sannsynlig at keisersnitt ville ha blitt utført hvis legen hadde kommet til fødestuen. Herunder var betydningen av pasientens rett til medvirkning et sentralt tema. Journalnotatet to dager før fødselen om at det skulle være «lav terskel» for sectio hvis ikke fødselen gikk frem som forventet, ble helt sentralt for lagmannsrettens vurdering. Som nevnt rådførte jordmor seg med legen bare per telefon da fødselen gikk tregere enn forventet (kryssset aksjonslinjen). Begge parter var enige i at det var en svikt at legen ikke vurderte pasienten direkte og snakket med pasienten da fødselen gikk tregt. Den fødende uttrykte overfor jordmor ønske om keisersnitt og viste i retten til journalnotatet om «lav terskel». Staten v/Pasientskadenemnda hevdet at det på dette tidspunktet ikke forelå medisinsk indikasjon for keisersnitt og at legen høyst sannsynlig ikke ville ha besluttet keisersnitt hvis vedkommende hadde foretatt en vurdering på fødestuen.

Lagmannsretten kom til at keisersnitt mest sannsynlig ville blitt utført. Sitat: «Lagmannsretten presiserer at det mor hadde krav på var en forsvarlig medisinsk undersøkelse med sikte på å få vurdert om keisersnitt burde besluttes, hvor det også ble tatt hensyn til mors rett til informasjon og medvirkning i samsvar med loven og basert på det hun med rimelighet kunne forvente, sett i lys av den planen som var lagt». Retten legger stor vekt på journalnotatet om at det skulle være lav terskel for keisersnitt ved langsom fremgang. Den understreker at dette gir en særlig tyngde til pasientmedvirkningen og at et slikt journalnotat styrker retten til medvirkning.

Gitt at det forelå to adekvate forløsningsmetoder, keisersnitt eller vaginal fødsel, mente lagmannsretten tilsynelatende at pasientens rett til medvirkning, og særlig i lys av journalnotatet om «lav terskel», skulle vært avgjørende. Problemet er at det ikke er grunnlag for et premiss om at keisersnitt og vaginal forløsning var å anse som likeverdige tiltak, sett i lys av gjeldende retningslinjer og anerkjent norsk obstetrisk praksis. Lagmannsretten anser både keisersnitt og vaginal fødsel som adekvate forløsningsmetoder, men drøfter i liten grad de medisinske aspektene ved de to alternative forløsningsmetodene opp mot hverandre. Dette er en klar svakhet ved det avgjørende punktet i dommen.

At tiltakene ikke var likeverdige, gjenspeiler seg i at bare én av i alt fire sakkyndige mente at det skulle ha vært gjort keisersnitt. Vi som sakkyndige mente derfor at det ikke var sannsynlig (eller mindre enn 50% sannsynlighet for, slik det brukes i jussen) at keisersnitt hadde blitt utført om legen hadde kommet til fødestuen for vurdering. Med andre ord er det ikke sannsynlig at manglende undersøkelse fra legen stod i årsakssammenheng med plexus brachialisskaden (gitt at plexusskaden kunne vært unngått ved keisersnitt).

Umiddelbart kan lagmannsrettens konklusjon fremstå skremmende fra en klinikers ståsted fordi bredt anerkjente kliniske indikasjoner for keisersnitt synes å ha vært satt til side. Likevel, når dommen leses i detalj, fremkommer noen andre momenter. Disse momentene gjør at når anerkjent praksis følges og dokumentasjonen er grundig, er det ingen grunn til å bli skremt vekk fra faget. Noen av dem gir oss viktige påminnelser i vår daglige praksis. Det dreier seg om kommunikasjon med den fødende og tilstedeværelse.

Det vil gi mer trygghet for den fødende, gi bedre forståelse for de avgjørelser som tas og gjøre det mindre sannsynlig at den fødende velger å gå igjennom belastende prosesserer i NPE, Pasientskadenemnda og rettsapparatet.

I sum fremstår dommen som et resultat av en samlet vurdering av mange momenter. Ettersom lagmannsretten mener det var adekvat å fortsette vaginal fødsel, forstår vi dommen som at helsehjelpen i dette tilfellet ville vært adekvat dersom legen hadde vært til stede og besluttet å fortsette vaginal fødsel, kommunisert begrunnelsen tydelig til den fødende samt dokumentert vurderingene.

Dommens implikasjoner

Det viktigste læringspunktet her er at vi er presise i både ordlyden vi bruker i journalen, og i kommunikasjonen til pasient. «Lav terskel for keisersnitt» er et uttrykk som vi selv har benyttet og som vi tror også er hyppig brukt av kolleger. Et slikt uttrykk er upresist og ikke tydelig definert. Hva vi og hva den fødende opplever som «lav terskel» er nok ofte ikke i samsvar med hverandre. Det er bra med fødselsforbedrende samtaler som kan trygge pasienten. Men når vi lager fødselsplaner i forbindelse med slike samtaler må vi bruke en tydelig terminologi og sikre at vi og pasienten forstår hva planen og evt. avtaler innebærer.

En ordlyd som «lav terskel for keisersnitt» kan tolkes som en forsterkning av medvirkningsretten. I dette tilfellet fant lagmannsretten at ansvarlig lege i lys av journalnotatet om «lav terskel» hadde «plikt til å legge særlig vekt på pasientens syn på om en burde gå over til keisersnitt».

Det er viktig at kommunikasjon med pasient og journalføringen er i samsvar med den praktiske realiteten. Pasienten bør ikke gis forventninger om at hennes ønske kan overstyre de medisinskfaglige vurderingene. Det kan være problematisk i situasjoner som for eksempel langkommet fødsel hvor pasienten uttrykker ønske om sectio, mens vi som obstetrikere ikke vurderer sectio og vaginal fødsel som likeverdige alternativer og heller vil å gå for vaginal fødsel.

Hvilken betydning pasientens medvirkningsrett og ønske har i behandlingssituasjonen vil avhenge av en rekke faktorer. Det fremgår av gjennomgangen av rettskildene av dommen, og følgende vurdering fra lagmannsretten:

Lagmannsretten finner likevel grunn til å understreke at helsepersonellet med dette fortsatt måtte opptre innenfor rammen av hva som var medisinsk forsvarlig, og at det fortsatt måtte foreligge indikasjon for at keisersnitt skulle kunne besluttes. Helsepersonellet er dessuten ofte nødt til å treffe et valg under tidspress og under stort ansvar. Hvor stor plass pasientens rett til medvirkning kan få i et konkret hendelsesforløp, må avhenge blant annet av hvor akutt situasjonen er og pasientens tilstand.

Betydningen av pasientens medvirkningsrett vil nok bli tema i en rekke pasientskadesaker for domstolene også fremover. Saker om både keisersnitt og skulderdystoci prøves jevnlig for domstolene. Dommer fra lagmannsretten kan få en viss betydning i senere sammenlignbare saker. Det gjelder likevel i langt mindre grad enn for dommer fra Høyesterett.

Det er etter vårt syn helt sentralt at nedskrevne fødselsplaner må bidra til å styrke samarbeidet og kommunikasjon, ikke gjøre arbeidet vårt i kritiske situasjoner mer utfordrende. Vi vil advare

mot upresise fraser som «lav terskel for sectio» og andre uklare eller bastante uttrykk i nedskrevne fødselsplaner.

I tillegg til dommen som omhandler pasientens medvirkningsrett ved fødselsplaner og inngåtte avtaler, var det en rekke diskusjoner gjennom de ulike rettsrundene som illustrerer flere viktige læringspunkter for oss som fødselshjelpere:

- Vi vil særlig understreke viktigheten av å dokumentere undersøkelser, planer og tiltak underveis i fødsel. Det er alltid nyttig å angi rasjonale for de beslutninger vi tar. Ved alvorlige komplikasjoner som skulderdystoci er det nødvendig å journalføre også selvfølgeligheter som McRoberts manøver, symfysetrykk og selvsagt tidsangivelser.
- Legenes tilstedeværelse på fødestuen. Det er alltid en fordel hvis legen snakker med og foretar en undersøkelse av den fødende selv, dersom behovet for legevurdering oppstår. Det sikrer at vi og jordmor oppnår felles situasjonsforståelse, lager felles planer og trygger pasienten.
- Prosedyrer og veiledere. NGFs Veileder i Fødselshjelp samt lokale prosedyrer må være nøye med ordlyd og terminologi. Ordlyden her brukes aktivt i tilsynssaker og i rettsapparatet. Vi må unngå for snevre og absolutte formuleringer som binder oss uten at dette er i samsvar med medisinskfaglig forsvarlige vurderinger som gjøres i ulike kliniske situasjoner. Eksempelvis formulering som «lav terskel» eller absolutte maksimale doseringer (f.eks. 180ml/t oksytocin)
- Nødvendigheten av kontinuerlig simuleringstrening på obstetriske akutsituasjoner. Under rettssaken kom det opp spørsmål om hvordan leger og jordmødre får tilstrekkelig erfaring i å håndtere for eksempel skulderdystoci. Som sakkyndige kunne vi vitne om at norske fødselshjelpere kontinuerlig øver på slike situasjoner. Denne saken understreker hvor viktig det er med kontinuerlig øving på akutte prosedyrer. Det redder liv og reduserer risikoen for komplikasjoner.

Oppsummert kan dette møtet mellom juss og obstetrik illustrere gode læringspunkter som vil gi en tryggere opplevelse på fødestuen både for den fødende og for fødselshjelpere.

Når har pasienter krav på erstatning?

For at det skal foreligge krav på erstatning etter pasientskadeloven, må det for det første foreligge et ansvarsgrunnlag.

I denne saken var det aktuelle ansvarsgrunnlaget «svikt ved helsehjelp», jf. pasientskadeloven § 2 første ledd bokstav a.

«Svikt ved helsehjelp» innebærer at det må ha skjedd noe irregulært ved behandlingen. Hva som utgjør en «svikt», må vurderes med utgangspunkt i vanlig god praksis i vedkommende yrkesgruppe, i dette tilfellet jordmødre og fødselsleger. Det må tas utgangspunkt i den fagkunnskap som var tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet.

Videre må en eventuell svikt ved helsehjelpen ha medført en pasientskade.

Det er som utgangspunkt pasienten som må sannsynliggjøre at det foreligger svikt, og at denne har medført en skade. Dersom journalen er mangelfull eller uforståelig, går tvilsrisikoen over på staten.

Hva ligger i begrepet «God medisinsk praksis»?

Begrepet «god medisinsk praksis» brukes rutinemessig i forvaltningen og rettsapparatet. Begrepet er ikke helt entydig, men vårt kliniske arbeid vil oppfattes i tråd med god praksis hvis anbefalte prinsipper og retningslinjer er fulgt, eller det kan gis en rimelig begrunnelse på hvorfor de er avveket. Der det ikke foreligger retningslinjer vil det å handle i tråd med det som er alminnelig anerkjent/faktisk praksis vanligvis oppfattes god medisinsk praksis.



Endringer i forekomst av fødsler og aborter i Oslo og Viken i årene 1980-2020



Camilla Kjeldgaard Samuelsen

Stud.med., Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo



Anne Eskild

Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus

Sammendrag

Bakgrunn: Vi ønsket å sammenlikne antall fødsler og aborter, fødselsrater og abortrater i Oslo og Viken med Norge som helhet for årene 1980 til 2020.

Metode: Vi har brukt data fra Statistisk sentralbyrå og Abortregisteret.

Resultater: *Fødsler:* Fra 1980 til 2020 økte antallet fødsler i Oslo fra 5 336 til 9 199 (72%). Antallet nådde toppen i 2010, og har siden falt med 10%. Økningen i Viken var fra 9 473 i 1980 til 11 454 i 2020 (21%). Det høyeste antallet var i 2009. Fødselsraten nådde toppen i 1990 i Viken og i Norge som helhet, og har siden falt med henholdsvis 21% og 24%. I Oslo nådde fødselsraten toppen i 2009 og har siden falt med 26%.

Aborter: Antall aborter falt fra 2 349 til 2 114 (10%) i Oslo og i Viken fra 2 755 til 2 500 (9%). Abortratene har falt med 50% i Oslo, med 36% i Viken og med 38% i Norge som helhet.

Fortolkning: I Viken og i Norge som helhet har fødselsratene falt med over 20% siden 1990. I Oslo har fødselsraten falt med hele 26% siden 2009. Fallet i abortratene har vært mer uttalt enn i fødselsratene, særlig i Oslo.

Innledning

Demografiske endringer har stor betydning for utviklingen av fremtidens Norge. En stadig fallende fruktbarhet skaper bekymring for velferdsstaten og for bosettingsmønsteret i landet.

I 2020 var fruktbarheten i Norge lavere enn noen gang tidligere, med et samlet fruktbarhetstall på 1,48 barn per kvinne. Samtidig er gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende økende. Også blant innvandrerkvinner var fruktbarheten rekordlav og fruktbarhetstallet i 2020 var 1,68 (1). I Oslo var fruktbarhetstallet på 1,38 i 2020, og Oslo var fylket med lavest fruktbarhet dette året. Viken hadde derimot et høyere fruktbarhetstall enn landet som helhet,

med 1,53 barn per kvinne (2). For norskfødte med innvandrerforeldre var samlet fruktbarhetstall lavere enn i den øvrige befolkningen, med 1,42 barn per kvinne (3).

Hva er sammenhengene mellom endringer i fødselsrater og abortrater? Blir det flere fødsler hvis abortratene går ned? Er mønstrene de samme i Oslo og Viken som i Norge som helhet? Kunnskap om slike spørsmål er viktige for å bedre kunne forstå den demografiske utviklingen, samt for utforming av familiepolitikken.

Målet med denne studien var å presentere endringer i antall fødsler og aborter i årene 1980 til 2020 i Oslo og Viken sammenlignet med Norge som helhet. Vi presenterer også endringer i fødselsrater og abortrater samt endringer i antall kvinner i fertil alder.

Materiale og metode

Tallene på antall fødte barn er hentet fra Statistisk sentralbyrå (4). Abortdata er hentet fra Abortregisteret (5). Tallene er tilgjengelige for alle. Fødsler og aborter i Norge er meldepliktige. Antall kvinner i fertil alder er basert på alders- og kjønnsfordelte fylkesvise data fra Statistisk sentralbyrå (6). Kvinner i fertil alder defineres som kvinner i alderen 15-49 år.

Vi presenterer antall fødsler og prosentvise endringer i antall fødsler per år fra og med 1980 (referanseår) til og med 2020 i Oslo, Viken og Norge som helhet. Tilsvarende tall presenteres for aborter. Vi presenterer også fødselsrater (antall fødsler per 1000 kvinner i alderen 15-49 år) og abortrater (antall aborter per 1000 kvinner i alderen 15-49 år) i Oslo, Viken og Norge som helhet.

Resultater

I løpet av årene 1980-2020 ble det nærmere 290 000 flere kvinner i fertil alder i Norge. Dette utgjør en økning på 31% (Tabell 1). Oslo har hatt den klart største prosentvise økningen, med 79%.

I Viken har antallet økt med 41%. I 2020 var det til sammen 461 493 kvinner i alderen 15-49 år i Oslo og Viken. De utgjorde 38% av alle kvinnene i fertil alder i Norge.

Fødsler

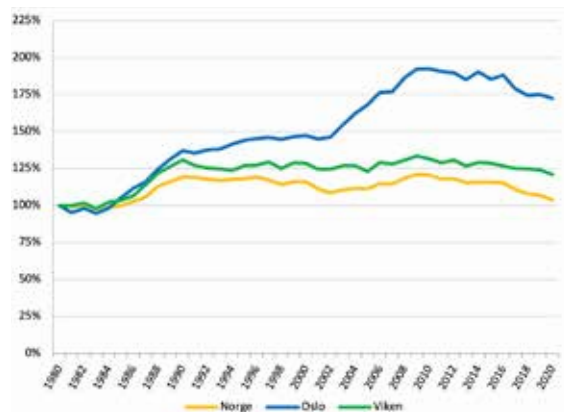
Antall fødsler per år har økt i både Oslo og Viken i årene 1980-2020. I Oslo var økningen fra 5 336 til 9 199 (72%), omtrent like stor økning som den prosentvise økningen i antall kvinner i fertil alder (Figur 2, Tabell 1). I Viken økte antall fødsler fra 9 473 til 11 454 (21%). Den prosentvise økningen i antall fødsler i Norge som helhet har vært langt lavere, med en 4% økning (fra 51 039 til 52 979 fødsler). Færrest fødsler var det på starten av 1980-tallet, både i Oslo, Viken og Norge som helhet.

År	Norge			Oslo			Viken		
	Antall kvinner 15-49 år	Antall fødsler	Antall aborter	Antall kvinner 15-49 år	Antall fødsler	Antall aborter	Antall kvinner 15-49 år	Antall fødsler	Antall aborter
1980	920549	51039	13532	105779	5336	2349	192380	9473	2755
1981	931982	50708	13819	105832	5072	2400	194890	9483	2763
1982	944758	51245	13475	106652	5237	2382	197835	9641	2634
1983	958091	49937	13641	107514	5056	2543	201060	9278	2776
1984	973255	50274	14072	108859	5234	2802	204752	9681	2922
1985	988533	51134	14598	111014	5610	2877	208907	9807	3044
1986	1001874	52514	15474	112679	5965	3104	217736	10104	3268
1987	1017233	54027	15422	114872	6178	3217	222689	10797	3283
1988	1032104	57526	15852	116804	6639	3391	226992	11540	3354
1989	1043945	59303	16208	118506	7005	3490	229731	11986	3438
1990	1051420	60939	15552	119938	7308	3303	231044	12397	3198
1991	1058139	60808	15528	121314	7229	3261	232135	12036	3234
1992	1065811	60109	15164	123844	7335	3255	232565	11885	3124
1993	1070634	59678	14909	125773	7366	3171	232812	11826	3059
1994	1075055	60092	14533	127121	7542	3016	232944	11708	2955
1995	1075245	60292	13874	128616	7688	2664	232219	12020	2869
1996	1073467	60927	14329	129830	7751	2738	231453	12062	2759
1997	1068729	59801	14001	131298	7793	2604	230594	12265	2895
1998	1066308	58352	14035	132442	7717	2587	231000	11857	3024
1999	1065964	59298	14323	133303	7822	2668	231912	12215	3066
2000	1067628	59234	14675	134931	7864	2647	232663	12180	3216
2001	1067133	56696	13896	134914	7734	2369	233727	11798	3013
2002	1068331	55434	13559	136276	7811	2350	234401	11796	2884
2003	1072570	56458	13890	138071	8258	2385	235924	12021	3102
2004	1075604	56951	14071	139426	8663	2467	236686	12029	3077
2005	1079974	56756	13991	142264	8969	2479	237843	11647	3119
2006	1086363	58545	14404	145071	9410	2564	239980	12222	3258
2007	1092858	58459	15177	148380	9444	2768	241737	12142	3358
2008	1103477	60497	16139	151719	9948	2897	244517	12391	3595
2009	1116606	61807	15790	155914	10254	2923	247576	12643	3592
2010	1129764	61442	15741	159384	10267	3004	250512	12475	3361
2011	1144197	60220	15366	162947	10168	3022	253659	12221	3276
2012	1159006	60255	15229	167085	10133	3077	257256	12385	3228
2013	1173586	58995	14778	170276	9874	2871	260628	11991	3085
2014	1184791	59084	14067	173172	10154	2827	263343	12227	3068
2015	1194169	59058	14033	176741	9899	2862	264972	12189	2999
2016	1200326	58890	13193	179872	10042	2630	266724	11998	2859
2017	1203487	56633	12751	181911	9548	2472	268029	11850	2889
2018	1205262	55120	12391	183864	9309	2334	269457	11816	2723
2019	1206261	54495	11735	186028	9343	2210	270502	11757	2624
2020	1208754	52979	11081	189736	9199	2114	271757	11454	2500

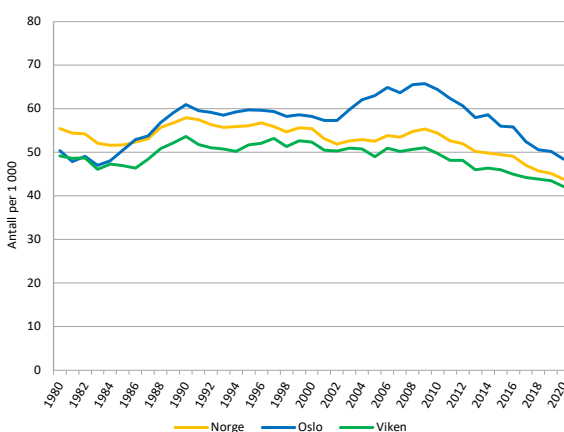
Tabell 1. Antall kvinner 15-49 år, antall fødsler og antall aborter i Oslo, Viken og Norge som helhet i årene 1980 til og med 2020.

Antall fødsler per 1000 kvinner i aldersgruppen 15-49 år (fødselsrater) har falt betydelig i løpet av årene 1980-2020. Fødselsraten i Norge var 55,4 i 1980 sammenlignet med 43,8 i 2020 (Figur 3). Dette utgjør en nedgang på 21%. Fødselsraten var høyest i første halvdel av 1990-tallet, med 58,0 i 1990. Siden da har fødselsraten i Norge falt med 24%. I Viken har utviklingsmønsteret i fødselsrater

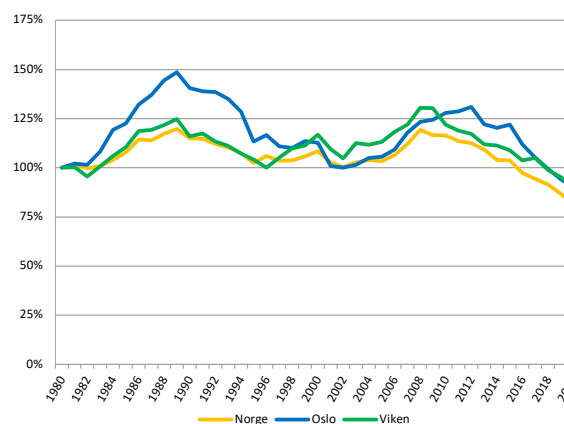
likhetstrekk med utviklingen i Norge som helhet. Også i Viken nådde fødselsraten toppen i 1990 (53,7), og siden har den falt med 21%. Oslo hadde en økning i fødselsrater fram til 2009, men etter 2009 har fødselsratene falt med hele 26% (fra 65,8 til 48,5). Likevel var fødselsraten i Oslo i 2020 høyere enn i Viken og i landet som helhet.



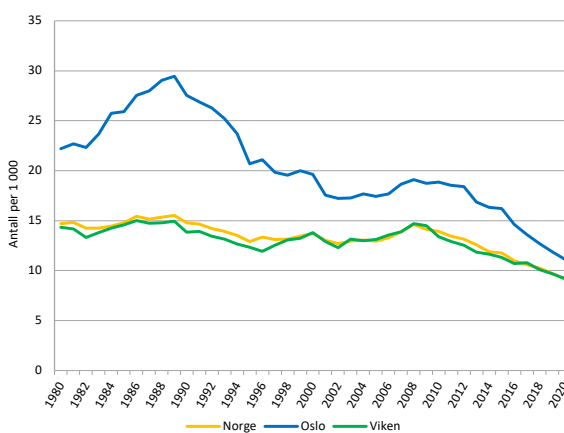
Figur 2. Prosentvis endring i antall fødsler i Oslo, Viken og Norge som helhet fra 1980 (referanse) til og med 2020.



Figur 3. Antall fødsler per 1000 kvinner i alderen 15-49 år (fødselsrater) i Oslo, Viken og Norge som helhet, 1980-2020.



Figur 4. Prosentvis endring i antall aborter i Oslo, Viken og Norge som helhet fra 1980 til og med 2020



Figur 5. Antall aborter per 1000 kvinner i alderen 15-49 år (abortrater) i Oslo, Viken og Norge som helhet, 1980-2020.

Aborter

Antall aborter var høyest på slutten av 1980-tallet og har falt betydelig siden, både i Oslo, Viken og Norge som helhet. Siden 1989 har Oslo hatt den største prosentvise nedgangen, med 39% (Figur 4, Tabell 1). Til sammenlikning var nedgangen etter 1989 på 27% i Viken og 32% i Norge som helhet. Dette til tross for at det totale antallet kvinner i reproduktiv alder har økt betydelig.

Fra 1980 til 2020 falt abortratene fra 14,3 til 9,2 i Viken (36%) og fra 14,7 til 9,2 i Norge som helhet (38%) (Figur 5). Abortratene i Norge nådde en topp mot slutten av 1980-tallet. Oslo har gjennomgående hatt de høyeste abortratene. Særlig i siste halvdel av 1980-tallet var abortratene i Oslo betydelig høyere enn i Viken og i Norge som helhet. Deretter har Oslo hatt den største prosentvise nedgangen, med et fall på 62% fra 1989 til 2020. De siste årene har abortraten i Oslo gradvis nærmet seg abortraten i Viken og i Norge som helhet.

Diskusjon

I årene 1980-2020 har antall kvinner i fertil alder økt med 31%. Likevel har økningen i antall fødsler bare vært på 4%. Fødselsraten har dermed falt betydelig i Norge som helhet, særlig etter 1990. Nedgangen i fødselsraten i Viken er ganske lik nedgangen i Norge som helhet. Oslo skiller seg ut med en økning i fødselsraten frem mot 2009, og deretter et fall på hele 26%. Nedgangen i abortratene har vært større enn nedgangen i fødselsratene. Aborter kan derfor ikke forklare nedgangen i fødselsrater. Færre kvinner blir gravide, og dette er særlig uttalt i Oslo.

Kvinnene i Oslo og Viken utgjorde 38% av alle kvinnene i fertil alder i Norge i 2020, 39% av alle fødslene og 42% av alle abortene. Forskjellene ville dermed blitt noe større om vi hadde sammenliknet med Norge uten Oslo og Viken og ikke Norge som helhet slik vi har gjort i denne studien. Vi hadde ikke tilgang til data på individnivå, og kan derfor ikke si noe om det har vært endringer i sammensetningen av kvinner som tar abort eller føder barn med hensyn på etnisitet eller paritet, eller i hvilken grad det er overlapp mellom kvinner som tar abort og kvinner som føder. Rapporteringen av aborter til Abortregisteret er anonymisert.

I fylkene i Nord-Norge har den prosentvise nedgangen i antall fødsler vært mer uttalt enn i Oslo og Viken. Siden antall kvinner i reproduktiv alder har vært relativt stabilt i Nord-Norge, er den prosentvise nedgangen i antall fødsler lik nedgangen i fødselsraten (7). Vi er ikke kjent med tidligere og tilsvarende fremstillinger for andre fylker i Norge. For Norge som helhet er det godt kjent at fødselsratene og abortratene har falt de siste årene (8), bortsett fra en liten økning i 2021 (9). Over hele verden har det vært fall i fruktbarhet (10), og fruktbarhetstallet i Norge i 2019 var omtrent likt gjennomsnittet i den Europeiske Union (11).

De siste årene har fallet i fruktbarhet blant innvandrerkvinner vært større enn blant kvinner med foreldre født i Norge (12). Dette kan være med på å forklare hvorfor det prosentvise fallet i fødselsrater de siste årene har vært større i Oslo enn i Viken og i Norge som helhet. Andelen innvandrere i Oslo er betydelig større enn i Norge som helhet (13). En studie fra 2008 tydet på at innvandrerkvinner tar hyppigere abort enn etnisk norske (14). Dette kan tenkes å ha bidratt til at abortratene i Oslo var høyere enn i Viken og Norge som helhet.

Økt bruk av prevensjon kan være med å forklare nedgangen i fødsels- og abortrater. I årene 2004-2020 var det en økning i bruk av prevensjonsmidler i både Oslo, Viken og Norge som helhet. Særlig uttalt var økningen i bruken av langtidsvirkende prevensjon (15). Risikoen for prevensjonssvikt er betydelig lavere ved bruk av langtidsvirkende prevensjon sammenliknet med korttidsvirkende (16). Den prosentvise økningen i salg av langtidsvirkende prevensjon var klart større i Oslo enn i Viken og Norge som helhet i årene 2004-2020.

Økt bruk av prevensjon blant innvandrere kan være med på å forklare den betydelige nedgangen i aborter og fødsler etter 2009 i Oslo. En studie fra 2014 viste at andelen brukere av hormonell prevensjon var lavere blant innvandrere (15-24%) enn blant norske kvinner (38%) i 2008 (17). Siden den gang har det vært satt i gang ulike prosjekter for å øke prevensjonsbruken blant innvandrere i Oslo. I 2010 startet tre jordmødre fra Oslo universitetssykehus prosjektet *Familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort (FAFUS)*. Prosjektet hadde innvandrerkvinner som målgruppe, og tilbød blant annet gratis langtidsvirkende prevensjon. Prosjektet ble avsluttet i september 2015. I årene 2010-2015 hadde FAFUS 1841 kvinner til konsultasjon, og 63% av disse oppsøkte tilbudet med ønske om prevensjon som viktigste årsak (18). I årene etter at FAFUS ble avsluttet, har Oslo kommune implementert et liknende tilbud i sine bydeler (19).

Det er antatt at fallet i fødselsrater delvis kan forklares med at kvinner er eldre ved første fødsel, og at de kanskje ikke rekker å få mange barn i den resterende delen av sin fertile periode. Fallet i fødselsratene de siste årene kan langt på vei forklares med at færre kvinner får tre barn eller flere. Rundt 30% av kvinnene i Norge får ingen eller bare ett barn (20).

Man kan spekulere i hvorvidt fallet i fødselsrater og utsettelse av fødsler skyldes at færre ønsker seg barn eller om det skyldes at forholdene ikke ligger til rette for å få barn.

Historisk sett har man observert en nedgang i antall fødsler under økonomisk usikre tider (21). Bankkrisen (1988-1993) kan tenkes å ha vært medvirkende faktor til nedgangen i fødselsratene i årene etter 1990. Finanskrisen kan ha bidratt til nedgangen etter 2008.

Studier har vist at god barnehagedekning er et av de tiltakene som har størst effekt på fruktbarhet (22). Med barnehagereformen kom en storstilte utbygging av barnehagene i landet på 2000-tallet, samt innføring av makspris på barnehageplass i 2005 (23). Samtidig økte fødselsratene i årene 2002 til 2009 i både Oslo, Viken og Norge som helhet, og økningen var særlig påfallende i Oslo.

Det har skjedd flere endringer i kontantstøtteordningen siden innføringen i 1998. Blant annet ble kontantstøtten avviklet for toåringere i 2012. I 2017 ble det innført krav om at begge foreldre må ha vært medlem i folketrygden i minst fem år for å kunne motta kontantstøtte (24). Innstramningen av retten til kontantstøtte sammen med gratis prevensjon, kan ha bidratt til den store nedgangen i fødselsrater i Oslo etter 2009.

Stadig flere kvinner og menn tar høyere utdanning. I gjennomsnitt har antall studenter økt med to prosent per år de siste 10 årene (25). Oslo topper fylkestallet for utdanningsnivå, når det gjelder andel med utdanning på universitets- og høyskolenivå (26). I aldersgruppen 19-34 år tar norskfødte med innvandrerforeldre i større grad høyere utdanning enn etnisk norske, og fruktbarhetstallet blant norskfødte med innvandrerforeldre er lavere enn i den øvrige befolkningen (27). Å få barn som student kan være utfordrende både økonomisk og praktisk, noe som kan bidra til utsettelse av barnefødsler.

Mange ønsker dessuten å etablere seg i arbeidslivet før de får barn. Dette kan være knyttet til flere faktorer, blant dem retten til foreldrepenger. Offentlige overføringer til barnefamilier i Norge favoriserer kvinner i lønnet arbeid. Det kan være vanskelig å ha mange barn og samtidig lønnsarbeid. Uten forutgående lønnsarbeid, vil kvinnen gå glipp av nesten en årsinntekt ved en barnefødsel. Dette kan tenkes å ha bidratt til at færre kvinner får mange barn.

I både Oslo og Viken er gjennomsnittsalderen til førstegangsfødende høyere enn i Norge som helhet. I 2020 var gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende kvinner i Norge 29,8 år. I Oslo var gjennomsnittsalderen 31,8 år, og i Viken var gjennomsnittsalderen 30,0 år. Sammenliknet med i 1980 er dette en økning på nesten seks år i både Oslo, Viken og Norge som helhet (28). Kvinners fekunditet reduseres etter fylte 35 år. En konsekvens av at stadig flere utsetter sin første fødsel, kan være at kvinner ikke har biologisk mulighet til å få mange barn.

Valget om å få barn eller ikke, er dypt personlig. Men å få et barn når man ønsker seg det, er ikke alltid like enkelt. Det er viktig at familiepoltikken spiller på lag med biologien og legger til rette for at kvinner kan få barn i den perioden av livet hun er mest fruktbar.

Konklusjon

I denne studien fant vi at antallet fødsler har økt i både Oslo, Viken og Norge som helhet, som følge av et økende antall kvinner i fertil alder. Fødselsratene og abortratene har derimot falt.

Referanser

1. Tømmerås AM. Nok en gang rekordlav fruktbarhet. Statistisk sentralbyrå 2021. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nok-en-gang-rekordlav-fruktbarhet> (12.09.22)
2. Statistisk sentralbyrå. Samlet fruktbarhetstall, kvinner (F) 1968 - 2021. <https://www.ssb.no/statbank/table/04232/> (15.08.21)
3. Statistisk sentralbyrå. Samlet fruktbarhetstall, etter morens innvandringskategori 2011 - 2021. <https://www.ssb.no/statbank/table/12482/> (15.08.21)
4. Statistisk sentralbyrå. Endringer i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1951 - 2022. <https://www.ssb.no/statbank/table/06913> (15.08.21)
5. Folkehelseinstituttet. Abortregisteret. statistikkbank.fhi.no/abort/ (15.08.21)
6. Statistisk sentralbyrå. Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2022. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/> (15.08.21)
7. Eskild A, Frøyen IL, Steinholt M. Endringer i fødsler og aborter i Nord-Norge i årene 1980-2018. Gynekologen - Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening, 1/2020 (s. 16-19) <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6256246090144d31a92e19e2d691ceb5/gynekologen-1-2020-low-oppslag.pdf>
8. Daltveit AK, Løkeland-Stai M, Stangenes KM et al. Færre vert gravide. Tidsskr Nor Lægeforen 2020 doi: 10.4045/tidsskr.19.0725. <https://tidsskriftet.no/2020/07/kronikk/faerre-vert-gravide>
9. Andersen E. Økt fruktbarhet for første gang på 12 år. Statistisk sentralbyrå 2022. <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/okt-fruktbarhet-for-forste-gang-pa-12-ar> (12.09.22)
10. OECD (2022). Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en. <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm> (30.06.22)
11. EU births: decline continues, but not from foreign-born women. Eurostat 2021. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210323-2> (30.06.22)
12. Andersen E. Fruktbarheten til innvandrerkvinner går ned. Statistisk sentralbyrå 2019. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fruktbarheten-til-innvandrerkvinner-gar-ned> (12.09.22)
13. Statistisk sentralbyrå. Kommune- og fylkestall for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn og andel av befolkningen (K) 2010 - 2022. <https://www.ssb.no/statbank/table/09817/> (30.03.22)
14. Eskild A, Helgadóttir LB, Jerve F, Qvigstad E, Stray-Pedersen S, Løset A. Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo [Induced abortion among women with foreign cultural background in Oslo]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002 May 30;122(14):1355-7. Norwegian. PMID: 12098902. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12098902/>
15. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. www.reseptregisteret.no (12.09.22)
16. Winner B, Peipert JF, Zhao Q et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med. 2012 May 24;366(21):1998-2007. doi: 10.1056/NEJMoa1110855. PMID: 22621627. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22621627/>
17. Omland, G, Ruths, S, Diaz, E. Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. BJOG 2014; 121: 1221- 1228. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12906>
18. Oslo Universitetssykehus. Familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort blant innvandrerkvinner. Oslo: OUS, 2016 (s. 4-5). <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Håndbok%20FAFUS%20endelig%20utgave.pdf>
19. Wendelbo KS, Kristiansen S. Et viktig tiltak for familieplanlegging hos innvandrerkvinner. Kompetansebroen 2019. <https://www.kompetansebroen.no/et-viktig-tiltak-for-familieplanlegging-hos-innvandrerkvinner?o=ahus> (08.10.22)
20. Sønseth A. Fruktbarheten fortsetter å synke. Statistisk sentralbyrå 2019. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fruktbarheten-fortsetter-a-synke> (12.09.22)
21. Selmer-Andersen I. Lavere fruktbarhet ved økonomisk usikkerhet. Statistisk sentralbyrå 2017. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-fruktbarhet-ved-okonomisk-usikkerhet> (30.03.22)
22. Bergsvik J, Fauske A, Hart RK. Effects of policy on fertility: A systematic review of (quasi)experiments. Discussion Papers No. 922. Statistisk sentralbyrå, 2020 (s. 17-20). https://www.ssb.no/en/forskning/discussion-papers/_attachment/412670?_ts=1705c2e2930
23. Korsvold T. Barnehagereformen. Store norske leksikon 2022. <https://snl.no/barnehagereformen> (18.10.22)
24. NAV - Arbeids- og velferdsetaten (2001). Rundskriv til kontantstøtteleven: Lov om kontantstøtte til småbarnsforeldre (kontantstøtteleven). <https://lovdata.no/nav/rundskriv/r34-00> (18.10.22)
25. Nygård G. Rekordmange studenter i 2020. Statistisk sentralbyrå 2021. <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/rekordmange-studenter-i-2020> (30.03.22)
26. Statistisk sentralbyrå. Utdanningsnivå, etter fylke, alder og kjønn (F) 1980 - 2021. <https://www.ssb.no/statbank/table/08921/> (30.03.22)
27. Bufdir. Fortsettelse deltakelse innvandrere. https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/utdanning/utdanning_blant_samer_nasjonale_minoriteter_og_personer_med_innvandringsbakgrunn/fortsettelse_deltakelse_innvandrere/ (12.09.22)
28. Folkehelseinstituttet, Medisinsk fødselsregister. F3b: Mors gjennomsnittsalder etter paritet. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (15.08.21)



Zejula (niraparib) som monoterapi er nå innført i både første- og andrelinje ved avansert eggstokkreft, uavhengig av mutasjonsstatus.¹⁻⁴

Zejula (niraparib) fikk ja i Beslutningsforum (12.12.2022) og innføres fra 01.02.2023 som monoterapi til vedlikeholds-behandling av voksne pasienter med BRCA negativ status og avansert (FIGO III og IV), høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter avsluttet førstelinje platinabasert kjemoterapi.

Indikasjoner: Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekreft, kreft i eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) etter fullføring av førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, høygradig serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Dosering: Behandling bør igangsettes og overvåkes av lege med erfaring med kreftlegemidler. Anbefalt dosering ved førstelinjebehandling er en startdose på 2 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For pasienter ≥ 77 kg og med trombocytterverdier ved baseline $\geq 150\ 000/\mu\text{l}$, er anbefalt startdose 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For andrelinjebehandling, er startdosen 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. Dosereduksjon er anbefalt ved tilbakevendende bivirkninger. Den vanligste vedlikeholdsdosen ved andrelinjebehandling er 200 mg. Hos pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (ASAT og/eller total bilirubin $> 1,5 \times - 3 \times$ ULN), er den anbefalte startdosen med Zejula 200 mg én gang daglig.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Kontraindikasjon: Amming. **Forsiktighetsregler:** Hematologiske bivirkninger (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytterverdier ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåking av komplett blodstatus 1. behandlingsmåned er anbefalt, deretter månedlig i 10 måneder, og deretter regelmessig. Grunnet risikoen for trombocytopeni, bør antikoagulantia og legemidler som er vist å redusere trombocytterverdiene brukes med forsiktighet. Tilfeller av myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML) har blitt observert hos pasienter som ble behandlet med Zejula som monoterapi eller kombinasjonsterapi i kliniske studier og etter markedsføring. Hypertensjon, inkludert hypertensiv krise, er rapportert med bruk av Zejula. Blodtrykket bør overvåkes minst ukentlig i to måneder, etterfulgt av månedlig overvåking i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. **Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES)** er en sjelden, reversibel neurologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke symptomer. **Bivirkninger:** $\geq 10\%$ av studiepasientene fikk følgende bivirkninger: Kvalme, anemi, trombocytopeni, fatigue, konstipasjon, oppkast, hodepine, insomni, redusert trombocytterverdi, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggsmerte, redusert leukocytterverdi og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene $> 1\%$ (behandlingsrelaterte frekvenser) var trombocytopeni og anemi.

Se preparatomtalen om bivirkningshåndtering og full informasjon før forskrivning av Zejula. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 48 623,00. 84 stk. (blister) kr 72 916,30. Zejula inngår i onkologianbudet til rabattert pris. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Zejula i monoterapi er innført av Beslutningsforum i både første- og andrelinje ved avansert ovarialkreft, uavhengig av mutasjonsstatus. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Referanser:

1. Beslutningsforum møte, 12.12.22 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-v>)
 2. Beslutningsforum møte, 30.08.21 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering>)
 3. Beslutningsforum møte, 25.05.20 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii>)
 4. Beslutningsforum møte, 21.06.21 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv>)
- PM-NO-NRP-JRNA-210001, januar 2023

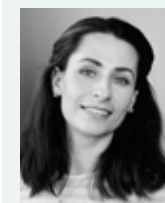


Les mer om Zejula

GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon 22 70 20 00
Org. nr. 930 606 308
gskpro.com/nb-no

Vel blåst første veileder-pilot for Gynekologi!

Etter modell fra veileder i obstetikk har redaktør Pernille Schjønsby og medredaktører Ingeborg Bye Engelsen, Rune Svenningsen og Erik Andreas Torkildsen bestemt seg for at også Veileder i Gynekologi skal oppdateres etter ny modell. De inviterte til veiledermøte i et Bergen, som virkelig viste seg fra sin vakreste side med nydelig januarsol over Flesland. Det gikk litt trått med påmeldingen, men til slutt var det 39 ivrige gynekologer og LIS påmeldt. De fleste var representanter fra sykehus på Sørøst- og Vestlandet, og kun tre jobbet utenfor sykehus. Tør vi håpe på flere «nordlendinger» og avtale-spesialister til neste år?



Siri Kløkstad
Gynekolog ved Sex og Samfunn

Innledningsvis diskuterte man hvilken form møtet skulle ha. Det ble besluttet at man i denne omgang ville gå for konsensus-prinsippet, med påfølgende høringsrunde i etterkant.

Man har valgt å beholde de samme kapitelforfatterne som ved forrige revisjon, ettersom det kun er to år siden forrige revisjon var ferdig.

Arrangørene kunne nervøst dele at de var litt usikre på hvor mye diskusjon det ville bli, så de hadde faktisk forberedt alternativ «underholdning», men det viste seg allerede under første kapitells gjennomgang at det ikke ble nødvendig. Kapitlene ble valgt ut basert på nylige endringer i retningslinjer, lovverk og oppmerksomhet i media.

Kapitlene som var planlagt for gjennomgang i denne runden var

- Kjønnsllestelse
- Genitale misdannelser og forstyrrelser i kjønnsutviklingen
- Spontanabort
- Myoma uteri
- Endometriose / adenomyose
- Fertilitetsbevarende behandling

Linda Helgadottir, overlege, PhD og obstetiker ved OUS Ullevål, jobber også med kvinner utsatt for kjønnsllestelse ved gynekologisk poliklinikk ved samme sykehus. Der har man en poliklinikk som er åpen ca. én gang per måned, og kvinnene kan komme uten henvisning. Linda er kanskje den gynekologen i Norge med mest klinisk erfaring med disse kvinnene. Med seg som forfatter har hun Sølvi Taraldsen, Kari Flo, Siri Vangen, Risa Hoffmann, Cecilie Hagemann, Heidi Frances Thornhill og Henriette Skaug. Temaene som ble tatt opp og diskutert var blant annet ordlyden rundt anbefaling for beste tidspunkt for åpning, hvordan man i Norge stiller seg til kloritorrekonstruksjon samt hvorvidt disse kvinnene bør tilbys en kontroll etter inngrepet.

Kirsten Hald er overlege og PhD ved OUS Ullevål, hvor hun har behandlingsansvar for kvinner med genitale misdannelser og forstyrrelser i kjønnsutviklingen. Med seg som kapitelforfatter har hun Linda Reme Sagedal, Emily Livesay og Ingrid Marie Ringen. Temaene som ble diskutert i dette kapitlet var blant annet hvorvidt man skal skille ut Turner som eget kapittel, og dette var det bred enighet om. Man diskuterte også ordlyden rundt anbefalingen om hysteroskopisk septumreseksjon ved habituelle aborter og infertilitet uten annen årsak, samt for dilatasjons-behandling før eventuell kirurgi ved for kort vagina. Man diskuterte også om man skulle anbefale ett klassifikasjonssystem, fremfor de to som er nevnt i dagens veileder.

Espen Berner er overlege og PhD ved OUS Ullevål og kapitelforfatter på kapitlet om spontanabort. Han hadde som øvrige redaktører ikke ventet så mye diskusjon rundt sitt kapittel, men der tok han feil! Det var blant annet særlig mye engasjement rundt hvordan diagnosen missed abortion skal sikres og hvorvidt funnet bør oversees av to leger. Følg med når høringsrunden kommer ut! Det ble også tatt opp at det kanskje bør presiseres hvilken prosedyre som skal benyttes med spontanabort i andre trimester. Per i dag finner man prosedyren under kapitlet for provosert abort. Med seg som kapitelforfatter har han Kristine Heien Hansen og Anny Spydslaug.

Etter en innholdsrik og morsom første dag gikk vi pent antrukket til en nydelig felles middag med påfølgende drinker i hotellbaren. Noen av deltakerne syntes det var for lite *dancing*, og det skal arrangørene ta til følge ved neste års veiledermøte. Men alle var likevel godt fornøyde med det sosiale innslaget.

Dag nummer to åpnet vi friskt med avtalespesialist Ingeborg Bøe Engelsen fra Bergen Spesialistsenter som presenterte kapitlet om myoma uteri. Kapitlets hovedforfatter, Stine Andreassen, var dessverre blitt indisponert, og Ingeborg tok dette på strak arm. Med seg har hun også Kirsten Hald, Per Istre og Lene Ramberg. Det ble blant annet kommentert at man bør bort fra terminologi-en «svarte kvinner» og at størrelsen på myomer og uterus bør angis i cm, og ikke i fruktstørrelse eller svangerskapsuker. Under punktet om hysteroskopisk behandling kom det frem at de mer erfarne av oss kan gi seg i kast med myomer opp mot 5 cm, og at dette bør komme frem av veilederen. Videre ble det informert om at HIFU (High Intensity Focused Ultrasound) ikke er et tilbud i Norge per i dag, og dette punktet bør endres.



Neste kvinner ut var Guri Majak og Tina Tellum (begge overleger og PhD), som er delkaptitelforfattere for kapittelet om endometriose og adenomyose. Her var det blant annet tydelige ønsker fra kaptitelforfatterene om at dette bør deles opp i to kapitler ettersom det er to ulike tilstander med ulik behandling og etiologi. Medforfattere er Ingrid Marie Ringen, Anne Veddeng, Karin Langeland, Jenny Alvirovic, Marianne Omtvedt og Kristine Aas-Eng.

Avslutningsvis fikk vi en glitrende forelesning om fertilitetsbevarende behandling av Peter Fedorsak, overlege og PhD ved reproduksjonsmedisinsk avdeling ved OUS. Her ble det løftet en del etiske problemstillinger som de fleste av oss ikke står i til hverdags, men som var utrolig verdifulle å få med seg. Man diskuterte blant annet hva som skal ligge i begrepet *behandling som kan skade fruktbarheten* og at man i større og større grad anbefaler å fryse med oocytter, ikke embryo, også hos kvinner med partner. Dette sikrer i større grad at kvinnen kan bruke disse senere, evt. at de kan doneres.

På overordnet nivå ble det diskutert hvorvidt det bør utformes kvalitetssikret pasientinformasjon som kan legges inn ved de ulike kapitlene, eller om dette skal overlates til Hdir. Pasientinformasjon har blitt fjernet ved tidligere revisjoner fordi det er svært tidkrevende å utforme, samt at det finnes god informasjon andre steder.

I dag består veilederen av 34 kapitler, hvorav noen er veldig store og andre ganske mye mindre. Det ble diskutert hvorvidt det var fordelaktig eller ikke å dele opp kapitlene i mindre deler nå som veilederen er blitt elektronisk. Det ble også påpekt at det var viktig å få inn gode søkeord.

Selv om vi har to ulike veiledere i faget vårt, en for obstetrikk og en for gynekologi, er det flere områder som overlapper. Både for å effektivisere ressursbruken og bedre kvaliteten på innholdet, ble det påpekt at det er viktig med godt samarbeid med obstetrisk veileder slik at overlappende kapitler/delkapitler blir felles.

Man diskuterte også møtets form og finansiering for fremtiden, inkludert hvorvidt man skal søke om godkjenning slik at det kan finansieres over fond II og III.

Samtidig som jeg sitter og skriver på denne artikkelen sitter våre eminente kaptitelforfattere og skriver sammen nye og oppdaterte kapitler som dere skal få på høring – forhåpentligvis av noe høyere akademisk kvalitet enn denne! Nå er det viktig at vi alle leser igjennom og kommer med våre innspill og kommentarer til revisjonene.



Spesialister på rådgivning og regnskap for helsevirksomheter

Med Azets Legeregnskap som din samarbeidspartner kan du forvente høy forståelse for din legepraksis gjennom:

- Kvalifiserte råd om driften din
- Oversiktlige rapporter
- Alltid oppdaterte regnskaper

Ta kontakt:

Tlf.: 71 52 97 00

azets.no/legeregnskap



Azets Legeregnskap har bygget kompetanse og erfaring gjennom 30 år i bransjen og har i dag over 3.000 kunder i helsevirksomheter.

Gjøvikseminar 2023!

Eline Bragedatter Seljeflot, overlege ved Fertilitetsseksjonen/Kvinneklubben, St. Olavs Hospital

Har du kjent på en gnagende og lett dårlig samvittighet for at du ikke dro tilbake til de som lærte deg opp etter endt gruppe-1-tjeneste? Husker du hvordan det er på småsykehusene, der alle må lage sin egen undervisning en gang i uka? Der bakvaktene mangler forvakt på mange av vaktene? Der ingen av overlegene kan dra på årsmøte, kurs eller kongresser samtidig? Husker du hvor utrolig hjelpeløse alle var, og hvor mye du ble tatt med på alt, hvor fort du ble lært opp for å bli noenlunde selvstendig?

Vi husker! Og vi ville gi noe tilbake! Når de faste legene ikke kan dra på seminar, må seminaret komme til dem. Gyn/føde-avdelingen ved Gjøvik sykehus har under ledelse av overlege Anja Døssland Holstad i en årekke tatt imot ferske LIS og gitt alle en god og bred faglig plattform å jobbe videre ut fra. Som takk ville

vi gi avdelingen et fagseminar i gave. Alle som har vært ass.lege/LIS under ledelse av Holstad, noen eldre overleger med spesiell Gjøviktilknytning og et par nøye utvalgte ortopedier ble invitert. Deretter satte vi sammen et bredt fagprogram med forelesninger i obstetikk, urogynekologi, gynekologisk kreft, fertilitet, 3D- ultralyd og utenlandsjobbing. Nærmere 20 gynekologer fra Trondheim i nord til Oslo i sør tok turen til Gjøvik denne dagen. Etter endt fagdag inviterte Holstad alle deltagere og hele avdelingen på Gjøvik til fest hjemme på gården.

Dette var en stor suksess både faglig og sosialt, og vi anbefaler alle som ikke dro «hjem» etter gruppe-1 å gjøre det samme, det smaker så mye mer enn det koster!



På bildet: Arrangementsansvarlig Eline Bragedatter Seljeflot (St. Olavs hospital) og Ingrid Langen (Rikshospitalet), sammen med avdelingsoverlege Anja Døssland Holstad (Gjøvik). Tittelen på fagseminaret ymter kanskje om at dette blir en tradisjon?



OLYMPUS

VISERA ELITE III



4K 3D 2D Full Color IR Egon CAF Future

Be Visionary

Innovation That Grows With You

Created to accelerate procedures and learning curves for improved patient outcome with best-in-class imaging, VISERA ELITE III is the endoscopic imaging system with future-proof software upgrades and technology that allows you to focus on your procedures, while significantly reducing future costs.

For more information, please visit

www.olympus.eu/ViseraEliteIII



Et lite vagitorie med dobbel effekt

Hovedsakelig ANDROGENE effekter

- Tetthet av nervefiber og kollagen
- Elastisitet og kontraktilitet i skjedeveggen
- Vaginal innervasjon

KOMPLETTERENDE effekter av østrogener og androgener

- Påvirker epitelet, lamina propria og muscularis
- Vaginal gjenomblødning

Hovedsakelig ØSTROGENE effekter

- Vaginal pH



1) Anpassad från Traish AM. et al., 2018, Labrie F. et al., 2017 och Goldstein I. et al., 2013. 2) Intrarosa® SPC, dec 2019.

Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

VAGITORIE, 6,5 mg: Hver vagitorie inneholder: 6,5 mg prasteron, hardfett.

Indikasjoner: Vulvovaginal atrofi hos postmenopausale kvinner med moderate til kraftige symptomer.

Dosering: 1 vagitorie 1 gang daglig, ved leggetid. **Glemt dose:** Tas kun hvis det er ≥8 timer til neste dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. **Barn og ungdom:** Bruk ikke relevant i noen aldersgrupper ved vulvovaginal atrofi grunnet menopause. Eldre: Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Føres inn i vagina med finger eller vedlagt applikator, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Udiagnostisert genitalblødning. Kjent, tidligere/mistenkt brystkreft. Kjent/mistenkt østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Ubehandlet endometriehyperplasi. Akutt leversykdom/ tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Tidligere/pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjent trombofili sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel, antitrombinmangel). Aktiv/nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Porfyri.

Forsiktighetsregler: Bør bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nytte/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned. Før behandling bør det opptas en komplett sykehistorie. Legeundersøkelse (inkl. undersøkelse av underliv og bryster) bør sammenholdes med sykehistorien, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler. Individuelt tilpasset rutinemessig kontroll anbefales under behandlingen. Kvinner bør gis råd om brystforandringer som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. Pap-utstryk og blodtryksmåling, bør foretas i henhold til gjeldende screening-praksis. Vaginal infeksjon skal behandles før behandlingsstart. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Samtidig bruk av systemisk HRT (østrogen, østrogen-progestogenkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale østrogener har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke indisert til premenopausale kvinner i fertil alder, inkl. graviditet. Amming: Ikke indisert ved amming. Fertilitet: Ikke indisert til fertile kvinner.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Kjønnsganer/bryst: Unormalt Pap-utstryk (hovedsakelig ASCUS eller LGSIL). Undersøkelser: Vektendringer. Øvrige: Vaginal utflod. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Kjønnsganer/bryst: Cervix-/uteruspolyp, kuler i brystet (benigne).

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylling.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Prasteron, dvs. dehydroepiandrosteron (DHEA), er biokjemisk og biologisk identisk med endogent humant DHEA, et forløpersteroid som er inaktivt og omdannes intracellulært i vaginalceller til østrogener og androgener. Effekt på vulvovaginal atrofi via aktivering av vaginale østrogen- og androgenreseptorer. Østrogenmediert økning i antall overflate- og intermediære celler og redusert antall parabasale celler i vaginalslimhinnen. Vaginal pH faller mot normalområdet, noe som bidrar til vekst av normal bakterieflora.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 30°C. Skal ikke fryses.

Pakninger og priser: 28 stk. (blister med appl) nok 219,90, varenr 098502.

Basert på SPC sist endret 12/2019

AVIA PHARMA

Svärdvägen 3B, S-182 33 Danderyd, Sweden
www.aviapharma.se

Vinneren av Utdanningsprisen 2022 – Sykehuset Telemark!

Sykehuset Telemark var den velfortjente vinneren av Utdanningsprisen 2022, som ble delt ut på NGFs årsmøte i oktober. FUGO var for første gang ansvarlig for utdelingen, og vi sendte i forkant av årsmøtet ut et spørreskjema til LIS i gynekologi og obstetikk ved alle Norges sykehus for å finne ut hvem som var mest fornøyd med arbeidsplassen sin. Sykehuset Telemark gikk av med en klar førsteplass. Vi har tatt en prat med utdanningsansvarlig overlege Elske Hekman-Drost, konstituert avdelingsleder Anja Stokke og LIS Rannveig Stokke om hva som gjør at Sykehuset Telemark utmerker seg.



Mina Eskeland

LIS v. OUS Ullevål, nestleder i FUGO-styret og medredaktør i Gynekologen

Fortell litt om avdelingen deres.

Vi er et mellomstort sykehus med ca. 1500 fødsler. Vi tar alle fødsler fra uke 28, inkl. tvillinger og seter. Både LISene og overlegene går i 8-delt turnus. Vi har aktivitet på to steder; Skien og Porsgrunn. I Skien har vi fødeavdeling og gynekologisk avdeling med operasjoner, inkludert robot. I Porsgrunn er det poliklinikk og dagkirurgi. LISene jobber begge steder. Vi har også fertilitetsklinikk der LISene kan hospitere.

Hva er det som er spesielt bra hos dere og som dere tror gjorde at dere vant Utdanningsprisen?

Vi har et veldig bra arbeidsmiljø, både blant LISene og overlegene. LISene har alltid mulighet til å spørre overlegene om hjelp hvis de lurer på noe. Vi har et stort fokus på utdanning, og alle LISene får en konkret utdanningsplan. Det er tidvis stor utskiftning av LIS, og derfor har vi sett mye på hvordan vi kan gjøre utdanningen best mulig.

Når vi ansetter nye LIS får de en epost i forkant med lesestoff, info om hva de kan forvente, en introduksjonsplan og funksjonsbeskrivelse. De får også tildelt en veileder som kaller inn til veiledningssamtale innen 2-3 uker etter oppstart. Vi passer på at de blir godt mottatt av en kollega første dag. Introduksjonsperioden varer i 3-8 uker. På dagtid går de da alltid med en annen mer erfaren LIS, og de har 5-10 følgevakter på natt/helg. Lengden på introduksjonsperioden avhenger av tidligere erfaring og hva vi har mulighet til på det aktuelle tidspunktet i avdelingen. Det er en intens periode med ekstra lange vakter fra kl. 8 til 20, men dette har vi gjort for at de skal få med seg mest mulig så raskt som mulig.

Har dere strukturert opplæring på ultralyd eller innen prosedyrer på føden?

Dette kan vi bli flinkere på, men i løpet av introduksjonsperioden får de i alle fall en dag med ultralydjordmor på poliklinikken med fokus på strukturert undersøkelse og optimalisering av bildene. Vi har også opplæring i vaginal ultralyd som internundervisning. Ellers er det avhengig av hvilken overlege eller LIS de går med på dagtid. Noen er veldig interessert i ultralyd og har lyst til å lære det bort, andre er mer interessert i føden og går gjennom vakuumpump, tang etc. Vi har en sjekkliste LISene skal gjennom i løpet av introduksjonsperioden. Vi prøver blant annet alltid å få til simulering av sectio grad 1 med anestesi og resten av teamet. Vi gjorde det en periode månedlig, men i alle fall når det kommer en ny LIS.

Og videre i utdanningen, hvordan fungerer det da?

Vi har blant annet blitt veldig flinke til å passe på at LISene får fordypningsdagene sine. Vi legger inn 3-4 fordypningsdager mer enn det er krav på, ettersom vi vet at noen av dagene blir tatt til andre oppgaver. På den måten er vi sikre på at ingen går i minus. Vi får sendt de fleste på to kurs i året. Utfordringen er at vi har mange LIS med lite og relativt lik ansiennitet, men vi prøver å fordele sånn at alle får med seg noen kurs. Vi holder på å lage en langtidspan for kursene, og vi er også i kontakt med RegUt og spesialitetskomiteen i forhold til om vi kan planlegge litt bedre sammen. Vi ser at det er utfordrende at de fleste kursene går én gang i året og har få plasser og lange ventelister.

Hva med internundervisning, simulering og lignende?

Vi har en klar plan for dette. Hver torsdag har vi avsatt tid til undervisning der også distriktets avtalespesialister får delta. Noen ganger kommer det eksterne forelesere, noen ganger er det sammen med barnelegene og andre ganger er det bare internt. Fredag har vi også satt av tid til undervisning, men annenhver uke går dette med til fellesmøte på sykehuset. De andre fredagene bruker vi tid på laparoskopitrenting, veiledning, kasuistikk eller felles kompetansemål. Vi har kirurgisk fagdag to ganger i året, og sist hadde vi konkurranse på boksen.

Har dere satt av egen tid til felles kompetansemål (FKM)?

Avdelingen vår har foreløpig ikke hatt så mye fokus på FKM. Det er dårlig organisert som mange andre steder, men det blir



forhåpentligvis bedre fremover. Det er HR som er ansvarlig, og de prøver nå å forbedre opplegget, f.eks. ved å få samlet det på noen dager. Vi tror det er viktig at vi fra fagmiljøene kommer med tilbakemeldinger. Noen av temaene er jo relevante, men det bør integreres bedre i klinisk praksis. Viljen for å få det til er der fra vår side, så det er mer et problem på sykehusnivå.

Er det andre positive sider ved avdelingen dere ønsker å trekke frem?

Noe av det viktigste for oss er å skape et trygt utdanningsmiljø, blant annet ved at det er lav terskel for å stille spørsmål. Vi tror ingen LIS hos oss synes det er vanskelig å spørre overlegene om hjelp. Det er god stemning og godt miljø i avdelingen. En annen ting er engasjement, at både LISene og overlegene er interessert i faget og i å utvikle seg videre. Vi har en relativt ung overlegestab nå, og det gjør at vi alle ønsker å lære sammen.

Og det er jo veldig flott at dere har en egen utdanningsansvarlig overlege (Elske Hekman-Drost).

Offisielt er jeg ikke utdanningsansvarlig overlege, men det jobbes med saken. Jeg tror det er et viktig poeng å ha dette. Jeg er veldig interessert i utdanning og gjør også en del på fritiden, men jeg tror at hvis man ønsker å lykkes som et utdanningssykehus, så må sykehuset prioritere utdanning og sette av ressurser og midler. Heldigvis er det mange som brenner for utdanning uavhengig av offisiell tittel.

Er det noe dere tenker kan bli bedre i LIS-utdanningen hos dere?

Det er alltid ting som kan forbedres. Akkurat nå jobber vi med en rotasjonsplan der vi har satt opp først en introduksjonsrotasjon, deretter en obstetrisk rotasjon og så gynekologisk, onkologisk og urogynekologisk rotasjon. Dette gjør vi for å jobbe mer målrettet med læringsmålene, som jo kan oppleves litt kaotiske. Vi skal i gang med denne planen fra 1. mars og er veldig spente på hvordan det kommer til å fungere i praksis. Ellers har vi lyst til å ha LISene

mer på poliklinikken, gjerne med overlege som supervisor som kan være tilgjengelig for flere LIS. Og så er det jo FKM som vi kan bli bedre på.

Vi har i det siste også hatt fokus på at LISene skal få slippe mer til på operasjon. Vi ønsker å benytte alle læringsmuligheter. På robot står det f.eks. ofte to overleger, men da kan LIS få lov til å starte inngrepet med etablering av pneumoperitoneum, plassering av porter og eksplorasjon av bukhulen. Da får de det som en diagnostisk laparoskopi, selv om de ikke får hele operasjonen. Også på kompliserte sectio kan de få gjøre noen steg. Dette er inspirert av «Gi kniven videre»-kampanjen.

Mer generelt ønsker vi større samarbeid med andre sykehus i Helse Sør-Øst. Vi ser f.eks. at det er et stort behov for bedre oversikt over alle LIS, hvor langt de har kommet i spesialiseringen, hvilke kurs de har behov for osv. Hvis man da ser at det er mange som mangler et kurs, hadde det kanskje vært mulig å sette opp flere av det kurset det året. Vi skjønner ikke helt poenget med å sende LIS på introkurs hvis de har flere år i faget.

Har dere noen gode tips til andre sykehus som ønsker å vinne Utdanningsprisen?

Vi tror det å skape et trygt utdanningsmiljø er helt essensielt. Som LIS er det viktig å vite at man kan ringe når som helst på døgnet eller uansett hvor dumt spørsmålet kanskje er, og at man blir møtt med et ordentlig svar fra en hyggelig overlege. Ellers tenker vi at fokus på grunnutdanning og en klar plan for denne har bidratt til suksessen vår. Vi har et aktivt undervisningsutvalg med en overlege som brenner for oppgaven. LISene kommer typisk rett fra LIS1 uten å ha holdt i en ultralydprobe eller vært med på en fødsel. De kjenner nok på at faget kan være utfordrende og skummelt, men hos oss er det trygge rammer rundt som ivaretar dem. Selv om vi ikke er plassert i Oslo, håper vi at mange ønsker å starte gynekologkarrieren hos oss!



Oppfyller alle MDR kravene



Alle gasspatroner for kompakt kryokirurgi må være Klasse IIa sertifisert

CRYO IQ PRO frysepenn

Med utskiftbare spisser



GYN APPLIKATORSPISS



For rask og enkel fjerning av kondylomer

CRYO IQ DERM +

Med fast spiss



CRYO IQ gasspatroner

25g gasspatron varer 540 sek
Klasse IIa sertifisert
Oxi Block belegg på innsiden
Panteordning

MH Kontakt oss for tilbud på frysepennene og gasspatroner fra CryoIQ

Orchid Spec
the new speculum

PREMIUM engangsspekler

bridea
medical

Kirurgiske engangsspekler



SX - med røykavsug
med ultratynn røykkanal
finnes i 3 størrelser



OPEN - åpen på en side
med eller uten røykavsug

Orchid Spec Standard



hvit eller krystallklar

NYHET:
Orchid Spec
the new speculum **Bio**

Small, Medium, Wide, Long

MELICARE - dedikert mor/barn produktserie med honning



Honning-beriket
vaske gel



Oléocalcaire
honning liniment



Keisersnitt silikonkompress



Bivoks brystskjold



Reparerende balsam

Helende honning-gel
med hyaluronsyre



Beskyttende
balsam



Kjell Skarsten 100 år. Norges eldste gynekolog.

28. februar 2023 ble Kjell W. Skarsten 100 år. Da jeg nå ble bedt av NGF om å skrive noe om ham, fant jeg ut at jeg hadde gjort et intervju med ham for Gynekologen i 2015. Jeg har nå redigert og forkortet det intervjuet og tilføyet en del etter møte med ham i januar i år.

Kristina Hernborg Johannessen
Pensjonert avtalespesialist, kristina@bergen.online.no

Barndom og ungdom i Bergen. Skarsten er fra Bergen. Faren var fra Nedre Eiker og tannlege på Torvallmenningen, og moren var fra Oslo. Han ble født ved en hjemmefødsel på Møhlenpris, assistert av spesialist Bjarne Wilman. Søsteren kom i seteleie hjemme, og sjefen på Kvinneklubben, Severin Petersen, forløste. Skarsten tok artium 1941 på Sydneshaugen.

Skarsten ville bli lege. Medisinstudiet var lukket, og kun 42 artianere kom inn på grunnlag av eksamenskarakterer i skriftlige fag. Kjell W. Skarsten kom inn i Oslo 1941, sammen med Hans Bassøe og Christopher Gjertsen fra Bergen. Blindern Studenthjem ble hans hjem, med 2 eller 3 på hvert rom, 3 måltider hver dag og «piker» som ryddet rommene. 250kr/måned kostet det. Husfar var senere prof. Jansen (i anatomi). Preses var Eilert Eilertsen fra Bergen, senere en samfunnsmedisiner, politiker og bl.a. ordfører i Bergen.

I november 1943 omringet tyskerne universitetet og arresterte alle studenter. Skarsten var heldig, for han hadde ikke kommet med på et kurs i desember og fikk derfor reise til Bergen. Altså ble han ikke tatt. Han fikk beskjed om å holde seg i dekning. Han kjente lennsmannen i Lofthus i Hardanger. Denne skrev et nytt grenseboerbevis som alle måtte ha, der han forandret stilling fra student til gårdsgutt. Da faren var over reiste han tilbake til Bergen. Han fikk vite at 500-600 studenter var sendt til Tyskland med båt. De var i konsentrasjonsleirer under hele krigen, 18 døde i ulykker eller av sykdom.

Universitetet var stengt til 1945. Under denne tiden var Skarsten i Bergen og arbeidet ved forskjellige avdelinger på Haukeland Sykehus. Den 20. april 1944 skjedde den store eksplosjonsulykken i Bergen. Skarsten skulle egentlig, sammen med Vøgelang, ta halsprøver. Han skulle møte ved Mariakirken kl. 09, men da han kom til Katedralskolen sa det PANG! 98 mennesker døde og 4500 ble skadet. Skader på bygninger var også omfattende. Skarsten ble satt til å sy de skadde på Haukeland Sykehus.

Efter freden startet studiene igjen i Oslo. De måtte ta igjen det tapte. 20 studenter ble tilbudt plass i Bergen for å fortsette studiene der, det første kullet i Bergen. Det var mest vestlendinger som dro, og Erik Waaler (patolog) var primus motor i Lærerrådet. Skarsten fremhever Nils Backer Grøndahl som lærer i kirurgi, eminent foreleser og veileder. Vøgelang var også en solid lærer i bakteriologi. Bøe og Hummerfelt er kjente navn i Bergen. De var underordnede leger. Skarsten forteller at det var et meget godt

miljø. Ved eksamen var studenten og pasienten sammen med alle studenter og lærere i auditoriet. Jørgen Løvset var meget interessert i studentene og ga dem rom på Kvinneklubben, blant annet lesesal, og tilbød studentene billig middag i kantinen der. Skarsten beundret tidlig Løvset. Han betydde mye for ham. Dette poengterte han begge ganger jeg har snakket med ham om dette. Løvset levde fra 1896-1981 og var overlege ved Kvinneklubben i Bergen fra 1940-1966.

I 1949 var det første kullet utdannet i Bergen, klinisk avdeling, ferdig. Fordi de ikke fikk all undervisning i Bergen måtte de reise til Göteborg, der de studerte øye, Øre-nese-hals, pediatri og neurologi. De ble tatt godt vare på der, i alt gjennom åtte måneder. Dermatologi måtte de ta i Oslo. Turnusordning var ikke innført, men det var kandidatstillinger i 6+6 måneder i indremedisin og kirurgi. Skarsten måtte i militæret og var i Tysklandsbrigaden i seks måneder i 1950. Han var så hospitant ved Kvinneklubben, en selvstendig stilling med vakter uten lønn, og han var årskandidat på Kvinneklubben og fikk 2 års kirurgi. I 1957 var han i distrikt på Gol. I denne tiden hadde han giftet seg med Inger Johanne Grieg, Mensendieckfysioterapeut.

Familien flyttet 16 ganger. 1957-1959 var han på Aker sammen med Finn Bøe som var sjef, Ivar Quigstad og Ola Rygg. En velorganisert avdeling med god opplæring.

I 1959 var han tilbake til Bergen og hos Løvset i 3 år. Løvset bodde på sykehusområdet og kom ofte ned på fødeavdelingen utenom arbeidstid for å rettleie. Johan Walde og Svein Wilhelmsen var der, samt Svendsen, som senere ble overlege i Kristiansand. En periode forsket Skarsten på immunologi i svangerskapet, men det kom ikke noe større ut av det, så han ønsket å bli en god kliniker. Tilbake til Oslo jobbet Skarsten på Aker og Rikshospitalet der Schjøtt-Rivers og Bjørø var de dominerende. Han arbeidet også en del sammen med Gerda Evang, en radikal lege, gift med helsedirektør Karl Evang.

I 1966 tiltrådte Skarsten overlegestillingen i Stavanger. Han var da 43 år gammel. Der trengte de en som kunne være med å bygge opp en avdeling. Han ble der til pensjonen i 1990. Da han kom var det 2500 fødsler i året, noe som steg til 4400 fødsler under hans tid, mye pga. nedleggelse av små fødeenheter. De var tre leger i begynnelsen, overlegen, reservelegen (Harald Bratt, som senere arbeidet i Trondheim) og en assistentlege. Overlegen var kontinuerlig bakvakt. Etter hvert ble de kommunale og fylkeskommunale



sykehusene slått sammen til ett sykehus i 1982, Stavanger Sykehus. Skarsten la mye arbeid i å organisere den nye avdelingen, og han var åpen for nye idéer, både faglig og administrativt. Sissel Moe Lichtenberg forteller at de var tidlig ute med ultralydapparat. De fikk en Dasonograf i 1976. Skarsten var *allround*, som man måtte være på den tiden, men var spesielt interessert i obstetrikk og vaginale forløsninger. Han hadde jo lært mye av Løvset.

Skarsten er litt oppgitt over den høye sectiofrekvensen, men forstår det samtidig. Han mener at dagens leger ikke får den mengdetrening som man fikk før. Dessuten er frykten for rettslige saker større nå. Han er imponert over hva man får til med laparoskopiske operasjoner. Han var selv med da man begynte med laparoskopiske steriliseringer på 70-tallet.

Skarsten har et meget godt omdømme blant yngre og eldre kolleger. Han hadde struktur på avdelingen, han var kunnskapsrik, høflig, korrekt, rettferdig og genuint interessert i sine pasienter. Det fremheves spesielt at han ga sine kolleger mulighet for vekst. Han slapp dem til. Han tok opp nye fremskritt innen faget.

Nåtid.

Han har nå vært pensjonist i 33 år, han er enkemann og bor i en stor leilighet på Fantoft i Bergen. Han kjørte bil frem til i høst. Inntil for et år siden var han ofte på foredrag i Det Medisinske Selskap i Bergen og på konserter i Grieghallen, men en del balanseproblemer har satt en stopper for det. Hans sønn hjelper ham med innkjøp, og ellers klarer han seg selv. Han leser aviser, tidsskrifter og bøker og ser på TV, spesielt nyheter og sport. Han husker utrolig godt og er en hyggelig samtalepartner.

Skarsten kommer under samtalsgang ofte tilbake til Løvset og ønsker å fremheve ham som en «fenomenal fødselshjelper», som kolleger i utlandet ofte ville vite mer om.

Skarsten er en meget vital kollega!
Dagen skal feires med familien.

Gratulerer med dagen!



normedi
NORDIC

NovaSure®
Endometrial Ablation



ENDOMETRIEABLATION MED NOVASURE® ADVANCED

Effektiv behandling av menorrhagi

› NovaSure er en sikker og godt utprøvd behandling mot kraftige menstruasjonsblødninger. Prosedyren er velegnet som poliklinisk behandling og den er rask, effektiv og enkel. NovaSure kan vise til solid klinisk evidens og meget gode behandlingsresultat¹.

1. Gimpelson, R.J., Ten-year literature review of global endometrial ablation with the NovaSure® device. Int. J. Womens Health. 2014;6:269-280. (PubMed)



Er du interessert i mer informasjon?
Skann QR-koden med din mobiltelefon
og les mer om teknologien, prosedyren
og studiene.

normedi
NORDIC

normedi.com
normedieducation.com



Gynekologen presenterer utvalgte abstracts fra AOGS, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica

Alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening har tilgang til AOGS som fra 2013 kun publiseres på nett. Gynekologen har fått lov til å trykke de abstracts AOGS redaksjonen selv plukker ut til sin Journal Club. På siden [http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/\(ISSN\)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html](http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/(ISSN)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html) finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

Pregnancy complications and later life women's health

Catherine McNestry, Sarah L. Killeen, Rachel K. Crowley, Fionnuala M. McAuliffe

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Feb 17. doi: 10.1111/aogs.14523. Epub ahead of print. PMID: 36799269.

There has been increasing recognition of the association between various pregnancy complications and development of chronic disease in later life. Pregnancy has come to be regarded as a physiological stress test, as the strain it places on a woman's body may reveal underlying predispositions to disease that would otherwise remain hidden for many years. Despite the increasing body of data, there is a lack of awareness among healthcare providers surrounding these risks. We performed a narrative literature review and have summarized the associations between the common pregnancy complications including gestational hypertension, pre-eclampsia, gestational diabetes, placental abruption, spontaneous preterm birth, stillbirth and miscarriage and subsequent development of chronic disease. Hypertensive disorders of pregnancy, spontaneous preterm birth, gestational diabetes, pregnancy loss and placental abruption are all associated with increased risk of various forms of cardiovascular disease. Gestational diabetes, pre-eclampsia, early miscarriage and recurrent miscarriage are associated with increased risk of diabetes mellitus. Pre-eclampsia, stillbirth and recurrent miscarriage are associated with increased risk of venous thromboembolism. Pre-eclampsia, gestational diabetes and stillbirth are associated with increased risk of chronic kidney disease. Gestational diabetes is associated with postnatal depression, and also with increased risk of thyroid and stomach cancers. Stillbirth, miscarriage and recurrent miscarriage are associated with increased risk of mental health disorders including depression, anxiety and post-traumatic stress disorders. Counseling in the postnatal period following a complicated pregnancy, and advice regarding risk reduction should be available for all women. Further studies are required to establish optimal screening intervals for cardiovascular disease and diabetes following complicated pregnancy.

Is the increasing prevalence of labor induction accompanied by changes in pregnancy outcomes? An observational study of all singleton births at gestational weeks 37–42 in Norway during 1999–2019

Camilla Haavaldsen, Nils-Halvdan Morken, Ola Didrik Saugstad, Anne Eskild

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Feb;102(2):158-173. doi: 10.1111/aogs.14489.

Introduction

Induction of labor is often performed to prevent adverse perinatal and maternal outcomes, and has become increasingly common. We studied whether changes in prevalence of labor induction in

gestational weeks 37–42 weeks were accompanied by changes in adverse pregnancy outcomes or mode of delivery.

Material and methods

We used data from the Medical Birth Registry of Norway, and included all singleton births in gestational weeks 37–42 in Norway, 1999–2019 (n = 1 127 945). We calculated the prevalence of labor induction and outcome measures according to year of birth. We repeated these calculations for each gestational week at birth.

Results

The prevalence of labor induction increased from 9.7% to 25.9%, and the increase was particularly high in gestational week 41. A modest decline in fetal deaths was observed in all gestational weeks, except gestational week 41. The overall decline was from 0.18% in 1999–2004 to 0.13% during 2015–2019. There were no overall changes in other perinatal outcomes. The prevalence of postpartum hemorrhage ≥ 500 ml increased from 11.4% in 1999 to 30.1% in 2019, and operative deliveries increased slightly. The prevalence of acute cesarean section increased from 6.5% to 9.3%, whereas vacuum and/or forceps assisted deliveries increased from 7.8% to 10.4%.

Conclusions

A high increase in labor inductions was accompanied by a modest decline in fetal deaths, but no decline in other adverse perinatal outcomes. In settings where the prevalence of adverse perinatal outcomes is low, the beneficial effect of increased use of labor induction may not outweigh the side effects or the costs.

The effect of paternal and maternal factors on the prognosis of live birth in couples with recurrent pregnancy loss

Pirkko-Liisa Peuranpää, Mika Gissler, Paula Peltopuro, Aila Tiitinen, Hanna Hautamäki

Acta Obstet Gynecol Scand. 2022 Dec;101(12):1374-1385. doi: 10.1111/aogs.14469. Epub 2022 Oct 9.

Introduction

Currently, recurrent pregnancy loss (RPL) examinations focus on the woman, although paternal factors are also involved. Men in couples with RPL have higher sperm DNA fragmentation levels than fertile men, but the effect of sperm DNA damage on couple's later prognosis is unknown. Advanced maternal age and obesity are associated with RPL, but paternal lifestyle factors are less studied. Therefore, we aimed to study the associations of couples' lifestyle factors, causes of RPL, and sperm DNA fragmentation with their prognosis of future live birth.

Material and methods

This descriptive cohort study comprised 506 couples investigated for RPL at Helsinki University Hospital, Finland, between 2007

and 2016, linked with national health and population registers. The primary outcome was couple's live birth after RPL investigations. Data on couple's background factors, including age, body mass index, smoking, and alcohol use, were collected from medical records. Sperm DNA fragmentation index was analyzed from 211 men using the sperm chromatin dispersion test. The associations between background factors, sperm DNA fragmentation, and cumulative probability of live birth over time were analyzed using cross-tabulations and age-adjusted Cox regression.

Results

In all, 352 of 506 couples (69.6%) achieved live birth. Maternal age, unexplained RPL, prolonged pregnancy attempts before investigations, paternal obesity, and maternal smoking were associated with prognosis: unadjusted hazard ratio for couple's live birth for women aged 35–39 vs younger than 30 years was 0.63 (95% confidence interval [CI] 0.47–0.84), and for 40 years or older was 0.36 (95% CI 0.22–0.58). Age-adjusted hazard ratio for unexplained vs explained RPL was 1.39 (95% CI 1.12–1.72), for couple's pregnancy attempt at least 4 years vs less than 2 years was 0.50 (95% CI 0.33–0.76), for paternal body mass index at least 30 kg/m² vs less than 25 kg/m² was 0.67 (95% CI 0.46–0.98), and for maternal smoking was 0.71 (95% CI 0.51–0.99). Altogether, 96/135 (71.1%) couples with normal (<15%), 38/60 (63.3%) with intermediate (15–30%), and 11/16 (68.8%) with high sperm DNA fragmentation index achieved live birth (p = 0.56).

Conclusions

In couples with RPL, prolonged pregnancy attempts, a cause found in RPL examinations, lifestyle factors, and maternal age are negatively associated with their prognosis of future live birth. Sperm DNA fragmentation was not associated, but the number of men with damaged spermatozoa was small. We suggest that clinicians include women and men in RPL counseling because couple's joint lifestyle seems to determine their later prognosis.

Pelvic inlet area is associated with birth mode

Teresa Starrach, Lisa Schmidhuber, Luisa Elger, Marie Franz, Johanna Buechel, Christoph Hübener, Thomas Kolben, Vanessa Koliogiannis, Sven Mahner, Uwe Hasbargen, Barbara Fischer

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Jan;102(1):59–66. doi: 10.1111/aogs.14478.

Introduction

To determine whether a pelvis is wide enough for spontaneous delivery has long been the subject of obstetric research. A number of variables have been proposed as predictors, all with limited accuracy. In this study, we use a novel three-dimensional (3D) method to measure the female pelvis and assess which pelvic features influence birth mode. We compare the 3D pelvic morphology of women who delivered vaginally, women who had cesarean sections, and nulliparous women. The aim of this study is to identify differences in pelvic morphology between these groups.

Material and methods

This observational study included women aged 50 years and older who underwent a CT scan of the pelvis for any medical indication. We recorded biometric data including height, weight, and age, and obtained the obstetric history. The bony pelvis was extracted from the CT scans and reconstructed in three dimensions. By placing 274 landmarks on

each surface model, the pelvises were measured in detail. The pelvic inlet was measured using 32 landmarks. The trial was registered at the German Clinical Trials Register DRKS (DRKS00017690).

Results

For this study, 206 women were screened. Exclusion criteria were foreign material in the bony pelvis, unknown birth mode, and exclusively preterm births. Women who had both a vaginal birth and a cesarean section were excluded from the group comparison. We compared the pelvises of 177 women between three groups divided by obstetric history: vaginal births only (n = 118), cesarean sections only (n = 21), and nulliparous women (n = 38). The inlet area was significantly smaller in the cesarean section group (mean = 126.3 cm²) compared with the vaginal birth group (mean = 134.9 cm², p = 0.002). The nulliparous women were used as a control group: there was no statistically significant difference in pelvic inlet area between the nulliparous and vaginal birth groups.

Conclusions

By placing 274 landmarks on a pelvis reconstructed in 3D, a very precise measurement of the morphology of the pelvis is possible. We identified a significant difference in pelvic inlet area between women with vaginal delivery and those with cesarean section. A unique feature of this study is the method of measurement of the bony pelvis that goes beyond linear distance measurements as used in previous pelvimetric studies.

Increased incidence of shoulder dystocia but a declining incidence of obstetric brachial plexus palsy in vaginally delivered infants

Margareta Mollberg, Linnea V. Ladfors, Christina Strömbeck, Helen Elden, Lars Ladfors

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Jan;102(1):76–81. doi: 10.1111/aogs.14481

Introduction

Obstetric brachial plexus palsy (OBPP) is a serious form of neonatal morbidity. The primary aim of this population-based registry study was to examine temporal trends, 1997–2019, of OBPP in infants delivered vaginally in a cephalic presentation. The secondary aim was to examine temporal changes in the incidence of associated risk factors.

Material and Methods

This was a population-based registry study including singleton, cephalic, vaginally delivered infants, 1997–2019, in Sweden. To compare changes in the incidence rates of OBPP and associated risk factors over time, univariate logistic regression was used and odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were calculated.

Results

The incidence of OBPP in infants delivered vaginally in a cephalic presentation decreased from 3.1 per 1000 births in 1997 to 1.0 per 1000 births in 2019 (OR 0.31, 95% CI 0.24–0.40). Conversely, the incidence of shoulder dystocia increased from 2.0 per 1000 in 1997 to 3.3 per 1000 in 2019 (OR 1.64, 95% CI 1.34–2.01). Over time, the proportion of women with body mass index of 30 kg/m² or greater increased (14.5% in 2019 compared with 8.0% in year 1997, OR 1.96, 95% CI 1.89–2.03), more women had induction of labor (20.5% in 2019 compared with 8.6% in 1997, OR 2.74, 95%

Mange fertilitetspasienter ønsker monitorering hos sin faste gynekolog.

Vi koordinerer med gynekologer slik at fertilitetspasienten gjør monitorering hos sin lokale gynekolog. Det er en god løsning for alle parter. Kontakt oss for et samarbeid der vi anbefaler våre pasienter å bruke sin nærmeste gynekolog til monitorering og oppfølging.

Fertilitetsbehandling

Ny behandling: Eggfrys

Eggdonasjon

Du finner oss på Helsenett



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspasientens beste.

✓ Avdelinger i Oslo, Stavanger, Haugesund, Bergen og Porsgrunn.

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon Hausken direkte: jon@klinikkhausken.no

CI 2.66–2.83) and epidural analgesia (41.2% in 2019 compared with 29.0% in 1997, OR 1.72, 95% CI 1.68–1.75). In contrast, there was a decrease in the rate of operative vaginal delivery (6.0% in 2019, compared with 8.1% in 1997, OR 0.72, 95% CI 0.69, 0.75) and in the proportion of infants with a birthweight greater than 4500 g (2.7% in 2019 compared with 3.8% in 1997, OR 0.70, 95% CI 0.66–0.74). The decline in the incidence of these two risk factors explained only a small fraction of the overall decrease in OBPP between 1997–2002 and 2015–2019.

Conclusions

The incidence of OBPP in vaginally delivered infants in a cephalic presentation at birth decreased during the period 1997–2019 despite an increase in important risk factors including shoulder dystocia.

Cervical neoplasia in relation to socioeconomic and demographic factors – a nationwide cohort study (2002–2018)

Filip Jansåker, Xinjun Li, Avalon Sundqvist, Kristina Sundqvist, Christer Borgfeldt

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Jan;102(1):114-121. doi: 10.1111/aogs.14480.

Introduction

Cervical cancer is a major cause of mortality and morbidity. We aimed to estimate the association between sociodemographic factors and cervical neoplasia.

Material and methods

In this Swedish nationwide open cohort study, 4 120 557 women aged ≥ 15 years at baseline were included between January 1, 2002 and December 31, 2018. The two outcomes were cervical cancer and carcinoma in situ identified in the Swedish Cancer Register. Sociodemographic factors (age, education level, family income level, region of residency, country of origin) were the main predictors. Incidence rates per 10 000 person-years were calculated. Cox regression was used to estimate hazard ratios. Sensitivity analyses were conducted, including parity, urogenital infections, alcohol- and drug-use disorders, and chronic obstructive pulmonary disease (used as a proxy for tobacco abuse).

Results

In 38.9 million person-years of follow-up, 5781 (incidence rate: 1.5, 95% confidence interval [CI] 1.4–1.5) and 62 249 (incidence rate 16.9, 95% CI 15.9–16.1) women were diagnosed with cervical cancer and carcinoma in situ, respectively. Women from Eastern Europe had a hazard ratio of 1.18 (95% CI 1.05–1.33) for cervical cancer compared with Swedish-born women, while women from non-Western regions were inversely associated with cervical cancer and carcinoma in situ. Women with a low education level had a hazard ratio of 1.37 (95% CI 1.29–1.45) for cervical cancer compared with women with a high education level.

Conclusions

Women from the Middle East and Africa living in Sweden seem to suffer less from cervical neoplasia, whereas women with low education and women from Eastern Europe seem to suffer more from cervical cancer.

Outcomes and management of pregnancy and puerperal group A streptococcal infections: A systematic review

Kristin Harris, Leslie K. Proctor, Shiri Shinar, Eleni Philippopoulos, Mark H. Yudin, Kellie E. Murphy

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Feb;102(2):138-157. doi: 10.1111/aogs.14500.

Introduction

Group A streptococcus (*Streptococcus pyogenes*) is one of the most lethal bacterial pathogens of humans, with increased risk of progression to septic shock and multiorgan failure in the pregnant population. The objective of this study is to systematically review the outcomes and management strategies for pregnancy and puerperal group A streptococcus infections in an effort to provide further guidance for prevention and treatment of a rare but lethal infection worldwide.

Material and methods

A comprehensive search using puerperium and streptococcus pyogenes terms was completed across several registered databases. A total of 902 articles investigating pregnancy and puerperal group A streptococcus infection were identified, with 40 studies fulfilling inclusion criteria of original research articles in humans published from 1990 onwards reporting four or more unique cases of group A streptococcus in pregnancy or postpartum. This study was registered in PROSPERO: CRD42020198983.

Results

A total of 1160 patients with pregnancy and puerperal group A streptococcus infection were identified. Most infections occurred postpartum (91.9%), with 4.7% reported antepartum and 0.6% intrapartum. Bacteremia was present in 49.0% of patients and endometritis in 45.9%. Puerperal sepsis was described in 28.2% of cases and progressed to streptococcal toxic shock syndrome in one-third of such cases. Overall, the case fatality ratio was 2.0%, with one-third of the deaths from antenatal cases including 3/22 (13.6%) cases of septic abortion and 10/46 (21.7%) antenatal cases of group A streptococcus infection.

Conclusions

Group A streptococcus infection remains an important contributor to pregnancy and puerperal morbidity and mortality. Early recognition, diagnosis and aggressive management are important for favorable outcomes given the serious risk of sepsis and streptococcal toxic shock syndrome.

Let's talk about sexuality – A web-based survey of self-reported competence in sexual problems among obstetrician-gynecologists in Finland

Anna Aromaa, Katja Kero, Jarna Grönlund, Sanna-Mari Manninen, Markus Riskumäki, Tero Vahlberg, Päivi Polo-Kantola

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Feb;102(2):190-199. doi: 10.1111/aogs.14492.

Introduction

Sexual health is an important aspect of quality of life, yet both healthcare professionals and patients might hesitate to bring up

the topic during appointments. Our study investigated obstetrician-gynecologists' (OB/GYNs') self-reported competences in discussing and treating sexual problems, as well as the barriers to bringing up the subject. An additional aim was to evaluate the need for continuing education in sexual medicine.

Material and methods

A web-based questionnaire was sent to the members of The Finnish Society of Obstetrics and Gynecology (n = 1212). The survey was completed by 328 respondents (275 specialists and 53 OB/GYN residents). Their background information (gender, age, education, occupational status, daily number of patients, and daily number of patients with sexual health issues) was assessed. The questionnaire included four fields: (A) self-reported competence in discussing and treating patients with sexual problems (three questions), (B) the barriers to bringing up sexual problems with patients (nine questions), (C) the source of education in sexual medicine (two questions), and (D) the need for education in sexual medicine (two questions).

Results

Most of the OB/GYNs self-reported their competence to be good in discussing sexual problems, but poor in treating patients' sexual problems. The male OB/GYNs reported better competence than did the females. Several barriers were identified—most frequently, “shortness of the appointment time” (76%), “lack of knowledge about sexual medicine” (75%), and “lack of experience with sexual medicine” (74%). Older OB/GYNs and male OB/GYNs reported fewer barriers. The majority of the respondents considered their previous education in sexual medicine to be insufficient, especially in medical school (95%), but also in residency (83%), and they reported a need for additional education.

Conclusions

Our study indicated several barriers that hindered OB/GYNs from assessing sexual problems during appointments. Although OB/GYNs reported a good competence in discussing sexual problems, they reported a poor competence in treating them. Their previous education in sexual medicine was rated as insufficient, and continuing education was desired. The information provided by our study can be used for improving and organizing education in sexual medicine, which is crucial for diminishing the barriers to discussing and treating sexual problems.

Risk factors for and pregnancy outcomes after SARS-CoV-2 in pregnancy according to disease severity: A nationwide cohort study with validation of the SARS-CoV-2 diagnosis

Anna J. M. Aabakke, Tanja G. Petersen, Karen Wøjdemann, Mette H. Ibsen, Fjola Jonsdottir, Elisabeth Rønneberg, Charlotte S. Andersen, Anne Hammer, Tine D. Clausen ... See all authors

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Jan 25. doi: 10.1111/aogs.14512. Epub ahead of print. PMID: 36695168.

Introduction

We identified risk factors and outcomes associated with SARS-CoV-2 infection in pregnancy in a universally tested population according to disease severity and validated information on SARS-CoV-2 during pregnancy in national health registers in Denmark.

Material and methods

Cohort study using data from national registers and medical records including all pregnancies between March 1, 2020 and February 28, 2021. We compared women with a validated positive SARS-CoV-2 test during pregnancy with non-infected pregnant women. Risk factors and pregnancy outcomes were assessed by Poisson and Cox regression models and stratified according to disease severity defined by hospital admission status and admission reason (COVID-19 symptoms or other). Using medical record data on actual period of pregnancy, we calculated predictive values of the SARS-CoV-2 diagnosis in pregnancy in the registers.

Results

SARS-CoV-2 infection was detected in 1819 (1.6%) of 111 185 pregnancies. Asthma was associated with infection (relative risk [RR] 1.63, 95% confidence interval [CI] 1.28–2.07). Risk factors for severe COVID-19 disease requiring hospital admission were high body mass index (median ratio 1.06, 95% CI 1.04–1.09), asthma (RR 7.47, 95% CI 3.51–15.90) and gestational age at the time of infection (gestational age 28–36 vs < 22: RR 3.53, 95% CI 1.75–7.10). SARS-CoV-2-infected women more frequently had hypertensive disorders in pregnancy (adjusted hazard ratio [aHR] 1.31, 95% CI 1.04–1.64), early pregnancy loss (aHR 1.37, 95% CI 1.00–1.88), preterm delivery before gestational age 28 (aHR 2.31, 95% CI 1.01–5.26), iatrogenically preterm delivery before gestational age 37 (aHR 1.49, 95% CI 1.01–2.19) and small-for-gestational age children (aHR 1.28, 95% CI 1.05–1.54). The associations were stronger among women admitted to hospital for any reason. The validity of the SARS-CoV-2 diagnosis in relation to pregnancy in the registers compared with medical records showed a negative predictive value of 99.9 (95% CI 99.9–100.0) and a positive predictive value of 82.1 (95% CI 80.4–83.7).

Conclusions

Women infected with SARS-CoV-2 during pregnancy were at increased risk of hypertensive disorders in pregnancy, early pregnancy loss, preterm delivery and having children small for gestational age. The validity of Danish national registers was acceptable for identification of SARS-CoV-2 infection during pregnancy.

Long-term risk of cancer among the first-degree relatives of epithelial ovarian cancer patients: A cohort study with 48 years of follow up

Laura Kotaniemi-Talonen, Eero Pukkala, Kristiina Aittomäki, Annika Auranen

Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Jan 16. doi: 10.1111/aogs.14504. Epub ahead of print. PMID: 36645194.

Introduction

The long-term risk of cancer among first-degree relatives of ovarian cancer patients, especially their offspring, is of apparent clinical importance. Risks caused by known inherited factors such as BRCA1 or BRCA2 pathogenic variants are well established, but these account for only about 15% of ovarian cancer cases. Less is known about the possible familial risks of sporadic ovarian cancers.

Material and methods

Using registry data, we conducted a retrospective cohort study with a total of 6501 first-degree relatives of 559 epithelial ovarian

cancer patients. We studied the occurrence of overall cancer and cancer in specific sites known or suspected to be associated with ovarian cancer (breast, cervix, colon, endometrium, lung and trachea, skin melanoma, ovary, pancreas, prostate, rectum, and stomach).

Results

The overall number of cancers was not increased among the first-degree relatives of epithelial ovarian cancer patients during the up to 48 years of follow up. Among female relatives, the standardized incidence ratio for ovarian cancer was 1.92 (95% CI 1.27–2.79), mostly explained by a 2.30-fold (95% CI 1.46–3.45) risk among the patients' sisters. There was a decreasing trend in the standardized incidence ratio for ovarian cancer among patients' sisters by increasing age of the index patient.

Conclusions

In our study cohort, we did not observe an increase in the overall cancer risk among the first-degree relatives of epithelial ovarian cancer patients in comparison with the general population. The risk for ovarian cancer, however, was increased. Current recommendations suggest prophylactic removal of the fallopian tubes and ovaries only with identified inherited risk factors. Our results emphasize the role of genetic counselling and testing, particularly in young ovarian cancer patients and their close female relatives.

Female fecundability is associated with pre-pregnancy allostatic load: Analysis of a Chinese cohort

Xiang Hong, Jiechen Yin, Fanqi Zhao, Wei Wang, Xiaoling Ding, Hong Yu, Bei Wang

<https://doi.org/10.1111/aogs.14443>

Introduction

Allostatic load (AL) is a practical index that reflects multi-system physiological changes which occur in response to chronic psychosocial stress. This study investigated the association between female pre-pregnancy allostatic load and time to pregnancy.

Material and methods

We enrolled 444 women who met the inclusion criteria and were attempting to achieve pregnancy. Their allostatic load scores at baseline were evaluated by nine indicators (systolic blood pressure, diastolic blood pressure, fasting plasma glucose, plasma cortisol, noradrenaline, interleukin-6, hypersensitive C-reactive protein, high density lipoprotein cholesterol and body mass index). The participants were followed up and their pregnancy outcome ascertained 1 year later; we then calculated time-to-pregnancy. Cox models were used to estimate fecundability ratios and their 95% confidence intervals (95% CI) for different allostatic load scores.

Results

The median allostatic load score was 1 with a range of 0–6. The females were divided into four groups according to allostatic load score: group A (allostatic load = 0, 150/444, 33.8%), group B (allostatic load = 1–2, 156/444, 35.1%), group C (allostatic load = 3–4, 100/444, 22.5%) and group D (allostatic load = 5–6, 38/444, 8.6%). The cumulative pregnancy rate over 12 months for the four groups (A–D) was 55.4%, 44.5%, 50.9% and 26.9%, respectively (log-rank test, $p = 0.042$). After adjusting for potential confounding factors, group D showed a 59% reduction of fecundability compared with group A (fecundability ratio = 0.41, 95% CI 0.21–0.83).

Conclusions

Women with a higher allostatic load score may have lower fecundability. Our findings suggest that the assessment of allostatic load during pre-conception consultation would be highly prudent.

Obstetric anal sphincter injuries—Maternal, fetal and sociodemographic risk factors: A retrospective register-based study

Kristin André, Andrea Stuart, Karin Källén

<https://doi.org/10.1111/aogs.14425>

Introduction

Obstetric anal sphincter injuries (OASIS) are severe complications to vaginal births with potentially serious long-term consequences and large impact on quality of life. The aim was to determine risk and protective factors for OASIS.

Material and methods

We performed a retrospective register-based observational study. A cohort of 988 988 singleton term deliveries 2005–2016 in Sweden were included. Data from the Swedish Medical Birth Registry and Statistics Sweden were extracted to identify cases of OASIS and maternal and fetal characteristics. Modified Poisson Regression analyses were performed to assess risk factors.

Results

The rate of OASIS was 3.5% ($n = 34583$). Primiparity (adjusted risk ratio [aRR] 3.13, 95% CI 3.05–3.21), vacuum extraction (aRR 2.79, 95% CI 2.73–2.86), forceps (aRR 4.27, 95% CI 3.86–4.72), and high birthweight (aRR 2.61, 95% CI 2.50–2.72) were associated with a significantly increased risk of OASIS. Increasing maternal age and decreasing maternal height also increased the risk of OASIS. Obesity increased the risk of OASIS (aRR 1.04, 95% CI 1.04–1.08), if fetal birthweight was not adjusted for. Smoking (aRR 0.74, 95% CI 0.70–0.79) and low maternal education (aRR 0.87, 95% CI 0.83–0.92) were associated with a decreased frequency of reported OASIS. Previous cesarean section increased the risk of OASIS (aRR 1.41, 95% CI 1.36–1.47).

Conclusions

Primiparity, instrumental delivery, and high birthweight significantly increased the risk of OASIS. Obesity, low height, increasing age, and previous cesarean section also increased the risk whereas smoking and low maternal educational level were associated with a lower OASIS rate.

MEDI PLAST

**KONTAKT
OSS FOR
VAREPRØVER**

INNOVATIVT UNDERSØKESSESKJØRT BESKYTTER PASIENTENS VERDIGHET



Skjørtet er designet for bruk ved gynekologiske, urologiske og koloskopiske undersøkelser.

**ME
COVERS®**
ADDS INTEGRITY

Mediplast AS
Tollbugata 115, 3041 Drammen
Tlf kundeservice: 32 88 11 00
mediplast@mediplast.no

mediplast.com

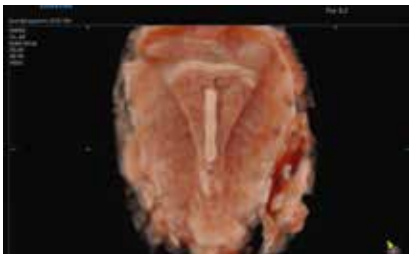
SAMSUNG

V8 Step Up Confidence

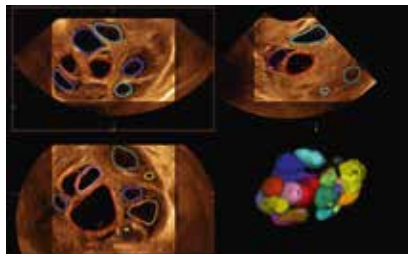
The new V8 ultrasound system combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases Samsung's careful craftsmanship and that comfort-in-use is high priority for your product experience.



RealisticVue



5D Follicle



Redefined Imaging Technologies

Powered by Crystal Architecture™ (CrystalBeam™, CrystalLive™)

Sophisticated 2D Image Processing & Detailed Color Expression

Shadow HDR™, HQ-Vision™, ClearVision™, S-flow™, MV-Flow™, LumiFlow™

Women's Health

BiometryAssist™, 5D Follicle™, Limb Vol™, 5D CNS+™, 5 NT™, Heart Color™, Labor Assist™, E-Cervix™, IOTA-ADNEX, HDVI, RealisticVue™, CrystalVue™, CrystakValueFlow™

Re-engineered Workflow and Enhanced Customization

TouchGesture™, HelloMom™, TouchEdit™, QuickPreset™, Expanded view™, EzCompare™, EzExams+™

Comfort Design

14-inch Tilting Touchscreen, 23.8-inch LED Monitor, Contextual Button, QuickSave™, BatteryAssist™, Cooling System, Adjustable Control Panel, Transducer Cable Hook, Endocavity Transducer Holder, Gel Warmer

Inter-Medical AS

Grini Næringspark 3 • 1361 Østerås
Tlf: 61146300 • Mobil: 40 61 79 40



INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON