

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening 1 • 2024



Gynekologisk ultralyd av tidlige svangerskap
– Hvor skal vi? Dunning-Kruger-effekten i selvforsøk s. 10

Nytt kurs om gynekologisk ultralyd og behandling
av komplikasjoner i tidlig graviditet s. 16

Entog Exchange UK s. 26

Guidelinemøte i generell gynekologi 2024 s. 30



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



Zejula har refusjon for indikasjonene – monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med:

- **Fremskreden (FIGO stadium III eller IV) høygradig ovariekreft, kreft i eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) etter fullføring av førstelinje platinabasert kjemoterapi.**
- **Tilbakefall av platinasensitiv, høygradig serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder eller primær peritonealkreft, med respons (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi¹⁻⁵**



Ved 4 års-oppfølgning hadde HRd-pasienter behandlet med Zejula en lavere sannsynlighet for sykdomsprogresjon eller død vs placebo gruppen: 38% med Zejula vs 17% med placebo.⁶



12 % seponerte behandling på grunn av bivirkninger⁷
Individualisert startdose kan redusere frekvens av bivirkninger og opprettholde effekt⁷

Startdose¹:

Dersom baseline vekt: <77 kg,
eller blodplater <150,000/µl

200
 mg/dag

Startdose¹:

Dersom baseline vekt: ≥77 kg,
og blodplater ≥150,000/µl

300
 mg/dag

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Kontraindikasjon

Amming

Forsiktighetsregler

Hematologiske bivirkninger (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave trombocytter ved baseline kan ha økt risiko for trombocytopeni av grad 3+. Ukentlig overvåkning 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 trombocytter 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 overvåkning i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES) er en sjelden, reversibel nevrologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke

symptomer. *Graviditet, amming og fertilitet*, Skal ikke brukes under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke ønsker å bruke veldig sikker prevensjon under behandlingen og i 6 måneder etter siste dose. Graviditetstest bør utføres på alle fertile kvinner før oppstart av behandling.

Bivirkninger

≥ 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, ryggsmertor, 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 er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. 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. ZEJULA (niraparib). Summary of Product Characteristics. 2. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv> 3. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering> 4. <https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii> 5. https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%2012122022_Protokoll.pdf 6. González-Martín A et al. European Journal of Cancer DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2023.04.024>. 7. González-Martín A, et al. N Engl J Med. 2019;381(25):2391–2402.



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

Rannveig Stokke
LIS Sykehuset Telemark Skien
rannveig.stokke@gmail.com

Nettredaktør

Inga Thorsen Vengen
MD, PhD, Overlege
Oslo universitetspsykiatri
inga.venge@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

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

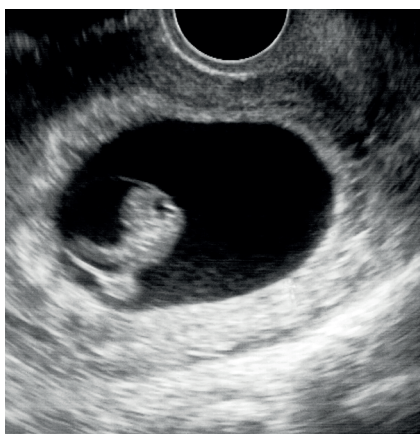
GYNEKOLOGEN på internett

gynekologen.no
legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2024

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

Opplag: 1400



INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7
NGF-STYRET	
Nytt fra styret	8
Styret i Norsk gynekologisk forening	8
GYNEKOLOGISK ULTRALYD	
Gynekologisk ultralyd av tidlige svangerskap – Hvor skal vi? Dunning-Kruger-effekten i selvforsk	10
Nytt kurs om gynekologisk ultralyd og behandling av komplikasjoner i tidlig graviditet	16
SPECIALITETSKOMITÉEN	18
FUGO	
Kjære FUGO-folk	20
FUGO-styret 2024	20
Kjære Norges LIS og overleger	22
INTERVJU	
Vinneren av Utdanningsprisen 2023	24
GYNEKOLOGEN UTENLANDS	
Entog Exchange UK 18 - 22. September 2023	26
Bristol Southmead Hospital	26
Russels Hall Hospital, Dudley	28
GYNEKOLOGER IMELLOM	
Guidelinemøte i generell gynekologi 2024	30
GYNEKOLOGEN ANBEFALER	
Hvorfor blir jeg ikke gravid? Alt du trenger å vite om ufrivillig barnløshet, årsaker & behandling	32
Senabort: Den usynlige sorgen	34
UTVALGTE ABSTRACTS FRA AOGS	39

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.



TREAT *the* HEAT

WITH NONHORMONAL VEOZA

VEOZA™ (fezolinetant) is indicated for the treatment of moderate to severe vasomotor symptoms (VMS) associated with menopause*¹

Concomitant use of moderate or strong CYP1A2 inhibitors with VEOZA is contraindicated. VEOZA is not recommended in women using hormone replacement therapy with oestrogens (local vaginal preparations excluded).²

* See section 5.1 in SmPC

VEOZA™ (fezolinetant) 45 mg film-coated tablets

▼ This medicinal product is subject to additional monitoring. This will allow quick identification of new safety information. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions.

Pharmacotherapeutic group: Other gynaecologicals, ATC code: G02CX06.

Therapeutic indications: VEOZA is indicated for the treatment of moderate to severe vasomotor symptoms (VMS) associated with menopause (see Section 5.1 in the Summary of Product Characteristics (SmPC)).

***Posology:** Recommended dose is 45 mg once daily.

Contraindications: Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients; concomitant use of moderate or strong CYP1A2 inhibitors; known or suspected pregnancy.

***Special warnings and precautions for use:** Diagnosis must include medical (including family) history. During treatment, periodic check-ups must be carried out according to standard clinical practice. Is not recommended for use in individuals with Child-Pugh Class B (moderate) or C (severe) chronic hepatic impairment, nor in individuals with severe renal impairment. Monitoring of liver function in women with known or suspected hepatic disorder is advised. VEOZA is not recommended in women undergoing oncologic treatment for breast cancer or other oestrogen-dependent

malignancies, nor in women using hormone replacement therapy with oestrogens (local vaginal preparations excluded). Has not been studied in women over 65 years of age, nor in women with a history of seizures or other convulsive disorders. Animal studies have shown reproductive toxicity.

***Undesirable effects:** The listed adverse drug reactions are insomnia, diarrhoea, abdominal pain, and increased alanine aminotransferase (ALT) and aspartate aminotransferase (AST), all with a frequency of less than 10%.

Marketing authorisation holder: Astellas Pharma Europe B.V., The Netherlands.

Country specific information

Norway: Dispensing group: C. **Reimbursement:** No. **Pack size and price** (pr 16.01.2024): 45 mg: 30 tabl. (blister) 836.90 kr. **Local representative:** Astellas Pharma, Tel: +47 66 76 46 00. For more information see www.felleskatalogen.no.

Based on authorised SmPC dated 07 December 2023.

***The section has been rewritten and/or abbreviated compared to the authorised SmPC. The SmPC can be ordered free of charge from the local representative.**

Reference: 1. VEOZA SmPC §4.1 12.2023
2. VEOZA SmPC § 4.3 & 4.4 12.2023

Ultralyd – i hvilke hender?



To ganger i min noe korte legekarriere har jeg følt meg totalt på «bar bakke». Kun disse to gangene har jeg kjent at en ny oppgave er noe jeg aldri har så mye som snust på under medisinutdanningen. Første gang var i 2019, under mitt første møte med gynekologisk ultralyd. Andre gang var i 2022, under et nytt første møte med obstetrisk ultralyd. Jeg opplevde ultralyd som et stort ubevandret kart av struktuer, «farger», knotter, teknikker og ikke minst do's and don'ts for å bevare hygiene, verdighet og profesjonalitet. SÅ «ny» og «grønn» har jeg virkelig ikke følt meg på noe annet tidspunkt i karrieren. Følgende utsagn fra kollegaen som lærte meg opp traff meg derfor: «Du må bare innse at det du aldri har sett før kan du ikke vite hva er, så du er nødt til å spørre om hjelp første gang du ser ALT». Vedkommende var forresten sommervikar, akkurat som meg, og hadde ca. 2 måneder erfaring.

De aller fleste legeoppgaver som utføres i akuttmottak, på fastlegekontorer og på sengeposter, har man på et eller annet plan prøvd seg på under medisinstudiet. Som studenter la vi inn thoraxdren, intuberte og tappet ulike kroppslige hulrom for væske. Vi holdt kanskje så vidt i en ultralydprobe, men vi satt IKKE mellom beina på en sårbar kvinne med en 20 cm lang ultralydprobe inn i vagina og forsøkte å identifisere 50 shades of grey fra hverandre.

Ultralyd er et av gynekologenes mest sentrale verktøy. Svært mange kliniske beslutninger lener seg på disse bildene, beskrivelsene og såvel subjektive som objektive vurderingene. Så hvor god skal opplæringen være? Hvilket kompetansenivå bør de ulike avdelingene strebe etter?

Det er bare 5 år siden jeg startet med gynekologisk ultralyd. I juni 2019 lærte jeg både at man ikke kunne se friske tuber (hvis jeg så dem kunne det tyde på PID) og at en tubar graviditet var tilnærmet umulig å skille fra en corpus luteum-cyste. Våren 2020 fikk avdelingen nye maskiner, og situasjonen var plutselig en annen.

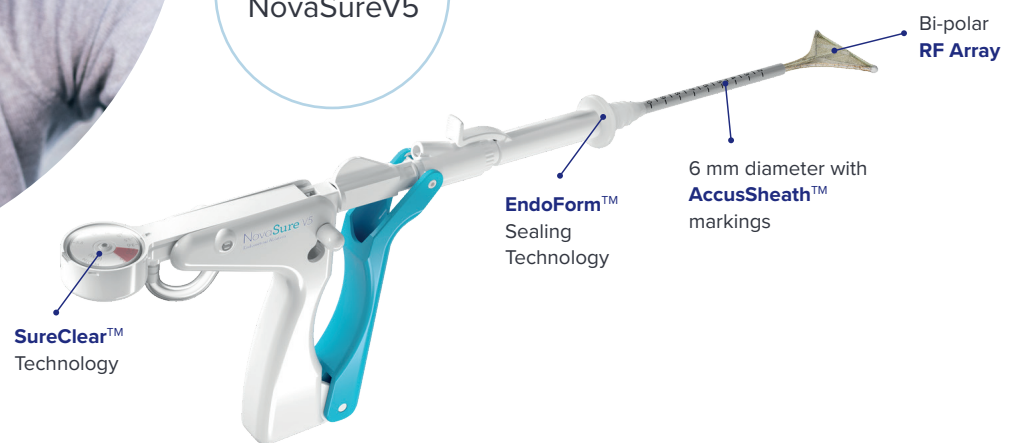
Utkastene til nye veilederkapitler som ekstrauterin graviditet, og delvis også benigne ovarialcyster, gjenspeiler utviklingen i ultralydteknologi. De legger opp til mer detaljert diagnostikk. Jeg tolker dette som et ønske om å høyne nivået på tjenestene som tilbys i det ganske land. Men hvor skal lista ligge? Skal vi sikte mot at alle gynekologer kan identifisere de minste ekstra- og intrauterine graviditeter, eller skal vi bli liggende på føre-var-vissheten om at ultralyd kan være svært vanskelig og ikke må stoles på i utrente hender?

Vi skal vel havne et sted midt mellom. Tina Tellum, forfatter av det nye veilederkapitlet om ekstrauterin graviditet, deler i denne utgaven sine tanker om håndtering av tidlige graviditeter i Norge, etter et års opphold ved bl. a. en anerkjent Early pregnancy unit i London. Jeg anbefaler å lese hennes betraktninger og ha dem i bakhodet neste gang du lærer opp en ny LIS i poliklinkken. Kanskje du skal lære opp selv, fremfor å sette dette bort til den nest nyeste LISen?

Tale Meinich
Redaktør



NY VERSJON!
NovaSureV5



ENDOMETRIEABLASJON MED NOVASURE®V5

Effektiv behandling av menorrhagi

› NovaSure er en sikker og godt utprøvd behandling mot kraftige menstruasjonsblødninger. Prosedyren er trygg, rask og velegnet som poliklinisk inngrep. Vi kan vise til solid klinisk evidens og meget gode behandlingsresultater¹.

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)



NORMEDI.COM
NORMEDI EDUCATION.COM

Ta gjerne kontakt med:
Paul Essebaggers | Tlf: 928 92 666 | E-post: paul@normedi.com

Interessert i mer informasjon?
Skann QR-koden og les mer om
teknologien, prosedyren og studiene.



Kjære alle sammen

Det er med ikke så rent lite ærefrykt jeg nå sitter og skal forfatte min første leder for årets første Gynekologen. Et medlemsblad jeg alltid har syns er litt ekstra stas å få i postkassen. Dette fordi det alltid har vært en glede å være medlem i Norsk gynekologisk forening.

Jeg husker veldig godt mitt første årsmøte i Arendal i 2010, hvor jeg følte jeg ble innlemmet i en verden med hyggelige, dyktige og ikke minst inkluderende mennesker (les: gynekologer), som ikke bare hadde et godt faglig program, men som også kunne lage til fest som ingen andre jeg hadde møtt i vår «stand». Veien fram til her jeg sitter i dag som nyvalgt leder føler jeg ikke nødvendigvis har vært så lang, men den har vært fylt med mange minnerike møter og mennesker som har vært med å påvirke at jeg sitter i den rollen jeg nå har fått. Blant annet har jeg vært heldig å få arrangere to årsmøter i hhv. Kristiansand og Haugesund, og bak et hvert godt årsmøte i NGF står det en engasjert lokalkomite som gjør hva de kan for at vi alle skal få et fantastisk møte, noe begge disse plassene har oppfylt med glans. Jeg vil derfor få sende en ekstra stor takk til alle dere jeg har samarbeidet med de siste årene (ingen nevnt ingen glemt).

En annen person som fortjener en ekstra takk, er vår avtroppende leder Ragnar Kvie Sande. Han har med sin skarpe penn, klokskap og evne til å samarbeide på kryss og tvers fylt rollen som vår leder i 2 år på en eminent måte. Vi vil alle heldigvis få glede av all hans kunnskap i ytterligere to år hvor han skal være med i styret som nestleder. Når vi snakker om styret må jeg i samme slengen få fortelle dere alle om hvor kjekt det faktisk er å sitte i styret i NGF. En av hovedgrunnene til det er jo, som det ofte er, menneskene. Yngvild S. Hannestad, nå leder i PSL og

styremedlem i sentralstyret har gjort en formidabel innsats og blir utvilsomt sårt savnet. Det samme gjelder Kirsten Hald som «kjenner alle» i systemet og stort sett alltid vet hvor og hvordan vi skal gå frem når det kommer til Helsedirektoratet eller i Legeforeningen. Hun vil nok ikke få helt fred for våre spørsmål, men fortjener å trappe ned etter hele 6 år i styret. Takk til dere begge og velkommen til våre to nye medlemmer som dere kan lese mer om under «Nytt fra styret».

Som nyvalgt leder er det mange viktige ting i faget vårt som er og bør være på agendaen. Ny abortlov er ute på høring, og NOU 2023:5 Den store forskjellen – om kvinners helse og betydning av kjønn for helse må følges opp videre, slik at det igjen ikke bare blir fine ord om satsning på kvinnehelse. Men det tankene mine har svirret mest rundt siste måneder, hver gang jeg slukker lyset for å legge meg til å sove er at det hver måned er 5000 kvinner som skal føde på Gazastripen. Dette uten ordentlig helsehjelp, uten vann, uten medisiner og kanskje uten tak over hodet. Mitt hjerte som fødselslege, kvinne og mamma blør for alle disse barna, kvinnene og sivilbefolkningen som ALLTID lider mest.

Så da er det vel bare å gjenta de kloke ordene fra vår redaktør Tale Meinich i siste Gynekologen i 2023: «Ta vare på hverandre, sett pris på ressursene vi har og fortsett å fordele dem så godt som mulig.»

Jeg gleder meg til å få være leder for denne flotte foreningen, sammen kan vi alltid gjøre en forskjell!

Solveig Bjellmo
Leder NGF

Kjære medlem!

For å sitere vår avtroppende leder Ragnar Kvie Sande: Velkommen til din favorittspalte: «Nytt fra styret», og selv om dette kanskje var skrevet med et snev av selvironi, bør du jo som medlem av NGF være litt interessert i hva vi i styret driver med. Vi har så langt bare hatt et overgangsmøte hvor jeg inviterte hele gjengen (både de avtroppende og de påtroppende styremedlemmene) til Vestlandet og den vakre byen Ålesund (som jo er byen jeg bor og jobber i). Ålesund som i fjor høst hadde hatt 4 uker uten nedbør, vind eller noe man kan forvente av en vestlandsby, fram til få timer før møtet skulle holdes. Da tenkte værgudene at NÅ skal vi virkelig vise hva vi kan stille i stand på Vestlandet, og tre av deltakerne som kom flyvende fra Oslo fikk en relativt rask retur tilbake, uten en gang å ha touchet bakkeplan på Vigra flyplass. Møtet ble derfor dessverre en hybrid hvor 3 satt på Gardermoen, 3 i Ålesund og en i Oslo. Heldigvis har vi tøffe styremedlemmer, og de heiv seg rundt på neste fly på ettermiddagen og fikk med seg en veldig koselig middag (siste for dette styret).

Men, «Nytt fra styret» bør kanskje omhandle mer enn bare innstilte flyvninger til Vestlandet og tøffe styremedlemmer. Nyvalgt leder har vært på ledersamling i Legeforeningen og allerede fått

debattert saker jeg håper er viktig for faget vårt med andre ledere i fagmedisinske foreninger og presidenten i Legeforeningen. På slike samlinger får man et innblikk i hva fagmedisinske foreninger kan bidra med, og det er ingen tvil om at vårt fag, fødselshjelp og kvinnesykdommer, er viktig.

Vi har byttet ut to styremedlemmer, Yngvild Skåtun Hannestad og Kirsten Hald, som vi alle er litt usikre på hvordan vi skal klare oss uten. Men vi er så heldige å ha fått inn Birgitte Sanda fra Sørlandet som representant for PSL og Agnethe Lund fra Bergen som vitenskapelig sekretær. Vi ønsker begge hjertelig velkommen inn i styret, var nesten glade for at de slapp en relativt traumatisk flytur til Ålesund i november og har gledet oss til å treffe dem på neste styremøte. Nytt årsmøte på Lillehammer i oktober vil være en viktig post på agendaen, i tillegg til flere viktige høringer som skal debatteres.

Jeg tror jeg snakker for oss alle når jeg sier at vi gleder oss til å ta fatt på oppgavene og håper vi stadig får tilbakemeldinger, oppgaver, problemstillinger og ris og ros fra alle dere medlemmer som gjør at foreningen stadig vil være i utvikling.

Styret i Norsk gynekologisk forening



Solveig Bjellmo
Leder NGF

Overlege v/avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer, 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 pudder i fjellsiden ned!



Kristine Amundsen
Kasserer NGF

Kristine er overlege ved Kvinneklubben UNN Tromsø og arbeider hovedsakelig med inkontinens og bekkenbunnslidelser. Bidrar faglig i det lokale bekkensenteret og i nystartet tverrfaglig vulvapoliklinikk. 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.



Ragnar Kvie Sande
Nestleder NGF

Ragnar Kvie Sande vart fødd i Trondheim i 1973, oppvaksen på nordvestlandet og utdanna i Bergen. Han vart spesialist i gynekologi og obstetrikk 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.



Birgitte Sanda
Styremedlem. PSL/Avtalespesialist

Telemarking lokalisert på det blide Sørlandet. Birgitte har doktorgrad fra 2018 i helse- og idrettsvitenskap. Etter 17 år på sykehus med stor interesse for praktisk obstetrikk gikk hun over til avtalepraksis i 2021. I praksis er interessefeltet bredt, med økende interesse for klimakteriet og hormoner. Ved siden av klinikk er hun del av StrongMama-prosjektet ved Norges Idrettshøgskole hvor man forsker på høyintensiv trening blant gravide idrettsutøvere og godt trente kvinner, og hun er leder for forskningsutvalget i PSL. Hun har en politimann som bedre halvdel og har satt to gutter til verden. Hun er ofte å finne som litt over gjennomsnittet heiende fotballmamma på sletta. Ellers står reise, kultur- og naturopplevelser, samt gode drikke- og matopplevelser høyt opp på prioritierungslisten.



Agethe Lund
Vitenskapelig sekretær

Agethe er overlege ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus, ble spesialist i 2011 og disputerte i 2019 med en avhandling om fostersirkulasjon ved maternell diabetes. Som kliniker har hun fått bred erfaring innen gyn. endokrinologi og anomalier. Hun var tidligere redaktør i Gynekologen, er en aktiv samfunnsdebattant og var i fire år klinikkoverlege – erfaring som kan komme godt med i ngf styrearbeidet. Finner påfyll i naturen, over grytene eller når hun blir i en vakker kokebok.



Morten Kvello
FUGO-representant NGF

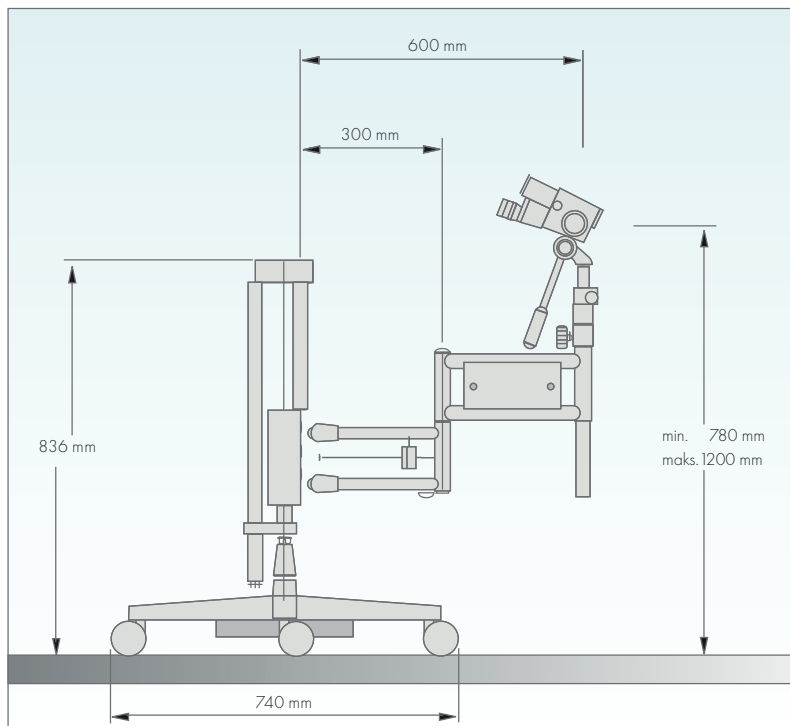
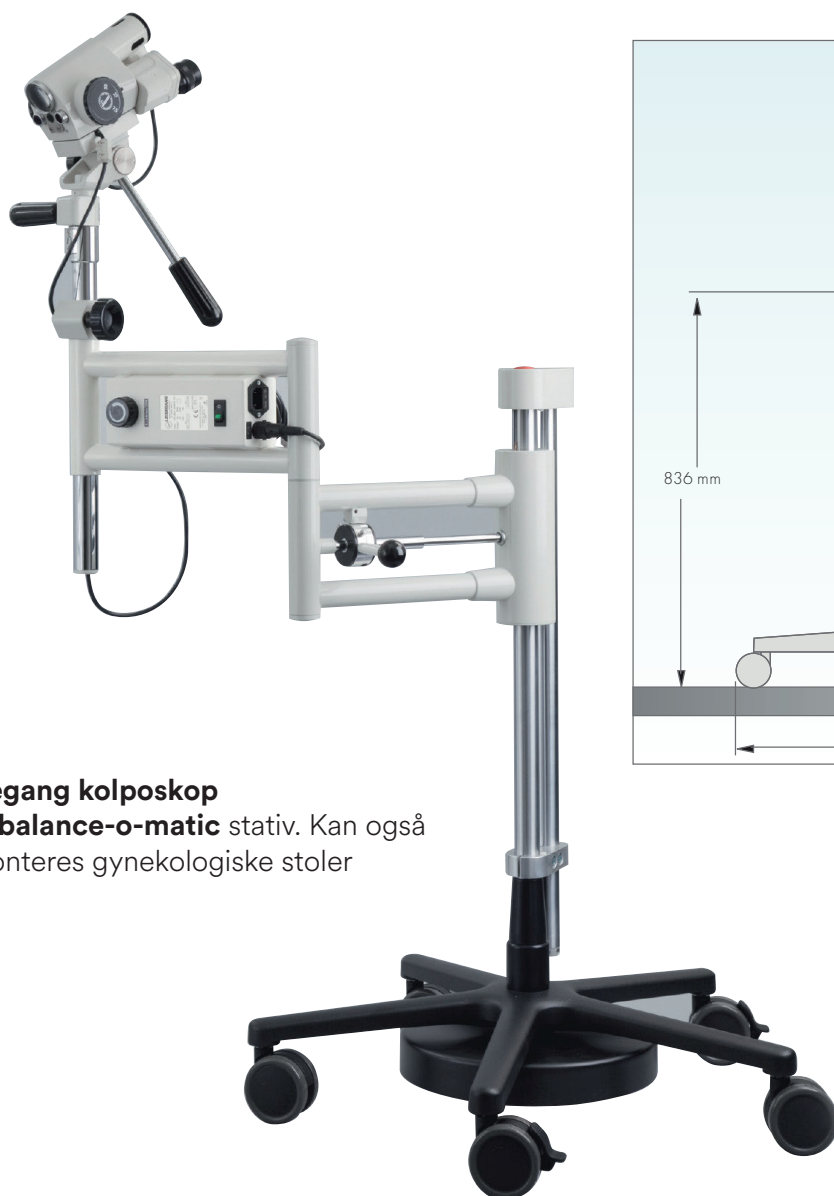
Morten er opprinnelig trønder fra Namsos, men har forvillet seg til det glade Østland og jobber nå som lege i spesialisering ved OUS. Han har doktorgrad i barnkirurgi, men er nå fast bestemt på å bli gynekolog. Utover jobb er Morten glad i å løpe i skogen, bade og gå på teater, og er over gjennomsnittet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

Leisegang kolposkop | Schmitz gyn.stol

Kolposkop balance-o-matic stativ



Når kvalitet teller



Leisegang kolposkop
med **balance-o-matic** stativ. Kan også
påmonteres gynekologiske stoler

LEISEGANG 

*Kolposkopet som alltid
er i vektløs posisjon!*



Laveste seteposisjon: 47 cm



En ny målestokk for
kvalitet og design.

Nye medi-matic® er
vinner av den anerk-
jente designprisen
**German Design
Award Special 2023**

Seteposisjon:
47 - 117,5 cm
Kapasitet: 300 kg



**GERMAN
DESIGN
AWARD
SPECIAL
2023**

svas svalland as

telefon 222 80 896 | firmapost@svas.no | www.svas.no



Gynekologisk ultralyd av tidlige svangerskap – Hvor skal vi?

Dunning-Kruger-effekten i selvforsøk

Jeg dro et år til London for å lære det ene, og kom tilbake med noe helt annet. Dere har sikkert vært borti noen som lider av Dunning-Kruger-effekten: jo mindre noen vet om et tema, desto større skråsikkerhet uttrykkes det om nettopp dette temaet. Pinlig. Enda mer pinlig er det at jeg selv har vært et offer for dette fenomenet, som er beskrevet av to forskere med samme navn.



Tina Tellum

Overlege og Phd, Oslo Universitetssykehus

Noen år tilbake satt jeg ved siden av en kjent professor på en konferanse og diskuterte min forskning med ham. Nei, ikke Dunning-Kruger her ennå, men dette møtet førte til det! Professoren og jeg hadde møttes flere ganger før, og det endte alltid i en spennende fagsamtale. Denne gangen spurte han meg plutselig om jeg hadde lyst til å komme til London for å forske og jobbe med ham. Jeg fikk kortvarig pustestans, og hjertet sank i knehasene - ikke helt ulikt når gutten du har vært hemmelig forelsket i lenge inviterer deg på date. Han som spurte er professor Davor Jurkovic, en absolutt guru innen gynekologisk ultralyd, kliniker og visjonær. Han har ofte vært den første til å publisere en viktig studie eller hypotese, som andre så kaster seg på senere. Muligheten til å jobbe med ham kunne åpne en helt ny verden, en Ali-Baba-skattehule av praktisk kunnskap som plutselig ble tilgjengelig for meg. For en boost etter min PhD innen ultralyd, som faglig sett ble litt ensom på Ullevål.

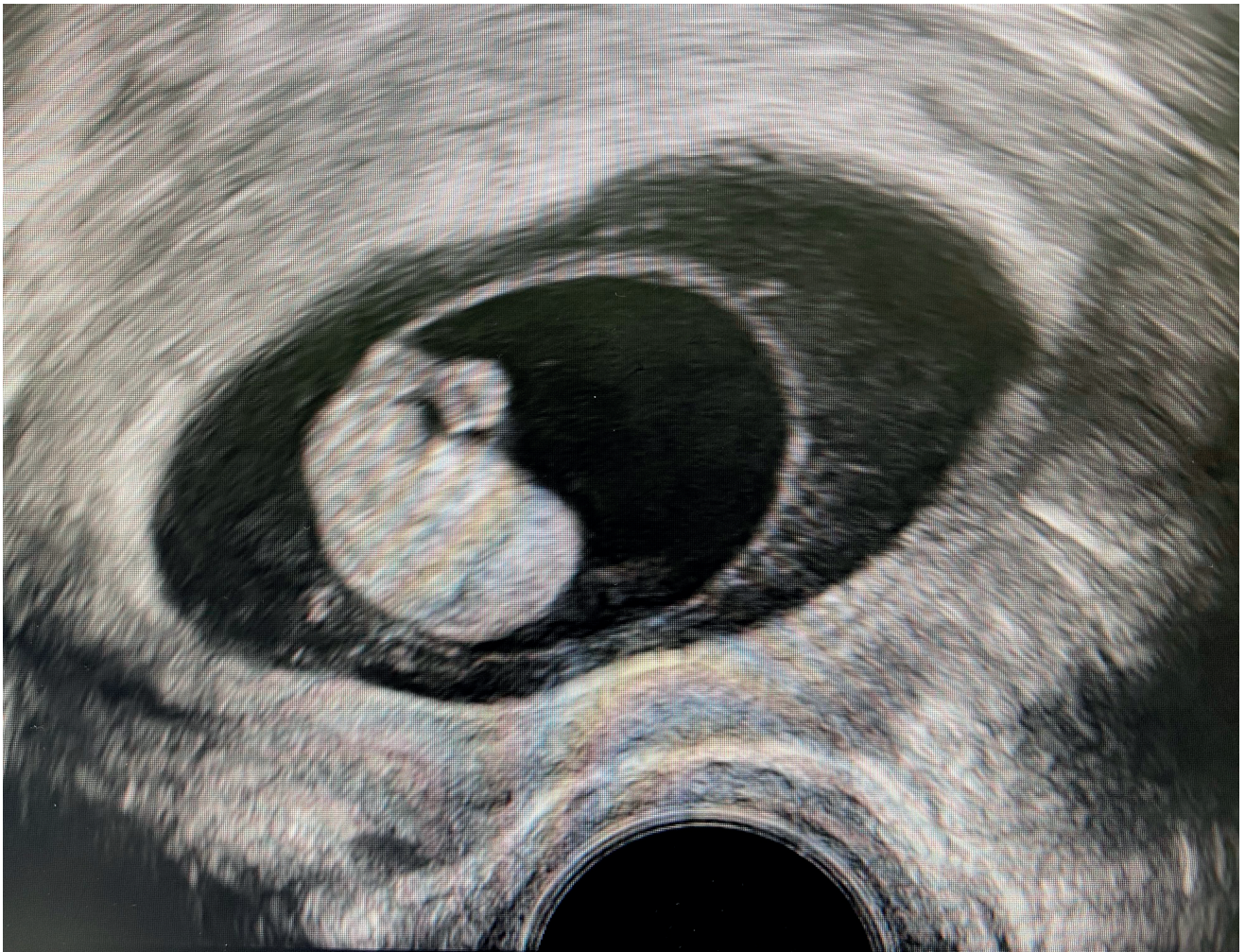
Fast forward noen år. Det er en av de siste desemberdagene i 2020, midt i den verste koronapandemien og kun noen sekunder før Brexit. Jeg kjører av bilfergen i Harwich med bagasjerommet fullt

av husgeråd og i retning London, hvor mann og barn venter i en leilighet som skal være hjemmet vårt for det neste året. Jeg har fått postdoc- og utenlandsstipend, spart opp penger og har store planer om å bli enda bedre i ultralyd av adenomyose og endometriose. Ovarialcyster er også på min uoffisielle agenda, og jeg gledet meg på å se det rareste av det rare under mine kliniske dager på University College London Hospitals, UCLH. Slik ble det også, men ikke bare.

«(...) tidlig graviditet var irrelevant for meg uansett, jeg var her for å bli dronningen av sacrouterinligamentet! Sett gjennom retrospektoskopet, et meget tydelig tilfelle av blomstrende Dunning-Kruger.»

Mitt nye faglige hjem ble Clinic 3, hvor professor Jurkovic regjerer over en gruppe enormt motiverte LIS-leger som enten roterer dit i et år for å lære ultralyd, eller som er der i tre, fire år for å ta en doktorgrad innen ultralyd-relaterte tema. I tillegg er det en fast stab av høykompetente overleger som både scanner pasienter, men også opererer.

Denne fysiske lite sjarmerende, offentlige klinikken i underetasjen av det største universitetssykehusene i London («No, Tina, it's not



a basement, it's the lower ground floor!)), hadde ved siden av pakkeforløp, endometriose og eggstokk-poliklinikker også et tilbud for kvinner med problemer i tidlig graviditet. Deres «Early Pregnancy Unit» var åpen for alle som hadde blødninger, smerter eller begge deler i tidlig graviditet, eller de som hadde en avtale om oppfølging grunnet noe som var komplisert i en tidligere graviditet.

«Hvordan klarer de å se tubar-graviditeter etter kun seks uker med trening?»

Og her kommer min Dunning-Kruger-effekt-opplevelse... Da Davor sa til meg at den eneste måten å organisere omsorg i tidlig graviditet på en god måte var å ha dedikerte folk som visste hva de drev med, svarte jeg «tja,» og sikkert noe som «ikke noe problem i Norge. Dette er uansett ikke så vanskelig, vi har gode avtalespesialister, og så er vi på sykehuset superdupre. Vi trenger ingen early pregnancy units.» Dette var en kort samtale, tidlig graviditet var irrelevant for meg uansett, jeg var her for å bli dronningen av sacrouterinligamentet! Sett gjennom retrospektoskopet, et meget tydelig tilfelle av blomstrende Dunning-Kruger.

Ukene gikk. Fire dager i uken satt jeg og forsket, tre lange dager var jeg i klinikken. De gyn-pasientene vi scannet var ganske like som populasjonen vi har på Ullevål, en salig blanding av henvisningsårsak og plager. Alle fellows som var nye i Clinic 3 begynte

med å scanne pasienter i tidlig graviditet og måtte vise hver eneste undersøkelse til en overlege før de fikk sende pasienten av gårde. Den første usikkerheten meldte seg hos meg. Hvordan klarer de å se tubargraviditeter etter kun seks uker med trening? Britiske gynekologer bruker jo ikke ultralyd til vanlig, de lærte dette først i Clinic 3.

Jeg skjønnte fort at det var lite å lære om adenomyose for meg(...). I stedet ble jeg hekta på å finne hver eneste lille graviditet og å aldri ha en «pregnancy of unknown location».

Så kom A-ha-opplevelsene, jeg husker ikke hva min første var, fordi det ble så mange. Kanskje det var å oppdage en veldig tidlig intrauterin graviditet og være trygg på det. Nei, ikke en gestasjonssekk på en centimeter, men bare på noen millimeter. Eller å finne den tubargraviditeten på tre millimeter i pasientens høyre tube. Ser man dem så tidlig, forstår man at svært mange ikke trenger operasjon, men kan behandles med ekspektans. Jeg begynte å forstå arrgraviditeter. Det tok meg hele året, og jeg tror ikke at jeg egentlig hadde noe begrep om det før. Det var gøy å være med å se veldig sjeldne ektopiske graviditeter og hvordan de ble håndtert.

Jeg skjønnte fort at det var lite å lære om adenomyose for meg, noe som faktisk var litt deilig. Jeg hadde en PhD i det. I stedet



ble jeg hekta på å finne hver eneste lille graviditet og å aldri ha en «pregnancy of unknown location». Fant jeg ikke graviditeten, scannet en eller to andre overleger de samme pasientene. Fant en av de andre den, opplevdes det som et nederlag og økte ambisjonsnivået enda mer. Det skjedde sjeldnere og sjeldnere i løpet av året.

Davor tålte heldigvis min evige tidlig-graviditetsantagonisme på en meget stoisk måte. «Hvorfor bruker dere ikke ballong for å stoppe blødning? Vi bruker hele tiden ballonger, og det går supert!» Svaret hans kunne være: «Så dere har gjort en studie? Nei? Men det har jeg. Ballongen forhindrer at uterus kontraherer seg. Det eneste som stopper blødning er kontraksjon. Ballonger er imot fysiologien!»

Etter hvert ble mine spørsmål faktisk spørsmål, og ikke besserwiserhet forkledd som spørsmål. Han hadde gjort en studie på nesten alt innen tidlig graviditet, det har vært hans store lidenskap siden åttitallet. Hva er det fnugget man noen ganger ser i gestasjonssekken, mens amnionsekken er ekkotom? «Ingenting, det har vi aspirert på provoserte aborter. Vi fant ingenting i det.»

Jeg måtte innse at jeg egentlig ikke kunne så mye om tidlig graviditet i det hele tatt. Å måtte ta beslutninger om oppfølging basert på HCG- og progesteronverdier var egentlig ganske komplisert, da det krevde mye mer dyptgående kunnskap om svangerskapsfysiologi enn jeg egentlig hadde. Hvordan blir man god i det? Lese, øve og gjøre det ofte.

Vi fikk henvist komplekse arrgraviditeter fra hele Storbritannia. Second opinions på rester som var «umulig å fjerne». Vi fjernet dem «lett», men Davor var alltid ydmyk. «Du må tenke på hva som er feil når en pasient har hatt to inkomplette revisio. Folk der ute er ikke dumme. Kanskje det er et septum der eller et annet problem?»

Å holde seg til kriteriene for spontanabort var like mye en religion som en systematisk fremgangsmåte. «Disse er laget for idioter som ikke kan scanne. Men slik må det være! Mange tror de kan scanne og ser ikke sine begrensninger og feilene som resulterer av det,» sa

Davor. «Å avslutte en potensiell vital graviditet ved en feil må aldri skje. Derfor kan jeg leve med å måtte forholde meg til regler som har store sikkerhetsmarginer og som er laget for langt dårligere maskiner og undersøkere, fordi det betyr at vitale graviditeter ikke blir abortert av leger med et uhell.»

«I Norge scanner sykepleiere, LIS1 og de mest uerfarne gynekologaspirantene kvinner med mulig spontanabort og blødning i tidlig graviditet. Det ville ikke vært noe problem hvis det hadde vært under tett supervisjon, som i London.»

Jeg skulle ønske vi hadde samme ydmykheten her hjemme. En liten uoffisiell, intern audit viste at et svært høyt antall behandlede spontanaborter ikke oppfylte kriteriene i veilederen. Det gikk sikkert bra i de fleste tilfeller, men vi vet ikke med sikkerhet at det er tilfelle for alle. Mangler vi ydmykhet eller kunnskap?

En del av Dunning-Kruger-effekten er at man ikke klarer å lære av sine feil, fordi man ikke forstår at man har gjort en feil. Tilbake i Norge forsto jeg for fullt hva det betydde. Jeg hadde opplevd før at vitale graviditeter hadde blitt behandlet med misoprostol ved uhell. Det skjedde igjen etter at jeg kom tilbake. Antatte tubargraviditeter ble laparoskopert med hulcas i uterus, bare for å oppdage at det var intrauterint likevel. En stor blødning oppstod under en revisio. Vi hadde oversett en arrgraviditet og ikke satt i gang tiltak på forhånd. Svaret på avviket vi sendte: «Blødninger i graviditet er uunngåelig.» Hvorfor ble det ikke ramaskrik, umiddelbar granskning og tiltak satt i gang - alt dette er jo faktisk unngåelig? Det må være Dunning-Kruger-effekten. Jeg har ingen andre forklaringer.

I Norge scanner sykepleiere, LIS1 og de mest uerfarne gynekologaspirantene kvinner med mulig spontanabort og blødning i tidlig



graviditet. Det ville ikke vært noe problem hvis det hadde vært under tett supervisjon, som i London. Da hadde de også hatt den samme, enestående læringskurven som jeg har sett hos LISene i Clinic 3, som lett finner tubargraviditeter etter bare noen få uker med mengdetrening og en streng og systematisk fremgangsmåte. Her hjemme hører jeg fremdeles at det ikke er mulig å se tubene på ultralyd (noe som kanskje var sant tidlig på nittitallet, da jeg farget håret mitt og gikk på raves).

De samme LISene som ikke har tryggheten til å identifisere intrauterine graviditeter eller evnen til å se ektopiske graviditeter, blir da også overlatt til seg selv for å finne opp hjulet på nytt hver dag når det gjelder å legge en oppfølgingsplan for kvinner med graviditet med ukjent lokalisering. Uten supervisjon, og med dårlig kunnskap innen gynekologisk ultralyd, er det sikkert mange av disse hver dag i Norge. Det er urettferdig overfor LISene, som blir utrygge, men enda mer uansvarlig overfor kvinnene, da denne usikkerheten betyr en stor psykisk belastning. Utover det betyr det også en stor og unødvendig kostnad for helsevesenet, da studier har vist at det genererer mange unødvendige kontroller. I tillegg forsvinner mange tuber som kunne blitt bevart, da vi ikke er trygge og vant til å behandle tubargraviditeter med ekspektans. Metotrexat brukes i stedet utstrakt, uten god dokumentasjon og med bivirkninger for pasienten.

«Er det riktig at vi avviser kvinner med blødning i tidlig graviditet, kun fordi det ikke har noen medisinsk konsekvens?»

«Respekterer dere ikke deres kvinner?» spurte Davor meg litt provokativt. I mange diskusjoner med mine britiske kolleger om «ekte» likestilling, tegnet jeg det bilde av Norge jeg har i hjertet mitt: riket hvor kvinner er (ganske) likestilte, barnehageplasser rimelige, fødselspermisjoner lange og arbeidstidene normale (i London forlot jeg sjelden Clinic 3 sjelden før klokken sju).

Så hva er det han snakker om, er vi er respektløse overfor kvinner?! Etter den lille tidlig-graviditetsflammen var tent i meg, snek en

ubehagelige følelse seg på om at han kanskje hadde rett. Er det riktig at vi avviser kvinner med blødning i tidlig graviditet, kun fordi det «ikke har noen medisinsk konsekvens»? Det er slik vi alltid har gjort det, og bare akseptert at det er riktig bruk av ressurser. Men dette er jo ofte disse kvinnenes største kriser, forbundet med angst, traumer og mange senvirkninger, slik forskning også viser.

Det å ikke ha de beste ultralydeksperterne tilgjengelig når den mest uerfarne ikke finner en graviditet, ifølge Davor, er respektløst. Det er vanskelig å være uenig. Vi er villige til å risikere å sende en kvinne hjem for så å komme tilbake med en rupturert tubargraviditet, og samtidig skremme pasienter unødvendig og utsette dem for kontroller, selv om dette er unngåelig med en bedre organisering av omsorgen.

Ingen yter dårlig pasientbehandling med vilje, og på individnivå gjør legene så godt de kan. Utfordringen ligger med andre ord på systemnivå. Et problem er at omsorgen for tidlig gravide faller mellom tre stoler. Det er ikke helt gyn, og det er i hvert fall ikke obstettrikk. Kanskje bittelitt fostermedisin, men ikke egentlig. Vi ser jo hvor lavstatus og nedprioritert vårt fagfelt allerede er i helsesystemet, sammenlignet med andre kirurgiske fag. Så i et område som er nedprioritert av oss selv i et generelt nedprioritert felt, er det vanskelig å få til blomstring og god pasientbehandling.

«Davor er optimistisk. Han synes nemlig at vi skandinaver utmerker oss med en egenskap: vi har lyst til å lære og er nysgjerrige, vi er evidensdrevne og liker å være best som nasjon.»

Jeg har ikke noe perfekt svar på hva løsningen er, men en bra start er å se rundt seg og se at ting kan gjøres bedre. Å befri seg fra Dunning-Kruger-forbannelsen og begynne å løfte kvaliteten på omsorgen starter med å følge den nye veilederen. Her ligger ansvaret særlig hos avdelingslederne. De som sier at jeg er en svartmaler, og alt er i den fineste orden, kan jo gjerne sende meg



sine tall på hvor mange graviditeter med ukjent lokalisering de har i sin avdeling og hvor nøye de følger retningslinjene. Jeg blir overrasket hvis noen har disse tallene tilgjengelige. Så vidt jeg vet har ingen innført progesteron i oppfølgingen (hvis du lurer på hva progesteron har å gjøre med saken anbefaler jeg en titt i den nye veilederen). NGF og Helsedirektoratet må sikkert også komme på banen og sørge for at omsorgen for kvinner med komplikasjoner i tidlig graviditet blir organisert på en bedre måte. Her kreves både politisk og faglig endringsvilje.

Men vi vet hvor lang tid slike prosesser kan ta før det iverksettes endring. I mellomtiden har vi jobbet med NGF-veilederkapittelet om ektopisk graviditet. Vi har også organisert et kurs som Athena Goulimis skriver mer om i denne utgaven. Oppmøtet og reaksjonene viser hvor stor interessen er blant oss leger. Hver lege kan også gjøre noe på individuelt nivå. Prøv å se en tubargraviditet, hold deg oppdatert, ikke behandle noe du ikke har klart å se. Synes du dette er for strengt og uoppnåelig? Ta en Dunning-Kruger-hurtigtest!

Davor er optimistisk. Han synes nemlig at vi skandinaver utmerker oss med en egenskap: vi har lyst til å lære og er nysgjerrige, vi er evidensdrevne og liker å være best som nasjon. Han synes derfor at det er gøy å forelese her. «Dere spør mye fordi dere vil lære noe, dere er smarte. I mange andre land vil de bare forsvare sine egne ting.» Han sa til meg: «Trust me, I made every mistake in the book. You can repeat them. Or just learn from mine.»

PS: Lurer dere på hvordan det gikk med familien i London? Det var helt eventyrlig, og de koste seg masse. Barna gikk på den norske skolen i Wimbledon, ingen fikk Covid og mannen trivdes som «The real housewife of London». Han lærte å skille en silke-bluse fra en polyester-topp, og nesten ingenting ble ødelagt i vasken. Han trodde forresten det var lett, så man ser et visst mønster her i familien. Å jobbe som lege i UK krever GMC godkjenning, men det var forholdsvis enkelt å få min norske spesialitet godkjent. Språkprøven må man også ta – med litt innsats burde det sikkert gå bra for de fleste. Men hele prosessen er jo litt styrete, så det lønner seg nok å satse på minst et helt år når man først setter i gang, synes jeg.

IAAS¹⁹⁵
INTERNATIONAL ASSOCIATION
FOR AMBULATORY SURGERY

NORDAF

15th International Congress on Ambulatory Surgery

Oslo, Norway | 13.-15. May 2024





Intrarosa®

Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorie



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. Kjente, tidligere/mistenkt brystkreft. Kjente/mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Ubehandlet endometriehyperplasi. Akutt leversykdom/ tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Tidligere/pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofiliisjukdommer (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 ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Kjønnsganer/bryst: Unormalt Pap-utstryk (hovedsakelig ASCUS eller LGSIL). Undersøkelser: Vektendringer. Øvrige: Vaginal utflod. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ 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 intermedieære 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

Nytt kurs om gynekologisk ultralyd og behandling av komplikasjoner i tidlig graviditet!

Den 9. februar 2024 ble det holdt et nytt kurs om ultralyd og behandling av komplikasjoner i tidlig graviditet for LiS og Spesialister, det første av sitt slag i Norge. Kurset ble holdt på Ullevål universitetssykehus og dekket et område som utgjør en vesentlig del av den kliniske hverdagen for mange, men som likevel har fått begrenset oppmerksomhet i spesialistutdanningen. Mange av foredragsholderene er internasjonalt anerkjente for deres forskning innen ektopisk graviditet og gynekologisk ultralyd.



Athena Goulimis

Overlege, Oslo Universitetssykehus

Forskningen til en av foredragsholderne, professor Davor Jurkovic (University College London Hospitals, UCLH), har hatt stor innflytelse på de fleste retningslinjene internasjonalt innenfor ultralyd og komplikasjoner i tidlig graviditet. Han har vunnet den prestisjetunge Ian Donald Gold Medal, «ultralydens Nobelpris». En annen foredragsholder, Dr. Joel Naftalin (overlege ved UCLH), er sittende styremedlem for Association of Early Pregnancy Units i UK, samt forfatter av flere artikler innenfor benign gynekologi. Ytterligere foredragsholdere var professor Eric Jauniaux (UCLH), Dr. Jackie Ross (overlege Kings College Hospital, London) og Dr. Tina Tellum (overlege OUS, medforfatter av ESHRE guideline Ectopic Pregnancy Classification).

Deltakerne bestod av 20% LiS og 80% spesialister, hvorav 75% jobber på sykehus og 25% er i praksis utenfor sykehus. De skriftlige tilbakemeldingene fra kursdeltakerne var svært positive.

Kurset dekket et bredt spekter av temaer innenfor tidlig svangerskap. Et foredrag som ble veldig godt mottatt var Jackie Ross foredrag om identifisering av tubare ektopiske svangerskap med ultralyd. Flere videoer viste oss nøyaktig hvordan man følger tubene fra interstitium frem til fimbria, både når tubene inneholder et svangerskap og for normale tuber. Dr. Ross viste også eksempler på hvordan endometrium kan se ut ved ektopiske svangerskap, samt tips for å finne et tubart svangerskap.

Dr. Naftalins foredrag dekket graviditet med ukjent lokalisering, et område kursdeltakerne på forhånd hadde indikert at de ønsket å forstå bedre. Dr. Naftalin viste til prosedyrer som brukes i England

som reduserer antall oppfølgingstimer for pasienter med graviditet med ukjent lokalisering. Han oppfordret oss til å føre oversikt over antall graviditeter med ukjent lokalisering på våre egne avdelinger. Tallet burde ikke være over 10% ifølge Dr. Naftalin!

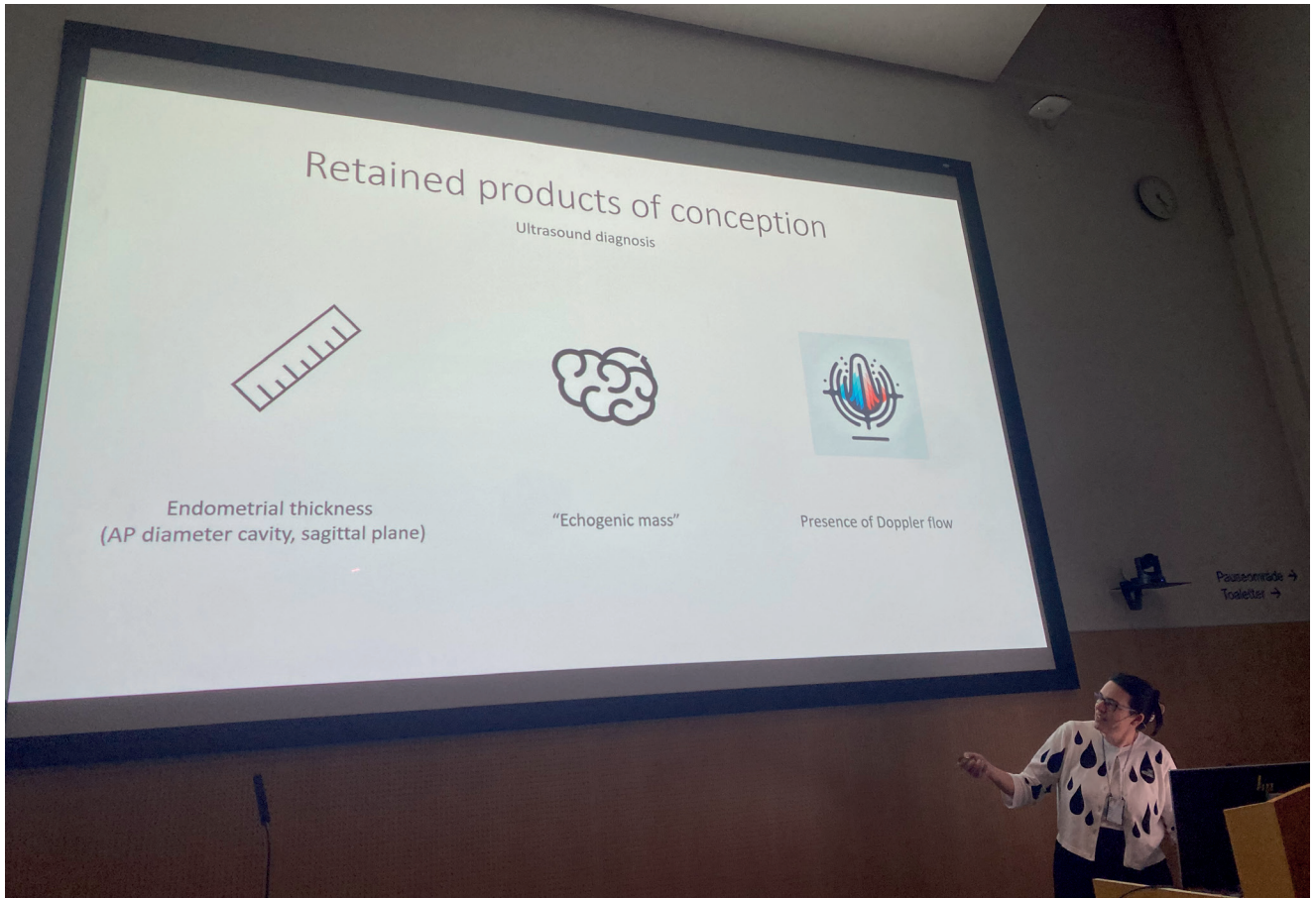
Professor Jurkovic's foredrag dekket arrgraviditet. En spørreundersøkelse av kursdeltakerne viste at få av oss har sett arrgraviditeter. Kan grunnen være at sektiofrekvensen i Norge er såpass lav at vi nesten ikke har arrgraviditeter, eller kan det være at vi overser noen av dem? Professor Jurkovic har publisert den til nå mest omfattende av «case series» internasjonalt om behandling av arrgraviditeter. Han viste oss ultralyddefinisjoner for arrgraviditeter, samt suksessrate for ulike behandlingsmetoder, inkludert metoden han har utviklet på UCLH som produserer misunnelsesverdige gode resultater.

Dr. Eline Seljeflot, overlege på St. Olavs beskrev steg-for-steg hvordan man bruker 3D-ultralyd med illustrative videoer og bilder. Det var et veldig nyttig og verdifullt foredrag for de 92% av deltagerne som ikke bruker 3D-ultralyd regelmessig.

Dr. Jenny Alvirovic, endometriosekirurg og tidligere overlege på Ullevål Sykehus, presenterte litteratur om hysteroskopisk versus ikke-hysteroskopisk håndtering av svangerskapsrester. Dette la grunnlaget for en livlig diskusjon.

Kurset dekket også blant annet salpingektomi versus salpingotomi (er det på tide å gjenoppta salpingotomien?), diagnostiske kriterier og optimal behandling av interstitielle graviditeter, kasuistikker fra Ullevål med udiagnostiserte arrgraviditeter, samt eksempler på feil diagnose eller behandling av spontanaborter.

Det var svært oppmuntrende å se den overveiende positive evalueringen av dette nye kurset. Deltakerne graderte det faglige ubyttest som høyere enn 9/10 i gjennomsnitt, og alle deltakerne skrev at de ville sterkt anbefale kurset til kolleger. Ambisjonen er å holde kurset årlig fremover.



Siste nytt fra Spesialitetskomiteen

Internundervisning



Nora Johansen

Leder av Spesialitetskomiteen

For å være helt ærlig spurte jeg ChatGPT om den kunne lage en tekst om utfordringer ved den nye spesialiseringsordningen, tiltenkt denne lederen. Men den kom bare med svada. Det ble jeg innerst inne glad for. Med forkjærlighet for dum-telefon og bøker er jeg i bunn og grunn litt skeptisk. KI svarte forresten veldig fornuftig på hva man skal gjøre hvis man får en postmenopausal blødning.

Jeg vil også tro at KI kan lage en fiks ferdig internundervisning. For internundervisning kommer som regel litt bardust på. Ikke hvis man kan drikke kaffi, la tankene fly og kaste stjalne blikk på telefonen som er skjult under bordet mens man hører om vaginale infeksjoner eller hvorvidt man bør lukke uterotomien intra- eller ekstraabdominalt. Internundervisning som holdes av andre er rett og slett en fryd. Den man skal holde selv, derimot, kan komme

som et sjokk til tross for at lista kom på e-post for tre måneder siden.

Men her kan du utnytte situasjonen. Det å holde internundervisning er et krav i spesialiseringen, det skal føres i individuell utdanningsplan og læringsmål kan godkjennes (FKM-023). Ikke minst får du en mulighet (kanskje heller plikt) til å sette deg grundig inn i en liten del av faget. Uansett hvor ny du er, vil alle i rommet sette pris på det du presenterer. Hvis det er noe som virker opplest og vedtatt, men som du egentlig aldri har forstått, vil nok over halvparten av kollegaene dine lure på det samme. Google i vei og finn det ut. For størst mulig læringsutbytte, vil jeg slå et slag for å grave litt i det som er aller vanskeligst, da blir alt det andre lettere. Du kan ha quiz og kasuistikk, men det er også noe fint med en presentasjon som er helt uten wow-faktorer. Diskusjon blir det uansett. Hvis presentasjonen føles tynn og varer for kort, eller det er ting du ikke rakk å sette deg inn i, kan du spørre de andre hva de tror. Da begynner folk å prate og tida går. Men, det lønner seg alltid å begynne på presentasjonen i god tid. På lik linje med at man aldri angrer på et bad, angre man aldri på å ha kommet godt i gang med internundervisningen før man sitter der kvelden før den skal holdes.



Reseptbelagt legemiddel

Spesifikt fremstilt for behandling av svangerskapskvalme

Individtilpasset dosering¹



Xonvea (doksylamin og pyridoksin), enterotablett 10 mg/10 mg Indikasjoner: For behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos kvinner som ikke responderer på konservativ behandling. **Dosering:** Den anbefalte startdosen er to tabletter ved leggetid (dag 1). Hvis symptomene vedvarer til ettermiddagen på dag 2, bør pasienten fortsette med den vanlige dosen på to tabletter ved leggetid (dag 2), og på dag 3 ta tre tabletter (en tablett om morgenen og to tabletter ved leggetid). Hvis disse tre tablettene ikke gir tilstrekkelig symptomkontroll på dag 3, kan pasienten ta fire tabletter fra dag 4 (en tablett om morgenen, en tablett midt på dagen og to tabletter ved leggetid). Den maksimale anbefalte daglige dosen er fire tabletter (en om morgenen, en midt på dagen og to ved leggetid). Skal tas som en daglig forskrivning, og ikke etter behov. For å forebygge at svangerskapskvalme og -oppkast plutselig kommer tilbake, anbefales en gradvis nedtrappingsdose ved seponeringstidspunktet. **Administrasjonsmåte:** Administreres på tom mage med et glass vann. Svelges hele og skal ikke knuses, deles eller tygges. **Pakning:** 10 mg/10 mg: 20 stk. Pris: Maksimal AUP: 299,50 kr. **Reseptgruppe C. Viktig sikkerhetsinformasjon: Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor doksylaminsuksinat, andre etanolaminderivative antihistaminer, pyridoksinhydroklorid. Samtidig bruk med monoaminoksidasehemmere (MAO-hemmere). **Advarsler og forsiktighetsregler:** Kan forårsake somnolens. Anbefales ikke ved samtidig bruk av legemidler som hemmer sentralnervesystemet, inkludert alkohol. Brukes med forsiktighet hos pasienter med astma, økt intraokulært trykk, trangvinkelglaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon og blærehalsostruksjon. Inneholder pyridoksinhydroklorid og derfor skal ytterligere nivåer fra kosten og vitamin B6-tilskudd vurderes. Inneholder spor av azofargestoffet allurarød AC aluminiumslakk (E129) som kan gi allergiske reaksjoner. Pasienter med hyperemesis gravidarum skal behandles av spesialist. Det har vært rapportert falske positive urinscreeningstester for metadon, opiater og fensykliidinfosfat ved bruk av doksylaminsuksinat/ pyridoksinhydroklorid. **Graviditet og amming:** Brukes av gravide kvinner. Amming: Opphisselse, irritasjon og sederer har vært rapportert hos diende barn som trolig har vært eksponert for doksylaminsuksinat gjennom morsmelk. Spedbarn med åpne eller andre respirasjonssyndromer kan være særlig sårbare for de sederende effektene av Xonvea, som kan føre til at apnéen eller respirasjonsproblemene forverres. Pyridoksinhydroklorid skilles ut i morsmelk. Bivirkninger hos spedbarn som trolig har vært eksponert for pyridoksinhydroklorid via morsmelk er ikke rapportert. Risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Tatt i betraktning fordelene av amming for barnet og fordelene av behandling for moren, må det tas en beslutning om ammingen skal opphøre eller om behandlingen skal avsluttes/avstås fra. **Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner:** Xonvea har moderat til stor påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Aktiviteter som krever fullstendig mental oppvaktet, som å kjøre eller bruke maskiner, bør unngås. **Bivirkninger:** Hyppigst rapporterte var somnolens. Alvorlig døsighet kan oppstå ved samtidig bruk av CNS-hemmende midler, inkludert alkohol. Antikolinerge effekter av Xonvea kan forlenges og forsterkes av monoaminoksidasehemmere. Mulige klasserelaterte bivirkninger av antihistaminer, inkluderer: tørr munn, nese og hals, dysuri, urinretensjon, vertigo, synsforstyrrelser, uklart syn, diplopi, tinnitus, akutt labyrintitt, insomni, tremor, nervøsitet, irritabilitet og facial dyskinesi. Tetthet i brystet, fortykkede bronkiesekresjoner, hvesing, tett nese, svette, frysninger, tidlig menstruasjon, toksisk psykose, hodepine, svakhet og parestesi har forekommet. I sjeldne tilfeller er agranulocytose, hemolytisk anemi, leukopeni, trombocytopeni og pancytopeni, økt appetitt og/eller vektøkning rapportert. For mer informasjon om dosering, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger se SPC 30.05.2022.

1. Xonvea SPC avsnitt 4.2

Kjære FUGO-folk!



Mina Eskeland
FUGO-leder

Kjære alle LIS! Det er med stor glede vi i FUGO-styret tar fatt på et nytt år med nye spennende oppgaver. Men først må vi få takke de to styremedlemmene som nå har gått ut av styret. En stor takk rettes til vår tidligere leder Øystein Bergøy som har ledet oss på forbilledlig måte de siste to årene. Du etterlater store sko å fylle. En stor takk også til Aslak Vimme Solhoff for arbeidet ditt med den fantastiske Trygge hender-kampanjen.

FUGO får (og tar på oss) stadig flere oppgaver og er en av LIS-foreningene med størst aktivitet. Det er vi veldig stolte av!

Vi skal nå i gang med planleggingen av en ny landsdekkende kampanje som vi satser på å lansere høsten 2025. Ellers skal vi som vanlig arrangere et spennende og inspirerende FUGO-kurs for LIS før NGFs årsmøte på Lillehammer (hold av datoen 23.10 allerede nå!). Vi skal også tradisjonen tro sende to LIS på ENTOG-utveksling til høsten, denne gangen til Sveits. Meld dere inn i FUGOs facebookgruppe og følg med på nettsidene våre for å holde dere oppdatert på alt som skjer.

Vi er så heldige å ha fått med oss to nye flotte styremedlemmer. Hjertelig velkommen til Rannveig Stokke som jobber på Sykehuset Telemark Skien og Eilin Austreid som jobber på Stavanger universitetssykehus. Hele FUGO-styret kan du se lenger ned på siden. Det er bare å ta kontakt med oss hvis dere har noe dere lurer på eller ønsker å ta opp. Vi jobber for at utdanningen vår skal bli best mulig og setter stor pris på tett dialog med LIS over hele landet. Vi gleder oss til et nytt år der vi forhåpentligvis får til enda mer sammen!

FUGO-styret 2024



Mina Eskeland
Leder, Gynekologen, Utdanningsprisen
Arbeidssted: OUS 2022-d.d.,
Nordlandssykehuset Bodø 2021-2022.



Sukhjeet Bains
Webansvarlig, ENTOG, FUGOtek
Arbeidssted: Drammen sykehus 2022-d.d.,
Sørlandet sykehus Arendal 2021-2022.



Are Adam Woyseth Larsen
Nestleder, NFYOG, Endoskopiutvalget
Arbeidssted: Sykehuset Telemark Skien 2022-d.d.,
Ringerike sykehus 2022.



Rannveig Stokke
Sekretær, kursansvarlig, Gynekologen
Arbeidssted: Sykehuset Telemark Skien 2022-d.d.



Morten Kvello
NGF-representant
Arbeidssted: OUS 2022-d.d.,
Sørlandet sykehuset Kristiansand 2020-2022.



Eilin Austreid
Kampanjeansvarlig, NFYOG
Arbeidssted: Stavanger universitetssykehus 2018-d.d.



Siri Juliebø-Jones
Kasserer, ENTOG
Arbeidssted: Haukeland 2021-d.d.,
Sykehuset Telemark Skien 2019-2021,
Nordlandssykehuset Bodø 2018-2019.

P-PILLER MED ESTETROL, HVORFOR?

Østrogetestetrol gir østrogeneffektene vi ønsker i endometriet, vagina, skjelettet og kardiovaskulært¹⁻³, men gir minimal østrogeneffekt i lever og brystvev.¹⁻⁶

Drovelis gir også:

- Forutsigbart blødningsmønster⁷
- Minimal påvirkning på
 - Humør⁷
 - Libido⁷

For mer informasjon fra Gedeon Richter skann QR-koden



Referanser: 1. Abot A, et al. *EMBO Mol Med* 2014 oct 6: 1328–1346. 2. Arnal JF, et al. *Physiol Rev* 2017 Jul 1;97(3):1045–1087. 3. Coelingh-Bennink HJ, et al. *J Reproduktionsmed Endokrinol Online* 2015; 12 (4). 4. Giiretti MS, et al. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2014; 5:80. 5. Gérard et al. *J Endocrinol* 2015 Jan;224(1):85–95. 6. Singer CF, et al. *Carcinogenesis* 2014. Nov;35(11):2447–51. 7. Gernzell-Danielsson K, et al. *BJOG*. 2022 Jan;129(1):63–71.

Drovelis (estetrol, drospirenon)

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A18. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. **TABLETTER, filmrasjerte 3 mg/14,2 mg. Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. Beslutning om forskrivning bør ta hensyn til den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, særlig de for venøs tromboembolisme (VTE), og hvordan risikoen for VTE med Drovelis er sammenlignet med andre kombinerte hormonelle antikonseptiva (CHC). **Dosering:** Tablett 1-24 er aktive (rosa), tablett 25-28 er placebo (hvite). Begynn på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsett med 1 tablett hver dag i 28 dager (som vist på pillebrette). **Ved overgang/bytte fra annen prevensjon:** Se pakningsvedlegg/SPC. **Etter abort i 1. trimester:** Behandling kan starte umiddelbart. **Etter fødsel eller abort i 2. trimester:** Det anbefales å begynne mellom dag 21 og 28 etter fødsel eller abort i 2. trimester. **Utsettelse av menstruasjonen:** Menstruasjonen kan utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de hvite placebo-tablettene. For mer informasjon om endring/utsettelse av menstruasjon, se pakningsvedlegg/SPC. **Glemte tabletter/Gastrointestinale forstyrrelser:** Hvis tablettene tas >24 timer for sent, eller ved oppkast og diaré innen 3-4 timer etter tablettinntak, kan prevensjonseffekten være redusert og forholdsregler anbefalt ved glemte tabletter bør følges, se pakningsvedlegg/SPC. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. **Nedsatt nyrefunksjon:** Kontraindisert ved alvorlig nyresvikt. **Barn og ungdom <16 år:** Er kun indisert etter 1. menstruasjonsblødning. **Administrering:** Tas hver dag rundt samme tid, ev. sammen med litt væske. **Kontraindikasjoner:** Behandling skal seponeres straks hvis noen av følgende tilstander oppstår for første gang. **Tilstedeværelse av eller risiko for venøs tromboembolisme (VTE):** Nåværende (på antikoagulanter) eller tidligere (f.eks. dyp venetrombose eller lungeemboli) VTE, kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for VTE, f.eks. APC-resistens (inkl. faktor V Leiden), antitrombin III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel; større kirurgisk inngrep med forlenget immobilisering; høy risiko for VTE pga. tilstedeværelse av flere risikofaktorer. **Tilstedeværelse av eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE):** Nåværende/tidligere ATE (f.eks. hjerteinfarkt) eller prodromal tilstand (f.eks. angina pectoris); cerebrovaskulær sykdom - nåværende/tidligere slag eller prodromal tilstand (f.eks. TIA); kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for ATE, f.eks. hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer; tidligere migrene med fokale nevrologiske symptomer; høy risiko for ATE pga. flere risikofaktorer eller pga. tilstedeværelse av 1 alvorlig risikofaktor som: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Nåværende/tidligere levertumorer (god- eller ondartede). Kjent eller mistenkt malignitet som påvirkes av kjønnsormoner, f.eks. i genitalier eller bryst. Udiagnostisert vaginal blødning. Overfølsomhet for innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling startes må en komplett medisinsk historikk innhentes og graviditet utelukkes. Blodtrykket bør måles, og en fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og advarsler. Kvinnen må gjøres oppmerksom på informasjonen om VTE og ATE, inkl. risiko ved Drovelis sammenlignet med andre CHC, symptomer på VTE og ATE, kjente risikofaktorer og tiltak ved mistanke om trombose. Kvinnen bør oppfordres til å lese pakningsvedlegget grundig og følge rådene som gis. Hyppighet av senere undersøkelser bør baseres på etablert praksis og tilpasses individuelt. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Det må sikres at kvinnen forstår VTE-risikoen, hvordan den påvirkes av nåværende risikofaktorer og at den er høyest 1. året. Bruk kan være forbundet med økt risiko for ATE (hjerteinfarkt) eller cerebrovaskulære hendelser (f.eks. TIA, slag), som kan være dødelige. Risikoen for komplikasjoner ved ATE eller en cerebrovaskulær hendelse øker ved tillegg av risikofaktorer. Noe økt risiko for brystkreft hos kvinner som bruker CHC med etinyløstradiol er sett. Økt ALAT er sett når kombinasjonsbehandling mot hepatitt C-virus er gitt samtidig med CHC med etinyløstradiol. Dette er ikke vist ved bruk av andre østrogener, men forsiktighet bør likevel utvises ved samtidig bruk. Drospirenon er en aldosteronantagonist med kaliumsparende egenskaper. Økte kaliumnivåer forventes ikke, men ved nedsatt nyrefunksjon og serumkalium i øvre referanseområde før behandlingsstart, anbefales det å sjekke serumkalium i løpet av 1. behandlingssyklus, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende midler. Kvinner med hypertriglyseridemi eller en familiehistorikk med dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, gallestein, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis og otoskleroserelatert hørselstap er sett, eller forverring av dette. Ved arvelig angiodem kan eksogene østrogener indukere eller forverre symptomer på angiodem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser i leverfunksjonen, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markøren for leverfunksjonen normaliseres. Preparatet kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes skal observeres nøye spesielt i startfasen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom og ulcers kolitt er sett ved bruk av CHC. Depresjon er en risikofaktor for selvmordsrelatert atferd og selvmord. Kvinner skal rådes til å kontakte lege ved humørendringer og depressive symptomer, inkl. kort tid etter behandlingsoppstart. Ktoasma kan oppstå, spesielt hos kvinner med graviditetsktoasma i anamnesen. Kvinner med tendens til ktoasma skal unngå eksponering for sol eller ultrafiolette stråler. Uregelmessig blødning kan oppstå, spesielt de første månedene med bruk. Hvis blødningsforstyrrelser vedvarer eller oppstår etter tidligere regelmessige sykkluser, må ikke-hormonelle årsaker vurderes. Se SPC for ytterligere informasjon. Bruk av prevensjonssteroider kan påvirke resultatene av visse laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre på lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivået av transportproteiner, parametre på karbohydratmetabolisme og parametre på koagulasjon og fibrinolyse. Drospirenon forårsaker en endring i plasmanintaktivitet og plasmaalldosteron fremkalt av mild antimineralokortikoid aktivitet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemetabolsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. Se også preparatomtalen for legemidler som skal gis samtidig. Bruk sammen med enzyminduserende legemidler kan gi gjennombruddsblødninger og/eller nedsatt prevensjonseffekt. Ved korttidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør en barrieremetode eller annen prevensjon benyttes i tillegg under behandling og i 28 dager etter seponering. Ved langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjon benyttes. **Graviditet og amning:** Seponeres hvis graviditet oppstår. Bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er stemningslidelser og forstyrrelser, libidoforstyrrelser, hodepine, magesmerter, kvalme, akne, brystsmarter, metroragi, vaginal blødning, dysmenoré, menoragi, og vektfluktuasjon. **Overdosering:** Det er så langt ingen erfaring med overdosering av Drovelis. **Pakninger, priser og refusjon (pr. 01.02.2022):** 3 x 28 stk kr 350,60 (priser angitt som AUP). **Refusjon:** Refusjonsvedtak påventes. Blå resept. Nei. Bytbar. Nei. **Basert på SPC godkjent av S1V/EMA:** 22.04.2022. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc, Gyömrői út 19-21/1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, Str. 111 23 Stockholm, Sverige, Telefon: 00 47 21 03 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret:** 07.10.2022.



GEDEON RICHTER

Barnhusgatan 22, 111 23 Stockholm, Sweden. T: +46 8 611 24 00.



Kjære Norges LIS og overleger

Som lovet, her er tilbakemeldingene fra «Trygge hender»-kampanjen og den avsluttende spørreundersøkelsen om opplevd trygghet i fødselshjelp. Basert på deltagelse og deres tilbakemeldinger vil vi ydmykt beskrive kampanjen som en suksess. Kampanjen er over, «Trygge hender» lever videre.



Aslak Vimme Solhoff
Leder



Johanne Kolvik Iversen
Faglig leder og veileder
«Trygge hender»-kampanjen



Per Kristen Teigen
Faglig koordinator



Catrine Størksen
Nestleder og
økonomiansvarlig



Charlotte Egeland
Kommunikasjonsansvarlig
«Trygge hender»-kampanjen

Vi håper at opplæring og sertifisering i «Trygge hender» fortsetter på alle deltagende sykehus, og at alle nye LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer får muligheten til å benytte undervisningsmaterialet, som vil forbli tilgjengelig fremover. Om kampanjematerialet blir borte, send enten mail til fugo.tryggehender@gmail.com eller snakk med deres lokale «Trygge hender»-instruktør.

For opplæring av nye LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer, foreslår vi følgende system:

- Modul 1 – Gjennomført teori og praktisk opplæring innen 3-6 måneder.
- Modul 2 – Gjennomført teori og praktisk opplæring innen 6-12 måneder.
- Modul 3 – Gjennomført teori og praktisk opplæring etter 12 måneder, eller ved gruppe 1 sykehus (for fødeavdelinger som ikke håndterer seteleie og tvillinger).

Videre opplæring av nye «Trygge hender»-instruktører vil forsøkes gjennomført på kurs i Bergen: «Operativ obstetikk for viderekomne». Vi jobber også med et intervall for oppfriskning for sertifiserte «Trygge hender»-instruktører på samme kurs.

60 LIS svarte på spørreundersøkelsen om opplevd trygghet i fødselshjelp etter kampanjen var over.

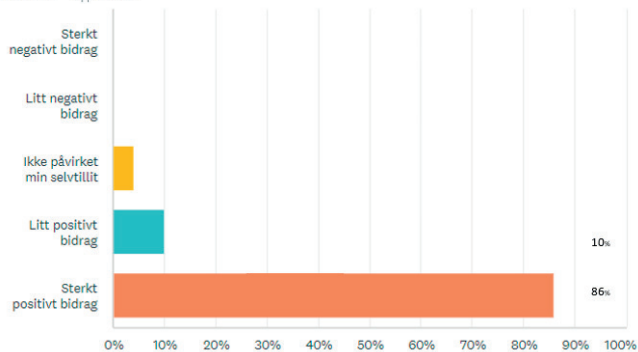
I løpet av kampanjeperioden økte LISenes opplevde trygghet ved vakuumforløsninger fra 65 til 80 (0-100) (+1,3 SD når korrigeret for fartstid i faget og antall utførte forløsninger). Trygghet ved tangforløsninger økte fra 19 til 37 (0-100) (+1,4 SD når korrigeret for fartstid og antall utførte forløsninger). Trygghet ved palpasjon av nivå/stasjon økte fra 43 til 78 (0-100) (+2 SD når korrigeret for fartstid i faget og antall utførte forløsninger), og trygghet ved palpasjon av posisjon økte fra 42 til 74 (0-100) (+1,5 SD når korrigeret for fartstid i faget og antall utførte forløsninger). Hele 96% svarte at kampanjen hadde påvirket deres selvtillit ved undersøkelser og forløsninger positivt (figur 1), og hele 95% svarte at kampanjen hadde påvirket avdelingens fokus på trening i obstetikk positivt (figur 2). Dette er fantastisk gode tilbakemeldinger som vi er veldig stolte av å kunne vise til.

Til sist vil vi takke for rørende engasjement og velvilje gjennom hele kampanjens løp. Gleden vi har mottatt fra dere har vært enorm.

Fra alle oss i «Trygge hender» - takk for denne gang. Vi sees – og ikke minst: God trening 😊

I hvilken grad har Trygge hender kampanjen bidratt til din selvtillit i undersøkelses- og forløsningssituasjoner i obstetikk?

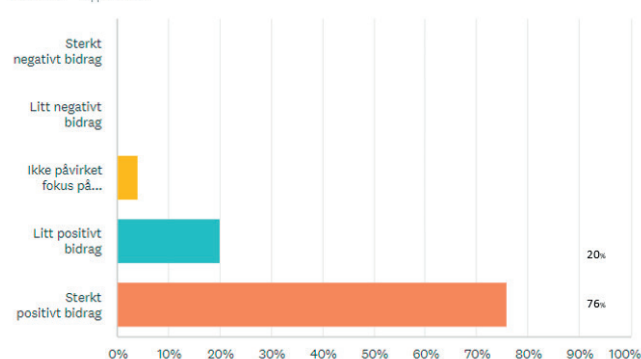
Besvart: 50 Hoppet over: 15



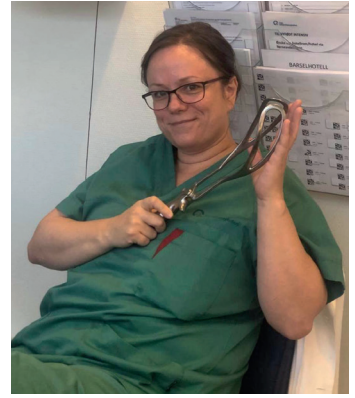
Figur 1

I hvilken grad har Trygge hender kampanjen bidratt til fokus på trening av obstetriske ferdigheter i din avdeling?

Besvart: 50 Hoppet over: 15



Figur 2





Vinneren av Utdanningsprisen 2023

Sykehuset Innlandet Gjøvik var den velfortjente vinneren av Utdanningsprisen 2023 som ble delt ut på NGFs årsmøte i oktober. Det var andre året på rad vi i FUGO fikk æren av å dele ut denne høythengende prisen. Vinneren ble kåret gjennom et spørreskjema som vi sendte ut til alle LIS i gynekologi og obstetikk sommeren 2023. Vi fikk 112 svar fra 27 forskjellige sykehus spredt over hele landet. Sykehuset Innlandet Gjøvik var den klare vinneren. FUGO har tatt en prat med føde/gyn-avdelingen ved avdelingssjef Anja Døssland Holstad om hva som gjør at Sykehuset Innlandet Gjøvik utmerker seg.



Mina Eskeland
LIS ved OUS og FUGO-leder

1. Fortell litt om avdelingen deres.

Gjøvik har en felles føde/gyn/barselavdeling. Vi har ikke barneavdeling, så vi forløser gravide etter uke 35. Premature, seter, tvillinger m.m. henvises til KK Lillehammer. Vi har ca. 500 fødsler i året. Om sommeren samarbeider vi med Lillehammer, og avdelingen stenger i 8 uker. Vi har poliklinikk på Gjøvik hele året. Legene går vakter 4 uker på Lillehammer om sommeren, og LIS har stort sett også dagarbeid på Lillehammer om sommeren. De får da mulighet til å være med på seteleier, tvillinger og premature, som de ikke får ellers i året på Gjøvik.

Vi har stor aktivitet på gyn. Vi har mer enn 10.000 polikliniske konsultasjoner og stor allsidig operasjonsaktivitet. Mye av operasjonsaktiviteten er dagkirurgi eller sammedagkirurgi. Sammedagkirurgipasientene ligger vanligvis på et felles pasienthotell med de andre kirurgiske fagene og strålepatienter. På poliklinikken gjør vi koniseringer, hysteroskopier og Bulkamid.

Vi skal være 6 overleger i vakt – men er dessverre ikke det. Til høsten vil vi være 5 i vakt. I tillegg har vi 2 senioroverleger på dagtid. To av overlegene jobber 80%. Vi har 3 LIS som går i en 5-delt turnus.

2. Hva er det som er spesielt bra hos dere og som dere tror gjorde at dere vant Utdanningsprisen 2023?

Det LIS trekker frem som er bra hos oss og som gjør at de er fornøyde og lærer mye, er blant annet at de får være mye med på operasjon, og raskt blir selvstendige under god supervisjon på mange av avdelingens oppgaver. I og med at vi er så få leger totalt

og bare 3 LIS, får de alltid én operasjonsdag i uken og noen ganger to. Vi er tett på våre LIS, og det er lett å spørre overlegene om hjelp. Vi har en flat struktur, og alle spør og diskuterer med hverandre. Overlegene får også mye god input fra LIS. På poliklinikken har LIS i starten sperretimer og god tid slik at de rekker lese seg opp i veilederen/prosedyrer og få hjelp av overleger. Vi prøver å passe på at det er en overlege tilgjengelig for LIS (det går ikke alltid) eller en som har poliklinikk i naborommet.



Morgenmøtet brukes også til previsitt hvor vi går gjennom dagens pasienter, slik at LIS kan gå mest mulig selvstendig visitt når de har avdelingen. Overlege tilkalles selvfølgelig ved behov. På vakter er stort sett alltid overlege med på operative forløsninger og laparoskopier. I og med at vi ikke har så mange fødsler, tar det litt tid for LIS å bli god på vaginale operative forløsninger. Overlegene har hjemmevakt og ringes alltid inn ved operative forløsninger. Har vi to erfarne LIS hender det at de gjør sectio og laparoskopier uten overlege.

3. Hvordan ser et typisk spesialiseringsløp ut hos dere?

LIS kommer som regel rett fra LIS1 til oss. Vi har vært heldige og fått mange som har interesse for faget. De blir inntil 3 år hos oss – noen slutter dessverre før fordi de har familie/kjæreste andre steder, men vi har mange som er her i 3 år og mange tar også kirurgtjenesten på Gjøvik. Vi har et veldig godt samarbeid med kirurgisk avdeling. Vi fikk tilbake en LIS fra tjeneste på OUS for noen år siden og får en tilbake nå i vår. Det er vi svært glade for. Vi ser at det er lettere å få tilbake ferdige spesialister hvis de har lokal tilknytning. Det at vi nå vet at vi får samlet mye av føde-/gyntilbudet i Mjøssykehuset har også bidratt positivt til at LIS kan tenke seg å komme tilbake til oss som spesialister. Da får vi et større fagmiljø og bedre vaktordninger for overlegene.

4. Hvordan ser en typisk hverdag ut hos dere?

Det er morgenmøte og undervisning hver dag fra 8-9. De som opererer må ofte gå fra litt før. Deretter fordeles legene på dagvakt, operasjon og ofte samtidig visitt på gyn og poliklinikk. Hvis vi har nok leger til at en går visitt på gyn har den i praksis fordypningstid/administrasjon etter lunsj. Vårt mål er at en overlege har visitt på gyn eller administrasjon hver dag og også er tilgjengelig for LIS på føden/vakt/poliklinikk, men det er ikke alltid mulig.

5. Har dere strukturert opplæring på ultralyd, laparoskopi, prosedyrer på føden etc?

Når LIS begynner får de et hefte som FUGO laget: «Velkommen til faget». I tillegg bruker de våre gode nasjonale veiledere og interne prosedyrer. De går litt utenpå de første ukene, men får raskt egne, tilpassede oppgaver, og overlegene er tilstede som supervisorer. På UL og operasjoner blir det mye mester-svinnlæring, i tillegg til laparoskopiboksen og trening på dukker i fødselshjelp. Vi har også mer strukturerte gjennomganger av UL og operasjoner i internundervisningen. LIS er med

UL-jordmødrene i starten så de kommer i gang med obstetrisk UL. Når det er mulighet, er LIS med UL-jordmødrene på screening og vekstkontroller. Det er avsatt litt ekstra tid slik at de kan få prøve seg under veiledning på noen av pasientene i løpet av dagen. LIS får også veldig god hjelp av våre gode sykepleiere på gynpol og ikke minst vår fantastiske kontortjeneste. Mange LIS bruker også fordypningstid til å henge seg på de aktivitetene de vil trene mer på.

6. Hvordan foregår internundervisning, simulering etc?

Vi har en eller annen form for undervisning hver morgen. Utdanningsutvalget setter opp en plan for internundervisning. Vi har undervisning mandag og onsdag, inklusive gruppeveiledninger, felles kompetansemål og eksterne forelesere. Torsdager har vi enten CTG/fødselsgjennomgang med jordmødrene og legene, kasus eller felles undervisning med Lillehammer og Elverum. Tirsdager har vi operasjonsmøte hvor vi går gjennom mange av pasientene som søkes inn til operasjon og LIS kan ta opp problemstillinger. Det kan de også på vaktmøte om morgenen og ettermiddagen. Vi har regelmessige øvelser og noen ganger større øvelser hvor vi samarbeider med anestesi og operasjon. Fredager er det boksen går eller veiledning. Vi bruker trygge hender og vår seksjonsoverlege/instruktør tar det noen ganger på undervisning om morgenen og noen ganger på andre tidspunkt. Alle LIS sertifiseres på STAN innen ca 6-8 mnd. Alle jordmødre og leger resertifiseres ca hver 2 år.

7. Er det andre positive sider ved avdelingen deres ønsker å trekke frem?

Utdanning av LIS er godt forankret i ledelsen, og det er mange engasjerte overleger som gjerne lærer bort sine ferdigheter til LIS. LIS får stort sett dra på de kursene de får plass på og ofte litt mer enn det som er anbefalt hvert år. LIS har også en del felles kursdager i forhold til felles kompetansemål. Vi prøver også å gjøre sosiale ting sammen, enten overleger og LIS eller avdelingsfester med alle de andre også.

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

Som hos mange andre kunne vi nok hatt oftere strukturert veiledning, men LIS gir tilbakemelding om at de er fornøyd med veiledningen og supervisjonen de får. De føler seg både sett og verdsatt hos oss.

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

Jeg tror mange avdelinger gjør som oss og har stort engasjement for LIS-utdanningen. Vi har vært veldig glade for de gode kampanjene til FUGO og alltid hengt oss på det. Overlegene, og også de andre faggruppene hos oss, brenner for faget sitt – og det tror jeg smitter over på LIS.

Entog Exchange UK

18 - 22. September 2023

I september 2023 reise Margrete Unelsrød Larsen fra Førde Sentralsjukehus og Kristiane Tislevoll Eide fra Haukeland universitetssykehus på ENTOG utveksling til Storbritannia. De har skrevet flotte reisebrev om sine opplevelser i henholdsvis Bristol og Birmingham. Les reisebrevene og la deg inspirere til å søke på ENTOG 2024 til Sveits da vel!

Bristol Southmead Hospital

Skrevet av Margrete Unelsrød Larsen

Jeg har jo sett mailer om ENTOG flere ganger tidligere, men jeg har ikke fått helt med meg hva det faktisk er. Under min gruppe 1-tjeneste ved Kvinneklinikken Haukeland sykehus i 2021 til 2022 fikk jeg gleden av å hilse på gjengen som var på ENTOG-utveksling i Norge, kjekke kollegaer fra ulike Europeiske land. Det var spennende å høre om hvor like, men samtidig ulike våre arbeidshverdager er.

En dag på føden i Bergen hadde jeg med meg en kollega fra Irland. Hun jobber på et sykehus med rundt 50% keisersnittandel (av ca. 12000 fødsler årlig). De gjorde keisersnitt på blant annet alle tvillinger og seteleier. Hun var med meg inn til en ung førstegangs fødende som var godt i gang med sin fødsel. Det var normal fremgang, men hun ønsket et keisersnitt. "Jeg orker og klarer ikke mer!". Vi fikk smertelindret henne bedre og oppmuntret henne (noe motvillig) til å fortsette. Da vi kom ut fra fødestuen sa vår irske kollega at dersom denne pasienten hadde vært på hennes sykehus, ville hun fått det keisersnittet hun ropte på. Hun la også til, med et smil, at jeg ville vært den slemmeste doktoren på den avdelingen. Denne unge førstegangs fødende fødte helt ukomplisert. Dette og flere andre diskusjoner gjorde meg nysgjerrig på ENTOG, og gav meg et ønske om å få høre og oppleve hvordan livet som gynekolog/obstetiker er andre steder i Europa.

Og jammen meg ble jeg valgt ut som én av to som fikk reise fra Norge i 2023. Den andre var Kristiane T. Eide, tidligere kollega fra Kvinneklinikken i Bergen. Jeg fikk gleden av å bli utplassert i Bristol, Englands sjette største by. Bristol ligger sørvest i England, ca. én og en halv times togtur fra London. Det var flere sykehus i byen, og jeg var utplassert på Bristol Southmead hospital, et relativt stort sykehus der mor/barn-sykehuset ligger i kort avstand fra sykehusets hovedbygg. De har ca. 6000 fødsler årlig.

Sammen med meg var flere kollegaer fra Europa: Radostina fra Frankrike (Paris), Ana Beatrice fra Portugal, Tamara fra Slovenia og Fatma fra Tyrkia.

Jeg og Fatma fikk gleden av å bo hos vår kollega, Sarah Walker, en erfaren og engasjert kollega på slutten av sin spesialisering. Sarah var på ENTOG-utveksling i Bergen da jeg var der i 2022. Fatma er ferdig spesialist og jobber til vanlig i Ankara. Skravla gikk om fag og fjas fra morgen til kveld. Sarahs rekkehus var veldig typisk engelsk og veldig koselig. Sykehuset lå en 20 minutters gåtur unna.

Tre av oss var utplassert på Bristol Southmead. Jeg, Fatma fra Tyrkia og Tamara fra Slovenia. De andre var utplassert på andre sykehus i byen/omegn.

Vi ble fordelt på de ulike funksjonene på sykehuset: føden, fødepoliklinikken, gynekologisk ØH-poliklinikk, gynekologisk avdeling og operasjon. De hadde også en hysteroskopiklinikk.

Det var en pågående streik blant legene, noe som gjorde at en del av driften dessverre var tatt ned. Vi fikk likevel med oss en hel del, og vi fikk et inntrykk av deres arbeidshverdag.

Jeg fikk blant annet med meg en dag på føden (high risk unit), visitt på observasjonsposten og barsel, fødepoliklinikken, gynekologisk ØH-poliklinikk, CTG-undervisning med LIS-legene og operasjon.

Mye var gjenkjennelig og likt, mens andre ting var veldig annerledes. Sykehuset har en høy keisersnittfrekvens, og slik jeg oppfattet det var den ikke synkende. Hadde inntrykk av at "patient's choice" stod sterkt. På fødepoliklinikken fikk pasientene grundig informasjon for og mot elektive keisersnitt. De hadde en sjekkliste de gikk gjennom punkt for punkt med eventuelle risikoer og komplikasjoner. Alle måtte signere på dette dersom det ble bestemt keisersnitt. Ved instrumentell forløsning brukte de hovedsakelig tang eller kiwi-kopp, noen ganger bløt kopp/silastic cup. Fosterovervåkning ble gjort med CTG. De brukte ikke STAN. Laktat ble brukt av og til, men jeg fikk ikke inntrykk



Inngang føden, "Central delivery suite".



«Legen går i privat tøy og gjør ingen ultralyd selv. Pasientene hadde vært til sonograf før de kom til timen.»

av at det var standard. De hadde seteforløsninger, men dette var relativt sjeldent. Visitten på føden fremstod veldig ressurskrevende. På visitrunden deltok anestesilege, anestesisykepleier, obstetrisk overlege og LIS, indremedisiner, jordmor og sykepleier. Sykehuset hadde eget previa-team, og de tok imot premature fra andre omliggende sykehus.

Jeg var på fødepoliklinikken med en erfaren obstetiker en formiddag. Dette var helt klart annerledes enn jeg er vant med. Legen går i privat tøy og gjør ingen ultralyd selv. Pasientene hadde vært til sonograf før de kom til timen. Pasientene hadde ikke faste timeavtaler, men møtte opp om morgenen, og legene vurderte så pasientene fortløpende. Papirjournalene lå i bunker i en skuff, og man jobbet til det var tomt. Ja, de har papirjournal! Et tungvint system hvor en del av tiden gikk til å tyde andres håndskrift. Innføring av digitalt journalsystem stod på trappene. Samme ettermiddag var jeg med en ung og relativt fersk LIS på gynekologisk ØH-poliklinikk, hvor det var gjenkjennelige problemstillinger og

vurderinger. Men også her veldig uvant at legene ikke gjør ultralyd selv. Alle kom med en ultralydvurdering fra sonograf i hånden (både vaginal og abdominal ultralyd). Disse vurderingene var ikke tilgjengelige på helg eller vakttid på kveld og natt.

Jeg diskuterte dette med en av de gynekologiske overlegene i ØH-mottaket denne ettermiddagen. Hvorfor ville man ikke lære opp LIS i ultralyd? Argumentene var da blant annet at det var for stor risiko for at LIS skulle gjøre feilvurdering, og det var heller ikke tid eller ressurser til å lære dem opp. Jeg hadde flere oppfølgings spørsmål etter dette for å si det sann. Og det kom ikke frem et eneste godt argument.

Alt i alt fikk vi et godt innblikk i arbeidshverdagen for legene på Southmead hospital. På ettermiddag og kveldstid hadde vi samlinger med alle ENTOG-deltakerne som var i Bristol. Vi møttes for god mat og drikke. Latteren satt løst, og det ble mye tid for fagprat og diskusjoner. Noe som ble tydelig i diskusjonene var



at leger, både i UK og flere av de andre landene, i langt høyere grad enn hjemme i Norge blir utsatt for personlige søksmål. Dette så ut til å styre og påvirke utøvelsen av faget og ble gjerne gjenspeilet i en stadig økende keisersnittfrekvens, slik at den praktiske obstetrikken/operative vaginale forløsninger får mindre og mindre plass.

Uken ble avsluttet med en felles konferanse i Birmingham for alle ENTOG-deltakerne som var utplassert ulike steder i UK. Dette var en lærerik dag med flere spennende forelesninger, mingling og fagprat i pausene. Forelesningen av dr. Andriy Berbets gjorde spesielt sterkt inntrykk. Dr. Berbets er obstetriker fra Ukraina. Før krigen var han blant annet ansvarlig for LIS-utdanningen på sitt sykehus. Nå jobber han som lege i fronten. Flere av hans



kvinnelige LIS som var under utdanning har nå flyktet fra landet. Hans innstendige bønn var at vi i Europa skulle ta godt vare på dem og gi dem sjansen til å fullføre sin spesialisering.

Alt i alt ble dette en spennende, givende og inspirerende uke. Jeg sitter igjen med mange gode minner og opplevelser. Jeg har fått et lite innblikk av hvordan livet som gynekolog og obstetriker er ellers i Europa, noe som har gitt meg en økt takknemlighet for å få jobbe som lege i vårt fagfelt akkurat i Norge.

Jeg anbefaler ENTOG-utveksling på det varmeste. I år skal det være i Sveits. Søk da vel!

Russells Hall Hospital, Dudley

Skrevet av Kristiane T. Eide

Jeg fikk gleden av å besøke LIS-kollega Zahra, bosatt i Birmingham, med hospitering på hennes sykehus i nabobyen Dudley. Hun, hennes mann og hennes sønn var utrolig gjestfrie, og huset hele tre LIS denne uken: meg fra Norge, en kollega fra Sverige og en fra Italia. Zahra selv hadde tidligere bodd i Norge, hvor hun hadde tatt deler av utdannelsen sin, så hun snakket Norsk. Hun viste oss sykehuset sitt og fordelte oss til forskjellige seksjoner og kollegaer på sykehuset. Mellom nattevaktene sine kjørte hun oss hit og dit i en travel og stor by, laget mat til oss hjemme, tok oss med ut på restaurant og på musikal. Vi fire hang sammen i det koselige huset hennes, på nabopuben og på sightseeing i Birminghams sentrum. Interessante diskusjoner om fag og arbeidsforhold i de fire ulike landene utspant seg gjennom uken og gjorde oppholdet ekstra verdifullt. Mye var likt, og mye også ganske forskjellig.

På sykehuset Russells Hall i Dudley, en drøy mil utenfor Birmingham, fikk vi se obstetrik og gynekologi i NHS på nært hold. Det var et veldig hyggelig og inkluderende arbeidsmiljø der, som delte ærlig og uhøytidelig av sin erfaring, praksis, og av strukturelle

utfordringer. Det pågikk en langvarig streik blant legene i England for utbedring av arbeidsforhold og lønn. Enkelte dager var derfor all elektiv drift stengt ned. Mye av diskusjonene i miljøet dreide seg derfor interessant nok om legers arbeidsbetingelser. Det ble tydelig under oppholdet at britiske leger i mye større grad er personlig utsatt for rettslige søksmål i forbindelse med pasientklager. De la ikke skjul på at dette påvirket utøvelsen av medisin i praksis. All kirurgi, foruten ØH-sectio, krevde skriftlig signert samtykke, hvor informasjonen om risiko og komplikasjoner ideelt sett skulle ha vært gitt minst 24 timer før signering.

Ved Russells Hall var det ca. 5000 fødsler i året. Sectiofrekvensen var på 38%. Overvåking i fødsel skjedde ved CTG. Det var ingen STAN-overvåking, og skalplaktat virket å være i sjelden bruk. I likhet med på Haukeland brukte de en god del tang ved operativ forløsning. Ellers brukte de utelukkende Kiwi-kopp, ikke metalliske vakuumpopper. Jeg fikk se flere forløsninger under oppholdet og holdt på å hoppe inn i feltet selv da jeg første gang så at de overhodet ikke støttet perineum. Jeg fikk etterpå høre at de bevisst



Vil du dra på ENTOG Exchange i 2024?

ENTOG Exchange 2024 skal være i Sveits!

Utvekslingen avholdes over hele Sveits fra 9.-11. september, med Scientific Meeting 13. september i Zürich.

To deltagere fra Norge velges ut til å delta på utvekslingen. Pris for utvekslingen er 200 euro. Norsk gynekologisk forening dekker reiseutgifter (inkludert pris for utvekslingen) inntil 12 000 kr per deltager.

Send inn søknad til siri_oj3@icloud.com eller sukhjeetkb@gmail.com. Alle skal få bekreftelse på at søknad er mottatt.

Se FUGO sine nettsider for mer informasjon om prioriteringsregler for søknad.

Søknadsfrist er 10.03.2024.

Ta kontakt med Sukhjeet eller Siri dersom du har spørsmål om utvekslingen.

Vi håper å få inn en søknad fra deg!

sverget til en «hands-off»-teknikk, som de mente var den beste. En annen overraskelse i fødsel var at episiotomien naturlig nok ble lagt på mors høyre side. Og selvfølgelig stod operatøren på mors høyre side under sectio med operasjonssykepleier på venstre side. Akkurat som bilkjøring på venstre side av veien, var alt speilvendt fra hva jeg er vant til.

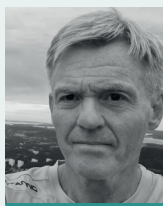
På gynsiden var det mange likheter, men også noen ulikheter til ettertanke. Provosert abort var organisert til egne klinikker utenfor sykehusene, noe de dermed jobber svært lite med. En annen forskjell var en betraktelig mindre klinisk bruk av ultralyd, da de har egne sonografer som gjør både gynekologisk ultralyd og biometri innen pasienten kommer til lege. Kom det en pasient med spørsmål om ex-u i løpet av natten etter at sonografene var gått hjem, ble laparoskopien gjerne utført på klinisk mistanke. Enkelte leger var spesielt interesserte i ultralyd, og man kan fordype seg i dette under spesialiseringen. Det tar syv år å bli spesialist i UK. For øvrig fikk jeg se en svært velfungerende og effektiv hysteroskopi-poliklinikk, der hysteroskopiene ble gjennomført

i PCB med drevne og trygge sykepleiere. Nattevaktene var 12 timer lange, noe som virket å fungere veldig godt.

Uken ble avsluttet med konferanse i Birmingham, hvor LIS fra hele Europa var samlet til foredrag og posterpresentasjoner. Her ble jeg gjenforent med UK LIS Sarah, som bodde hos meg ved fjorårets ENTOG-utveksling i Bergen, samt min tidligere kollega i Bergen Margrethe, som hadde besøkt Sarah i Bristol.

Alt i alt var dette en personlig, faglig, og kollegialt svært givende og innholdsrik uke. Jeg tar med meg nye vennskap og minner hjem igjen. Vi mimrer fra tid til annen i WhatsApp, og jeg håper og gleder meg til vi en dag møtes igjen, eldre og mer erfarne, til nye diskusjoner. Jeg er veldig takknemlig for muligheten jeg fikk til å reise med ENTOG og vil oppfordre nye LIS til å søke seg til det samme!

Guidelinemøte i generell gynekologi 2024



Knut Hordnes

Hovedredaktør for veilederen i generell gynekologi
Avdelingsoverlege ved Dagkirurgisk avdeling,
Betanien Sykehus

Først, et lite historisk tilbakeblikk

Norsk gynekologisk forening (NGF) har vært en pionér i utarbeidelse av faglige retningslinjer. Vår første utgave av Veileder i fødselshjelp ble utgitt i 1995. Prosessen ble startet noen år før, med engasjement fra kolleger over hele landet. Kvalitetsutvalget (nylig nedlagt) i foreningen tok først kontakt med alle landets avdelingsoverleger, som deretter valgte en hovedforfatter fra gruppe 1-sykehusene og to medforfattere fra andre sykehus. På denne måten ble nesten samtlige av landets avdelinger representert. Det første felles veiledermøtet var for obstetrik. Det ble betegnet som et Kvalitetssikringsseminar og avholdt i Oslo januar 1994. De aller fleste kapitlene (44 av 47) ble gjennomgått i plenum, og undertegnede var til stede som hovedforfatter på kapittelet «Perineal ruptur». Hvert kapittel var den gang kun på 1,5-2 sider. Få år senere kom Veileder i gynekologi og Veileder i gynekologisk onkologi. Etter dette har de fleste andre fagfelt kommet etter, og det har vært en omfattende produksjon av faglige retningslinjer i både inn- og utland, ikke minst i de nordiske landene gjennom NFOG med sine nordiske guidelines. Her i landet har det vært diskutert om det er vår forening eller helsemyndighetene som skulle utarbeide og eie retningslinjene, og våre medlemmer har vært klare på at vi ønsker å beholde eierskapet til både de gynekologiske og de obstetriske veilederne.

Mye har skjedd siden det tidlige 90-tallet. Det er klarere krav til format, dokumentasjon og gradering av anbefalinger, og kapitlene har blitt lenger for hver revisjon. Veiledermøtene ble forlatt, og arbeidet ble gjort i det stille og mindre synlig for de fleste utenom forfattergruppene og redaksjonene. Unntakene har vært når uenighet har blusset opp om enkelte obstetriske emner, som om terminbestemmelse og om overtid og induksjon. I disse tilfellene har veilederarbeidet blitt veldig synliggjort. De gynekologiske kapitlene har ikke ført til like høy temperatur, men det er kanskje vanskeligere å tenke seg sterke motpoler for eksempel innen behandling av kroniske smertetilstander i vulva. Faglig engasjement er uansett et gode.

Tilbake til utgangspunktet

For å øke engasjementet vedtok generalforsamlingen i 2022 å gjenoppta veiledermøtene. Det første i generell gynekologi ble avholdt i fjor i Bergen på Clarion hotell ved flyplassen i januar

2023. Dette møtet fikk god evaluering av deltakerne. De mente det var mye å lære av gode diskusjoner, at møtet skapte engasjement om arbeidet og at det resulterte i bedre retningslinjer. De aller fleste mente veiledermøtet burde avholdes på hverdager og på et lett tilgjengelig sted, gjerne et hotell nær flyplass til større by.

I år omdøpte vi møtet til «Guidelinemøte» for å ikke forveksle veilederbegrepet med LIS-veiledning, og det ble avholdt torsdag og fredag 25.-26. januar på samme stedet i Bergen som i fjor. Det kom 43 deltakere, dominert av sykehusleger. Det var både overleger og LIS, men også avtalespesialister og helprivate gynekologer deltok.

Etter retningslinjene utarbeidet av NGF skal alle kapitler revideres i løpet av en 5 års periode. I år valgte vi seks kapitler, nemlig habituell abort, polycystisk ovariesyndrom (PCOS), kroniske bekkensmerter, overgangsalder, benigne ovarialcyster og ektopisk graviditet. Hvert kapittel fikk tildelt 90 minutter, og forfattergruppen (hovedforfatter, med ett unntak) presenterte på 20-30 min det reviderte kapittelet med vekt på endringer og diskusjonspunkter, etterfulgt av vel en times diskusjon. Denne tiden gikk fort, med engasjerte deltakere. Før møtet hadde alle de reviderte kapitlene vært ute på høring blant NGFs medlemmer, og forfattergruppen hadde blitt gitt tid til evt endringer fra høringsrunden før Guidelinemøtet.

Redaksjonen fikk tildelt midler fra Kvalitetsfondet (vel 90 000 kr). Vi valgte å fordele dette flatt, det vil si at deltakeravgift ble redusert likt for alle deltakere, enten man var vanlig deltaker, forfatter, eller medlem av redaksjon. Dette kan selvsagt diskuteres, og det er forståelig det kan kjennes litt urimelig først å legge ned mye gratis arbeid med kapittelet og deretter betale for å presentere det. Vi vil forsøke å endre dette til senere møter.

Veien videre

Våre guidelines/veiledere skal over på ny plattform, fra Legeforeningens sider til *metodebok.no*. Dette er en plattform ment for alle faglige retningslinjer, og den skal være langt bedre egnet enn nåværende plattform. *Metodebok.no* vil være bedre søkbar, gi mulighet til film og bilder, kunne lenke til utvidet tekst og lette oppdateringen av referanselistene. Det vil være lettere og sikrere å holde rede på tidligere versjoner, noe som er viktig for vurderinger i pasientskade- og tilsynssaker samt loggføre endringer underveis. Plattformen støttes av alle de 4 regionale helseforetakene. NGF er med å betale for den og har fått støtte til dette fra Legeforeningens Kvalitetsfond. Kapittelforfatterne for årets kapitler har blitt bedt om å velge en i gruppen som kan lære seg å bruke *metodebok.no* og legge de reviderte kapitlene rett inn her.



Kapitlene har blitt lenger og lenger for hver revisjon, fra én og en halv side til flere titalls sider. Flere lands retningslinjer er enda lenger, som de danske som kan være på over 100 sider. Både på selve møtet og i den skriftlige evalueringen etter møtet mener mange at denne trenden ikke bør fortsette. Vi skal lage retningslinjer som skal være klare og lette å finne fram i, og ikke en lærebok. Redaksjonen er enig i dette, kapitlene bør ikke bli lenger og vi ønsker i stedet enda bedre kvalitet innen den lengden vi har nå.

Evalueringen fra deltakerne var også i år svært positiv, noe vi i redaksjonen selvsagt setter stor pris på. Det er åpenbart nyttig og lærerikt å utarbeide retningslinjer, samt diskutere og lytte til dem som kjenner de aktuelle retningslinjene best. Det anbefales derfor varmt å delta i arbeidet og på de årlige møtene. Guidelinemøtet er også et svært lærerikt sted for LIS. Årets guidelinemøtet ga tellende timer som valgfritt kurs til spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer og dekker en rekke av læringsaktivitetene til læringsmålene i spesialiteten.

Redaksjonen har nå valgt nye kapitler for revisjon frem mot neste Guidelinemøte i januar 2025, og vi annonserer nå etter nye forfattere. Vi ønsker representasjon fra spesialister både på og utenfor sykehus, samt LIS. Se listen over kapitler nedenfor. Det tilstrebes bred representasjon, overlege/LIS/spesialist utenfor sykehus/geografisk spredning/med og uten forskningskompetanse. Kjønnfordeling mener vi blir for krevende. Meld deg gjerne til ett eller helst flere kapitler, så setter redaksjonen ned nye forfattergrupper.

På vegne av redaksjonen,
Knut Hordnes
 Hovedredaktør

Redaksjonen for guidelines innen generell gynekologi:

- Knut Hordnes, Dagkirurgisk avdeling Betanien Sykehus, Bergen (hovedredaktør)
- Maria Nyhus, St. Olavs
- Jette Stær-Jensen, Ahus
- Rune Svenningsen, OUS Ullevål
- Erik Andreas Torkildsen, Stavanger (Statsforvalteren i Rogaland)

Kapitler for revisjon i 2024 for guidelinemøtet 23.-24.01.2025:

- Ungdomsgynekologi (nytt)
- Gynekologiske infeksjoner og vulvovaginitt
- Sterilisering
- Endometriepolypper
- Kroniske smertetilstander i vulva
- Hyperemesis
- Seksuelle dysfunksjoner

Gynekologen anbefaler litteratur med (varierende grad av) faglig relevans

Denne gangen:

Hvorfor blir jeg ikke gravid? Alt du trenger å vite om ufrivillig barnløshet, årsaker & behandlinger



Av Nan B. Oldereid

Gyldendal Norsk Forlag, 2023.

Pris 399 kr.

Boken kan også lånes på bibliotek.

Anmeldt av:

Andrea Holst, stolt mor til en 7 måneder gammel gutt etter 5 års fartstid som ufrivillig barnløs med påfølgende fertilitetsbehandling

Kristine Amundsen, gynekolog med bergrenset forkunnskap om fertilitetsbehandling

Gynekolog Nan B. Oldereid har lang fartstid innenfor feltet fertilitetsbehandling. Hun arbeider ved Livio-klinikken i Oslo, og dette er hennes første bok.

Bokens målgruppe er «deg som ønsker å bli gravid, men som ikke har lyktes ennå». Vi mener at forfatteren på sin side har lyktes langt på vei med å nå målgruppen. Denne boken kan gi svaret på alt en IVF-pasient kan finne på å lure på!

Mange pasienter bruker ukritisk informasjonsskilder som Google og mer eller mindre seriøse interessegrupper i sosiale medier. Forfatteren har i denne boken sammenfattet kvalitetssikret faglig informasjon som er godt egnet for pasienter i en tidlig fase av infertilitetsutredning eller fertilitetsbehandling. Boken kan leses fra perm til perm eller benyttes som et oppslagsverk. Boken har en rik ordliste med detaljert sidehenvisning. Til sammenligning er informasjonen fra den offentlige Helsenorge.no på snaue fem A4-sider.

Boken er holdt i et folkelig språk, men introduserer gjennom grundige forklaringer alle sentrale faguttrykk som kvinner og par under utredning av barnløshet og fertilitetsbehandling må forholde seg til. Gynekologer som jobber med fertilitetsbehandling, eller andre som møter kvinner og par med behov for informasjon, kan trygt anbefale denne boken videre. Leger har ofte stor tro på at en muntlig form for pasientinformasjon er tilstrekkelig, blir mottatt korrekt og forstått. Hverken AMH, TESA/PESA eller ICSI er del av vanlige folks liv og språk. Denne pasientgruppen har et stort behov for skriftlig informasjon, og ikke minst en forståelig oversettelse av faguttrykk som fertilitetsleger tar for gitt.

Selv om boken først og fremst retter seg mot «deg som ønsker å bli gravid, men som ikke har lyktes ennå», kan den helt klart også

leses av gynekologer eller annet helsepersonell. Den er lettlest og egnet til å øke forståelsen for fagområdet barnløshet og fertilitetsbehandling. Kanskje kan den bidra til bedre kommunikasjon med par eller enslige som strever med å bli gravid?

Boken har enkelte illustrasjoner, som er holdt i svart/hvitt. Selv om de har en humoristisk strek, og slik passer sammen med formidling av en lettlest tekst, kunne man med fordel ha sett for seg flere korrekte anatomiske illustrasjoner, gjerne i farger. Det er generelt lav kunnskap om kroppens anatomi i befolkningen, og vi er usikre på om karikerte tegninger uten korrekte proporsjoner er rett måte å formidle kunnskapen på.

Det emosjonelle/psykologiske aspektet behandles i aller siste del av boken. For kvinner og par som strever med å bli gravid, er den emosjonelle belastningen betydelig. I starten av et forløp med utredning og kanskje gjentatte fertiliseringsforsøk, aner man ikke hva en har i vente. Mange kvinner og par som strever med barnløshet opplever situasjonen allerede på dette stadiet belastende for livet generelt og samlivet spesielt. Leseren i målgruppen har allerede rukket å oppleve brutte forventninger, følelse av skam, ensomhet, sorg og skuffelse. Man kan google seg til mye praktisk informasjon, men ikke om dette temaet. Det settes av lite tid til den emosjonelle påvirkningen i en ellers samlebåndpreget prosess. Her er boken inne på et etterlengtet tema som burde ha plass først i boken.

Boken treffer målgruppen godt og kan absolutt være nyttig både i startfasen og underveis i fertilitetsutredning og behandling. Den kan også være nyttig for leger i spesialisering og spesialister med behov for en generell oppdatering på fertilitetsfeltet.

Utrogestan® (mikronisert progesteron)

– innvilget forhåndsgodkjent refusjon*

Utrogestan® er det første progesteronet med indikasjon å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarnssvangerskap 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. Tromboflebitt. Tromboemboliltilstander. 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, 11/2023. * **Refusjonsberettiget bruk:** Med hjemmel i legemiddelforskriften § 14–8, er progesteron (Utrogestan) innvilget forhåndsgodkjent refusjon etter blåreseptforskriftens §§ 2, jf. 1b med følgende informasjon: Refusjonsberettiget bruk: For å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarnssvangerskap 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_PTБ_2022.pdf

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 200 mg

Indikasjoner: Som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART). Forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarnssvangerskap 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 oocytter 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 truede prematur fødsel. • Bruk i graviditetens 2. og 3. trimester kan føre til svangerskapskolestase eller hepatocellulær leverskade. • Seponeres ved «misted 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 148,70. Reseptgruppe C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan 200 mg, SPC 14.11.2023

Gynekologen anbefaler litteratur med (varierende grad av) faglig relevans

Også denne gangen:

Senabort: Den usynlige sorgen



Av Signe Veierud Busch

Senabort: den usynlige sorgen

Oslo: Humanist forlag, 2023. 279 s.

ISBN 97882822428



Agethe Lunt

Overlege og Phd ved Kvinneklivnikken
Haukeland universitetssykehus.

Burde vært pensum

Denne boken burde vært pensum for alle som mener noe om abort. Forfatter Signe Veierud Busch setter lovtekst, praktisk informasjon og gripende opplevelser sammen til en konstruktiv helhet som fremmer kunnskap og empati hos leseren. Denne utgivelsen kan være en nyttig veileder for mennesker som selv opplever senabort, men også for pårørende, fagfolk og lovgivere.

Busch er selv jurist og gjennomgikk senabort da hun var gravid med sitt femte barn. Det gjør inntrykk å lese om forfatterens tvil, skam og sorg. Teksten styrkes av at opplevelser fra ytterligere seks informanter er flettet inn som sitater. Slik får boken preg av en kvalitativ studie, hvor kvinnes egne beskrivelser får tale for seg selv. Dette er erfaringer som alle kan lære av.

Boken har en kronologisk inndeling i tre hovedoverskrifter: Graviditet og ventetid, Abortfødselen og barnet og Når sykehusdørene lukkes. I alt sytten underkapitler angir tydelige tema, som Abortbegjæring og abortnemnd, Abortfødselen og Obduksjon og genetiske undersøkelser. Bruk av faktabokser og kildehenvisninger understøtter informasjonen og gjør den lett å finne frem i. Busch redegjør for lovverk, medisinske prosedyrer og forskning, samtidig som hun slipper til de personlige historiene. Slik bidrar hun til å

øke forståelsen for hva senabort er, uten at det tar form som en moralsk eller politisk diskusjon.

Boken inneholder mange viktige tilbakemeldinger om både samfunn og system. Flere av kvinnene angir at opphetet offentlig abortdebatt er en ekstra belastning. Og det er trist å lese om en helsetjeneste som distanserer seg gjennom ordbruk og rutiner – kanskje som et misforstått forsøk på å skjerme foreldrene eller helsepersonell? Forfatteren velger å bruke ord som «barnet» og «fødselen», fordi «foster» og «å kvittere graviditetsprodukter» er fremmedgjørende. Selv om informantene selv har begjært svangerskapsavbrudd fordi fosteret har fått påvist en alvorlig diagnose, opplever kvinnene at de har mistet et barn. Dette gjør sorgen mer kompleks. Behovet for hensynsfull kommunikasjon, både i debatter og i møte med kvinnene, er stort.

Heldigvis nyanseres bildet av møter med fagfolk som har både kunnskap, varme og omsorg. Kvinnene forteller at senaborten likevel er en ensom erfaring. Busch har ønsket å bidra til et fellesskap, og en mulighet for å bryte ned tabu. Dette lykkes hun med, sammen med de modige kvinnene som i boken deler sine tanker og følelser.

Abortutvalget skal se på abortlovens bestemmelser, oppfølgingen etter abort og alternativer til dagens abortnemnder. Mens vi venter på utredningen og den påfølgende debatten, anbefales denne boken. Den er konkret og følsom, slik debatten også bør være.

Denne bokanmeldelsen ble opprinnelig publisert i Tidsskriftet Michael, i forbindelse med en temautgave om abort høsten 2023, og den dobbelt-publiseres med tillatelse derfra.



Møter du par eller single med barneønske? – hos Medicus kan de få hjelp

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 egglossningsproblemer. 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. Våre klinikker ligger sentralt lokalisert og vi har kort ventetid.

Samarbeid med oss

Vi samarbeider med gynekologer over hele landet som gjør innledende tester og monitorering av pasienter som skal eller er i behandling hos oss. Ta kontakt med våre klinikkledere direkte for en prat om samarbeid:

Bergen



Alexander Freis
alexander@medicus.no
55 08 85 85

Stavanger



Olav André Klefstad
olavandre@medicus.no
51 52 40 00

Trondheim



Finn T. Johnsen
finn@medicus.no
73 87 14 70

Oslo



Inger Øverlie
inger@medicus.no
22 46 76 30

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 springssystem

Velkommen til verdenskongress!

I år holdes verdenskongress om dagkirurgi i Norge, på Oslo Plaza 13. til 15. mai 2024. Kommer du?

Skrevet av Monica Strømme Hermanrud, Gynekolog og styremedlem i Nordaf

Norsk Forening for Dagkirurgi (Nordaf) er en uavhengig interesseorganisasjon. Vår oppgave er å være et forum for temaet dagkirurgi og et rådgivende organ overfor myndigheter og institusjoner. Styret vårt er tverrfaglig, i likhet med medlemsmassen, og vi henvender oss til alle grupper som arbeider med dette.

Nordaf er medlem av International Association of Ambulatory Surgery (IAAS), som driver internasjonale prosjekter for standardisering, kvalitetssikring og fagutvikling innen dagkirurgi. Dette har de drevet med siden de ble grunnlagt i 1995. Vi og 18 andre land er medlemmer og samarbeider over landegrensene.

IAAS står i tillegg som organisator for verdenskongresser i dagkirurgi som arrangeres annet hvert år. Selv arrangerer vi i Nordaf årlige nasjonale kongresser, der vi har dekket mange interessante og aktuelle temaer.

I år er det vi, sammen med IAAS, som arrangerer verdenskongress. Vi gleder oss til å presentere et spennende program på Oslo Plaza 13. til 15. mai 2024. I skrivende stund har vi rundt 500 påmeldte, og forventer 200 til 500 til. Kommer du?



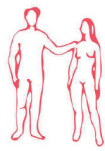
(Nesten hele) styret i Nordaf



15th International Congress on Ambulatory Surgery

Oslo, Norway | 13.-15. May 2024





Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetrikk - Gynekologi

PIPELLE

- Endometrial sugekurette for histologisk biopsi
- Utformet for enkel innføring
- To o-ringer danner vakuum som gir rikelig med biopsimateriale
- Tydelige cm markeringer for kontroll på innføring og plassering
- MX145 - Soft 3mm



 CooperSurgical®

CERVICAL DILATOR

- Cervical dilator Os Finder
- Ideell for cervical dilatasjon og andre intrauterine prosedyrer
- Skånsom åpning av cervical os
- Semi-fleksibel glatt plast
- Pakket individuelt sterilt



 MedGyn

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

 MedGyn



GYNEKOLOGISKE INSTRUMENTER

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid

 **dimed**
SURGICAL INSTRUMENTS



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



E-post post@janbye.no • Internett www.janbye.no

Telefon 64 95 93 77 • Adresse Slettaveien 23, 1553 Son



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

Routine use of cell salvage during cesarean section: A practice evaluation

Charlotte Leeson, Molly Jones, Joshua Odendaal, Falguni Choksey, Siobhan Quenby
First published: 20 December 2023
<https://doi.org/10.1111/aogs.14753>

Introduction: Intraoperative cell salvage is a well-documented alternative to donor blood transfusion given the scarcity of donor blood pools and the incumbent risk of allogenic blood transfusion. Its use in obstetrics has been limited by concern over fetal alloimmunization due to the risk of fetomaternal hemorrhage. However, there are a paucity of studies reporting on outcome. The aim of this study was to report on a four-year experience of routine use of intraoperative cell salvage and the impact on subsequent pregnancy outcomes.

Material and methods: This was a tertiary center retrospective service evaluation cohort study and included all women undergoing cesarean section between December 2014 and November 2018 in a tertiary obstetric unit, identifying women who had reinfusion of intraoperative cell salvage. Data regarding index pregnancy as well as subsequent pregnancies at the hospital were extracted from hospital electronic records. Subsequent pregnancy outcome and maternal antibody status in that pregnancy were collected up until November 2022.

Results: During the study period, 6656 cesarean sections were performed, with 436 (6.6%) receiving reinfusion of salvaged blood. The mean volume of reinfused blood was 396 mL. A total of 49 (0.7%) women received donor blood transfusion. Of those who received reinfusion of salvaged blood, 79 (18.1%) women had subsequent pregnancies over the eight-year follow-up period. There was one case (0.23%) of fetal cell alloimmunization demonstrated by the presence of anti-D antibodies on the subsequent pregnancy booking bloods.

Conclusions: Routine intraoperative cell salvage may be used to reduce the need for blood transfusion during cesarean section. The risk of fetal cell alloimmunization in a future pregnancy following reinfusion of intraoperative cell salvage is one in 436. Given an apparent small risk of fetal cell alloimmunization, further work is required to establish the safety profile of intraoperative cell salvage in pregnancy.

Labor induction at 41+0 gestational weeks or expectant management for the nulliparous woman: The Finnish randomized controlled multicenter trial

Katariina Place, Leena Rahkonen, Aydin Tekay, Kirsi Väyrynen, Maija-Riitta Orden, Marja Vääräsmäki, Jukka Uotila, Kati Tihtonen, Kirsi Rinne, Kaarin Mäkikallio, Seppo Heinonen, Heidi Kruit
First published: 19 December 2023
<https://doi.org/10.1111/aogs.14755>

Introduction: Neonatal and maternal risks increase in term pregnancy as gestational age advances and become increasingly evident post-term. Management practices of late- and post-term pregnancies vary, and the optimal time point for intervention by labor induction is yet to be determined.

Material and methods: This randomized controlled trial of 381 nulliparous women with unripe cervixes compared labor induction at 41+0 gestational weeks (early induction) with expectant management and labor induction at 41+5 to 42+1 gestational weeks (expectant management). This multicenter study included all five university hospitals and the largest central hospital in Finland. The study period was 2018–2022. Participants were randomized to either early induction (48.8%, n = 186) or expectant management (51.2%, n = 195) with equal randomization ratios of 1:1. This was a superiority trial, and the primary outcomes were rates of cesarean section (CS) and composite of adverse neonatal outcomes. The trial was registered at the ISRCTN registry (ISRCTN83219789, <https://doi.org/10.1186/ISRCTN83219789>).

Results: The rates of CS (16.7% [n = 31] vs. 24.1% [n = 47], RR 0.7 [95% CI: 0.5–1.0], p = 0.07) and a composite of adverse neonatal outcomes (9.7% [n = 18] vs. 14.4% [n = 28], RR 0.7 [95% CI: 0.4–1.2] p = 0.16) did not significantly differ between the groups, but the operative delivery rate was lower in the early induction group than in the expectant management group (30.6% [n = 57] vs. 45.6% [n = 89], p = 0.003). The rates of hemorrhage ≥ 1000 mL and neonatal weight ≥ 4000 g were also lower in the early induction group, as was the vacuum extraction rate in women with vaginal delivery. Of the women with expectant management, 45.6% (n = 89) had spontaneous onset of labor. No perinatal deaths occurred, but one case of eclampsia appeared in the expectant management group.

Conclusions: Offering labor induction to nulliparous women at 41+0 gestational weeks may decrease the probability of operative delivery, postpartum hemorrhage, and neonatal weight ≥ 4000 g. However, this study was underpowered to affirm the trends of rising rates of CS and adverse neonatal outcomes in the expectant management group. Thus, expectant management could remain an option for some, as one in two women with expectant management had a spontaneous onset of labor.

Vulvar cancer incidence and net survival in Sweden 1960 to 2019: A population-based national study

Louise Moberg, Avalon Sundqvist, Erik Holmberg, Paul W. Dickman, Christer Borgfeldt
 First published: 09 December 2023
<https://doi.org/10.1111/aogs.14747>

Introduction: Vulvar cancer is a rare gynecological cancer affecting mostly older women. The aim of this population-based study was to investigate the incidence and net survival of vulvar cancer in Swedish women from 1960 to 2019.

Material and methods: Data were retrieved from the mandatory Swedish Cancer Registry consisting of all women diagnosed with vulvar cancer between 1960 and 2019. Only women with a morphologically verified diagnosis of vulvar cancer were included. The individuals were then further matched with the Swedish Death Registry up until May 31, 2020.

Results: In total, 8499 women were included with the following morphologies: squamous cell carcinoma 7250 (85.8%), malignant melanoma 539 (6.4%), adenocarcinoma 401 (4.8%) and other: 259 (3.1%). More than 50% of vulvar cancer cases occurred in women aged between 65 and 84 years of age. The 5-year age-standardized net survival increased from 53.0% (95% confidence interval [CI] 48.9–57.5) in 1960 to 72.1% (95% CI 68.8–75.5) in 2019. The proportion of adenocarcinoma among all cases increased from 2.0% to 8.7% between the 1960s and 2010s and an increase in age-standardized 5-year net survival was found for adenocarcinoma.

Conclusions: The age-standardized incidence of vulvar cancer cases in Sweden was stable between 1960 and 2019. During the study period, an increase in adenocarcinoma and a decrease in malignant melanoma cases was found. Five-year net survival increased by 20 percent units during the study period. For squamous cell carcinoma, an increased age-specific 5-year net survival was observed for all age groups, apart for women aged ≥ 85 .

Pelvic floor and sexual function 3 years after hysterectomy – A prospective cohort study

Ulrika Johannesson, Martina Amato, Catharina Forsgren
 First published: 10 December 2023
<https://doi.org/10.1111/aogs.14751>

Introduction: Long term effects after hysterectomy, such as a worsening of pelvic floor and sexual function, have been studied with diverse results. Therefore, we investigated the long-term effects of hysterectomy for benign indication on pelvic floor and sexual function as well as differences in outcome depending on mode of hysterectomy.

Material and methods: In a prospective clinical cohort study, we included 260 women scheduled for hysterectomy who answered validated questionnaires; pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7), pelvic floor distress inventory (PFDI-20) and female sexual function index (FSFI). Participants were followed up to 3 years after surgery. Nonparametric statistics and mixed effect models were used in analyses of the data.

Results: After exclusions, 242 women remained in the study, with a response rate at the 3-year follow-up of 154/242 (63.6%) for all questionnaires. There was an improvement of pelvic floor function with a mean score of PFIQ-7 at baseline of 42.5 (SD 51.7) and at 3 years 22.7 (SD 49.4), ($p < 0.001$) and mean score of PFDI-20 at baseline was 69.6 (SD 51.1) and at 3 years 56.2 (SD 54.6), ($p = 0.001$). A deterioration of sexual function was seen among the sexually active women after 3 years with a mean score of FSFI at baseline 25.2 (SD 6.6) and after 3 years 21.6 (SD 10.1), ($p < 0.001$). However, this was not consistent with the unaltered sexual function for the whole cohort. No difference in pelvic floor or sexual function was detected when comparing robotic assisted laparoscopic hysterectomy, laparoscopic hysterectomy and abdominal hysterectomy.

Conclusions: Three years after surgery robotic assisted laparoscopic hysterectomy, total laparoscopic hysterectomy and abdominal hysterectomy improve pelvic floor function to the same extent. Among the sexually active women, a decline of sexual function was seen after 3 years, not consistent with the entire cohort and independent of surgical methods. Whether this is a trend associated with aging or menopausal transition remains to be studied.

ST waveform analysis vs cardiotocography alone for intrapartum fetal monitoring: An updated systematic review and meta-analysis of randomized trials

Ellen Blix, Kjetil Gundro Brurberg, Eirik Reiherth, Liv Merete Reinart, Pål Øian
 First published: 13 December 2023
<https://doi.org/10.1111/aogs.14752>

Introduction: ST waveform analysis (STAN) was introduced as an adjunct to cardiotocography (CTG) to improve neonatal and maternal outcomes. The aim of the present study was to quantify the efficacy of STAN vs CTG and assess the quality of the evidence using GRADE.

Material and methods: We performed systematic literature searches to identify randomized controlled trials and assessed included studies for risk of bias. We performed meta-analyses, calculating pooled risk ratio (RR) or Peto odds ratio (OR). We also performed post hoc trial sequential analyses for selected outcomes to assess the risk of false-positive results and the need for additional studies.

Results: Nine randomized controlled trials including 28 729 women were included in the meta-analysis. There were no differences between the groups in operative deliveries for fetal distress (10.9 vs 11.1%; RR 0.96; 95% confidence interval [CI] 0.82–1.11). STAN was associated with a significantly lower rate of metabolic acidosis (0.45% vs 0.68%; Peto OR 0.66; 95% CI 0.48–0.90). Accordingly, 441 women need to be monitored with STAN instead of CTG alone to prevent one case of metabolic acidosis. Women allocated to STAN had a reduced risk of fetal blood sampling compared with women allocated to conventional CTG monitoring (12.5% vs 19.6%; RR 0.62; 95% CI 0.49–0.80). The quality of the evidence was high to moderate.

Conclusions: Absolute effects of STAN were minor and the clinical significance of the observed reduction in metabolic acidosis is questioned. There is insufficient evidence to state that STAN as an adjunct to CTG leads to important clinical benefits compared with CTG alone.

Identification of depression and anxiety during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of test accuracy

Elisabet Rondung, Pamela Massoudi, Katri Nieminen, Birgitta Wickberg, Nathalie Peira, Rebecca Silverstein, Klas Moberg, Martina Lundqvist, Åke Grundberg, Monica Hultcrantz
 First published: 28 November 2023
<https://doi.org/10.1111/aogs.14734>

Introduction: Depression and anxiety are significant contributors to maternal perinatal morbidity and a range of negative child outcomes. This systematic review and meta-analysis aimed to review and assess the diagnostic test accuracy of selected screening tools (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS], EPDS-3A, Patient Health Questionnaire [PHQ-9]-, PHQ-2, Matthey Generic Mood Question [MGMQ], Generalized Anxiety Disorder scale [GAD-7], GAD-2, and the Whooley questions) used to identify women with antenatal depression or anxiety in Western countries.

Material and methods: On January 16, 2023, we searched 10 databases (CINAHL, Cochrane Library, CRD Database, Embase, Epistemonikos, International HTA Database, KSR Evidence, Ovid MEDLINE, PROSPERO and PsycINFO); the references of included studies were also screened. We included studies of any design that compared case-identification with a relevant screening tool to the outcome of a diagnostic interview based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth or fifth edition (DSM-IV or DSM-5), or the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10). Diagnoses of interest were major depressive disorder and anxiety disorders. Two authors independently screened abstracts and full-texts for relevance and evaluated the risk of bias using QUADAS-2. Data extraction was performed by one person and checked by another team member for accuracy. For synthesis, a bivariate model was used. The certainty of evidence was assessed using Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Registration: PROSPERO CRD42021236333.

Results: We screened 8276 records for eligibility and included 16 original articles reporting on diagnostic test accuracy: 12 for the EPDS, one article each for the GAD-2, MGMQ, PHQ-9, PHQ-2, and Whooley questions, and no articles for the EPDS-3A or GAD-7. Most of the studies had moderate to high risk of bias. Ten of the EPDS articles provided data for synthesis at cutoffs ≥ 10 to ≥ 14 for diagnosing major depressive disorder. Cutoff ≥ 10 gave the optimal combined sensitivity (0.84, 95% confidence interval [CI]: 0.75–0.90) and specificity (0.87, 95% CI: 0.79–0.92).

Conclusions: Findings from the meta-analysis suggest that the EPDS alone is not perfectly suitable for detection of major depressive disorder during pregnancy. Few studies have evaluated the other instruments, therefore, their usefulness for identification of women with depression and anxiety during pregnancy remains very uncertain. At present, case-identification with any tool may best serve as a complement to a broader dialogue between healthcare professionals and their patients.

Trends in preterm birth in the Netherlands in 2011–2019: A population-based study among singletons and multiples

Job Klumper, Anita C. J. Ravelli, Carolien Roos, Ameen Abu-Hanna, Martijn A. Oudijk
 First published: 30 October 2023
<https://doi.org/10.1111/aogs.14684>

Introduction: Preterm birth (PTB) is the leading cause of infant mortality and morbidity worldwide. Rates of PTB in the Netherlands are declining, possibly due to the implementation of preventive strategies. In this study we assessed the overall trend in PTB rates in the Netherlands in recent years, and in more detail in specific subgroups to investigate potential groups that require scrutiny in the near future.

Material and methods: Based on the national perinatal registry, we included all pregnancies without severe congenital abnormalities resulting in a birth from 24 to 42 completed weeks of gestation between 2011 and 2019 in the Netherlands. We assessed PTB rates in two different clinical subtypes (spontaneous vs. iatrogenic) and in five gestational age subgroups: 24–27⁺⁶ weeks (extreme), 28–31⁺⁶ weeks (very), 32–33⁺⁶ weeks (moderate, 34–36⁺⁶ weeks [late] and, in general, 24–36⁺⁶ weeks [overall PTB]). Trend analysis was performed using the Cochran Armitage test. We also compared PTB rates in different subgroups in the first 2 years compared to the last 2 years. Singleton and multiple gestations were analyzed separately.

Results: We included 1 447 689 singleton and 23 250 multiple pregnancies in our study. In singletons, we observed a significant decline in PTB from 5.5% to 5.0% ($p < 0.0001$), mainly due to a decrease in iatrogenic PTBs. When focusing on different gestational age subgroups, there was a decrease in all iatrogenic PTB and in moderate to late spontaneous PTB. However, in spontaneous extreme and very PTB there was a significant increase. When assessing overall PTB risk in different subgroups, the decline was only visible in women with age ≥ 25 years, nulliparous and primiparous women, women with a medium or high socioeconomic status and hypertensive women. In multiples, the rate of PTB remained fairly stable, from 52.3% in 2011 to 54.1% in 2019 ($p = 0.57$).

Conclusions: In the Netherlands, between 2011 and 2019, PTB decreased, mainly due to a reduction in late PTB, and more in iatrogenic than in spontaneous PTB. Focus for the near future should be on specific subgroups in which the decline was not visible, such as women with a low socioeconomic status or a young age.

Gynekologen.no

- ny nettside som utfyller bladet Gynekologen

Utvalgte artikler fra papirutgaven legges ut på gynekologen.no hvor man kan søke på bl.a. kategori, utgave eller fagfelt.

Gynekologen.no vil være en viktig kilde til å lese seg opp på ulike temaer. Gynekologen og gynekologen.no blir sammen viktige ressurser for faglig utvikling og oppdatering. Artikkelen vil bli lest av flere, noe som igjen vil øke interessen for å bidra med spennende stoff.

Vi er spent på å få trafikktall for gynekologen.no. Det tilbys varierte annonsepakker som kan skreddersys for å møte annonsørens behov og mål. Enten du sikrer mot en bred kampanje eller mer fokuserte tiltak, kan bannerannonser på gynekologen.no levere målbare resultater.

Bannerannonser kan være en forsterkning av produktannonsering, stillingsannonser, invitasjon fra industrien til deltakelse på møter, konferanser ell.

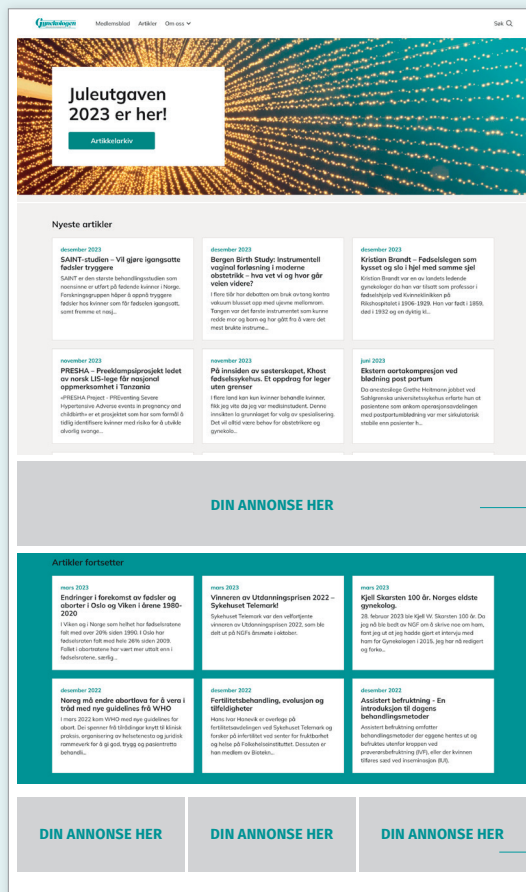
Bannerne kan knyttes til konkrete artikler, på forsiden, de ulike kategoriene. Mulighetene er mange.

Mange kombinerer annonse i Gynekologen med bannerannonser. Vi gir da ekstra gode priser. Be om tilbud!

Stort banner: 5.500,- for 3 mnd- årsavtale: 19.500,-
 Artikkelbanner: 5.000,- for 3 mnd
 Lite banner: 3.500,- for 3 mnd- årsavtale: 10.000,-

Ønsker du mer informasjon om annonsepriser og annet?
 Ta kontakt med Synøve på synovedreyer@april.no,
 mob: 915 50 442

STARTSIDE



STORBANNER

Bredde x høyde:
1246 x 180 piksler
 Filtype:
.jpeg eller .png
 Filstørrelse:
350 kB–800 kB

ARTIKKELBANNER

Bredde x høyde:
616 x 180 piksler
 Filtype:
.jpeg eller .png
 Filstørrelse:
350 kB–800 kB

LITE BANNER

Bredde x høyde:
405 x 180 piksler
 Filtype:
.jpeg eller .png
 Filstørrelse:
200 kB–400 kB

ARTIKKELSIDEN



NYHET!

Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av svangerskapskvalme og oppkast¹

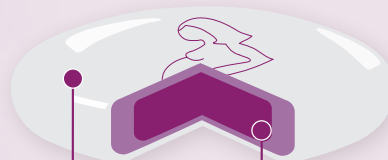
Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum¹

Enkel dosering

1-2 tabletter/dag

Tablett med modifisert frisetting¹

doksylamin (antihistamin) 20 mg og pyridoksin (B6-vitamin) 20 mg



Et flerlags belegg med øyeblikkelig frisetting

10 mg doksylamin og 10 mg pyridoksin

Enterodrasjert kjerne med forsinket frisetting

10 mg doksylamin og 10 mg pyridoksin

Embagyn (20 mg doksylamin /20 mg pyridoksin), tablett med modifisert frisetting.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Kontraindikasjoner: Samtidig bruk med MAOI-er eller bruk av Embagyn i inntil 14 dager etter seponering av MAOI-er. Porfyri.

Forsiktighetsregler:

- Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyre- og leverfunksjon, økt intraokulært trykk, trangvinklet glaukom, magesår med stenose, pyloroduodenal obstruksjon, blærehalsobstruksjon, astma eller andre luftveissykdommer.
- Vær også oppmerksom på klasse-effekter av antihistaminer, inkl. epilepsi og forlenget QT-intervall.
- Kan forårsake somnolens. Samtidig bruk med CNS-dempende legemidler og alkohol bør unngås.
- Amming: Anbefales ikke under amming.

Interaksjoner: Se SPC pkt.4.5

Bivirkninger: Hyppigst rapportert er somnolens.

For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Embagyn SPC 10.05.2023.



Indikasjon: Indisert for symptomatisk behandling av svangerskapskvalme og -oppkast hos gravide kvinner ≥ 18 år som ikke responderer på konservativ behandling (f.eks. livsstils- og kostholdsendringer). **Bruksbegrensninger:** Kombinasjonen doksylamin/pyridoksin har ikke blitt undersøkt ved tilfeller av hyperemesis gravidarum som skal behandles av spesialist. **Dosering:** Anbefalt startdose er 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Dersom symptomene ikke er tilstrekkelig kontrollert på dag 2, kan dosen økes på dag 3 til 1 tablett om morgenen og 1 tablett ved leggetid (totalt 2 tabletter per dag). Maksimal anbefalt dose er 2 tabletter daglig. **Pakninger og priser (AUP):** 10 stk.: kr 291.30. Reseptgruppe: C. **Referanser:** 1) Embagyn SPC 10.05.2023

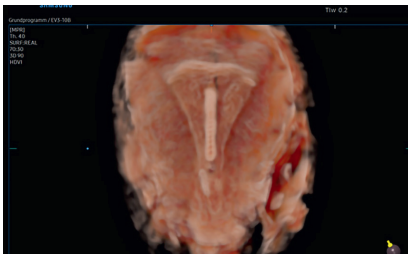
SAMSUNG

V8 Step Up Confidence

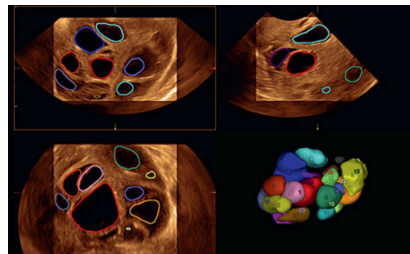
The new V8 ultrasound system combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases 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, QuicckPreset, 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