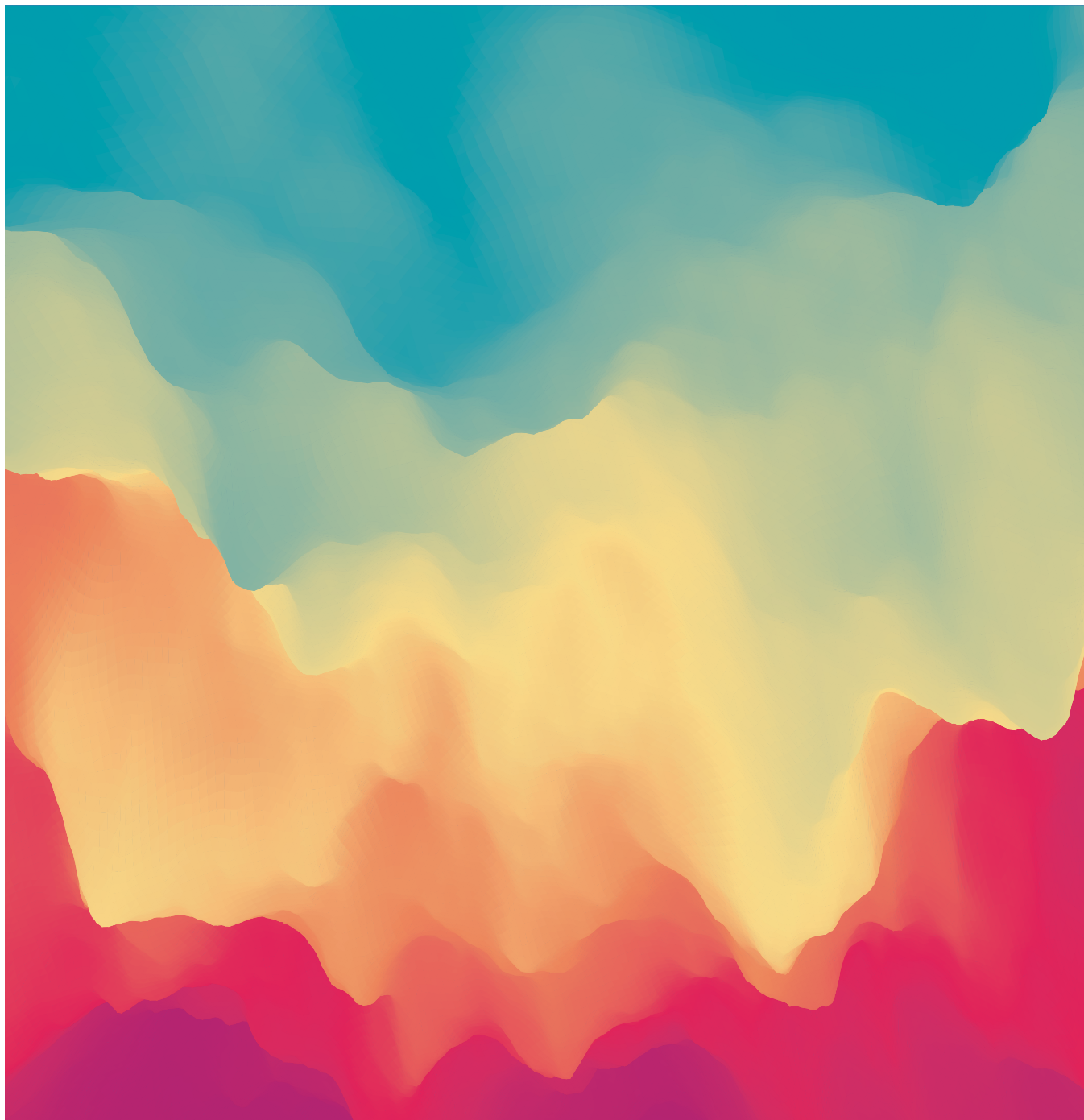


Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening 4 • 2024



Kvinnelig genital schistosomiasis
– et neglisjert globalt kvinnehelseproblem s. 22

Du kan bruke data fra NGER! s. 28

Livmorhalskreft i landet med nest høyeste
dødsrate for sykdommen – Et reisebrev fra Malawi s. 32

Referat fra Årsmøtet i Lillehammer 2024 s. 49



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Step Up Confidence with Samsungs New V-series

Enriched diagnostic features with accuracy and precision

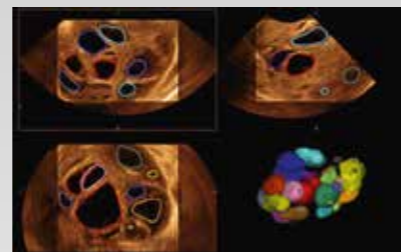
The V7 system comes with advanced features for women's health that assist in precise diagnosis and increasing throughput. The V7's variety of features and user-friendly interface aid in significantly improving the healthcare professionals' daily ultrasound examination experience.



RealisticVue



5D Follicle



Redefined Imaging Technologies

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

Sophisticated 2D Image Processing & Detailed Color Expression

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

Women's Health

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

Re engineered Workflow and Enhanced Customization

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

Comfort Design

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

Inter-Medical AS

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



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
LIS Ahus
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Sofie Rønningsbakk Angeltveit
LIS Stavanger universitetssykehus
sofierangeltveit@gmail.com

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 universitetssykehus
inga.vengen@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 2025

Nr. 1 12. februar
Nr. 2 7. mai
Nr. 3 17. september
Nr. 4 12. november

Opplag: 1500



INNHOOLD

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

Referat fra generalforsamling NGF 2024 10

FUGO

Kjære FUGO-folk 16

FUGO-styret 2024 16

Referat generalforsamling FUGO 2024 17

Resultater fra Utdanningsprisen 2024 18

SPECIALITETSKOMITEEN 20

FAGLIG PÅFYLL

Kvinnelig genital schistosomiasis – et neglisjert globalt kvinnehelseproblem 22

Du kan bruke data fra Norsk gynekologisk endoskopiregister! 28

REISER, KURS OG KAMPANJER

Livmorhalskreft i landet med nest høyeste dødsrate for sykdommen

– Et reisebrev fra Malawi 32

ENTOG exchange 2024 i Sveits 36

GYNEKOLOGER IMELLOM

Mette Moen 80 år! 40

Ny NGF-faggruppe for global kvinnehelse 42

Vil DU bli en av våre endometriose-ambassadører? 44

Årets julegave? 46

ÅRSMØTET 2024

Referat fra årsmøtet i NGF på Lillehammer 2024 49

Priser 2024 54

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

Livmora fortener si eiga bok 64

ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA 66

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.

INDIKASJON: Behandling hos voksne kvinner i fertil alder til behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer og endometriose hos kvinner som tidligere har fått medisinsk eller kirurgisk behandling for endometriose.¹
FAST KOMBINASJON MED¹: • Relugoliks (GnRH-antagonist) • hormonell add back: østradiol (E2) + noretisteronacetat (NETA)

HVORDAN KAN VI GJØRE
BEHANDLINGEN AV MYOMER ENKLERE
BÅDE FOR DEG OG PASIENTEN?

EN TABLETT OM DAGEN MOT MYOMER¹

- Over 80 % blødningsreduksjon i uke 24²
- 70 % har amenoré etter 1 år^{3*}
- Bevarer bentettheten etter 2 år¹



Ryeqo® (relugoliks, østradiol, noretisteronacetat)

* 50 % VED 24 UKER*

1. Preparatomtale for Ryeqo® (SPC), jan 2024. 2. Al-Hendy et al, N Engl J Med 2021;384:630-42. 3. Al-Hendy A, et al. Obstet Gynecol. 2022;140(6):920-30.

GnRH-antagonist. ATC-nr.: H01CC54. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. Kan forskrives på blå resept. **TABLETTER, filmdrasjerte 40 mg/1 mg/0,5 mg.** Indikasjoner: Ryeqo er indisert hos voksne kvinner i fertil alder til: behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer og endometriose hos kvinner som tidligere har fått medisinsk eller kirurgisk behandling for endometriose. **Dosering:** 1 tablett 1 gang daglig. Kan tas uten avbrudd. Det anbefales å utføre en dobbelt radioabsorpsjonsmetri (DXA) etter 1 år med behandling. Ved risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, anbefales det å utføre en DXA-skanning for behandling med Ryeqo igangsettes. Når behandlingen innledes, skal 1. tablett tas innen 5 dager etter menstruasjonstart. Dersom behandlingen startes en annen dag i menstruasjonssyklusen, kan det innledningsvis oppstå uregelmessig og/eller kraftig blødning. Graviditet må utelukkes før behandling innledes. Ryeqo kan tas uten avbrudd. Seponering bør vurderes når pasienten når menopausen, da det er kjent at symptomene på både myomer og endometriose går tilbake når menopausen begynner. **Glemt dose:** Hvis en tablett glemmes, skal den glemte tablett tas så snart som mulig, og deretter skal en tablett tas neste dag til vanlig tid. Hvis tabletter glemmes i ≥2 etterfølgende dager, må en ikke-hormonell prevensjonsmetode brukes de neste 7 dagene. **Spesielle pasientgrupper:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom hvis leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. **Administrering:** Tas på omtrent samme tid hver dag, med eller uten mat. Bør tas med litt væske etter behov. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Tidligere eller nåværende venøs tromboembolisk sykdom. Tidligere eller nåværende arteriell tromboembolisk kardiovaskulær sykdom. Kjente tromboemboliske sykdommer. Kjente osteoporose. Hodepine med fokale nevrologiske symptomer eller migrene med aura. Kjente eller mistenkte maligne tilstander som påvirkes av kjønnssteroider. Tilstedeværelse av eller historie med levertumorer (godartede eller ondartede). Tilstedeværelse av eller historie med alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normaliserte. Graviditet eller mistenkt graviditet og amming. Blødning fra genitalia med ukjent etiologi. Samtidig bruk av hormonelle prevensjonsmidler. **Forsiktighetsregler:** Skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. **Medisinsk undersøkelse/konsultasjon:** Før igangsetting eller gjenopptak skal det foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familleanamnese). Blodtrykk skal måles og fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Regelmessige kontroller skal utføres iht. standard klinisk praksis. Ev. hormonell prevensjon må stoppes før igangsetting. Ikke-hormonelle prevensjonsmetoder må brukes i minst 1 måned etter behandlingsstart. Graviditet må utelukkes før administrering eller gjenopptak. **Risiko for tromboembolisk sykdom:** Bruk av legemidler som inneholder østrogen og gestagen øker risikoen for arteriell eller venøs tromboembolisme (ATE eller VTE). Hvis ATE/VTE oppstår, må behandlingen seponeres umiddelbart. Kontraindisert ved tidligere eller nåværende VTE eller ATE. **Risiko for tap av benmasse:** Gjennomsnittlig reduksjon i BMT i løpet av det første året med behandling med Ryeqo var 0,69 %. Det ble imidlertid observert >3 % reduksjon hos 21 % av pasientene. Nytt og risiko ved bruk hos pasienter med tidligere lavtraume fraktur eller andre risikofaktorer for osteoporose eller tap av benmasse, bør vurderes før behandlingsstart. Behandling skal ikke innledes dersom risikoen forbundet med tap av benmasse overstiger potensiell nytte. **Levertumorer eller leversykdom:** Hvis gulsott oppstår, må behandlingen seponeres. Det er sett asymptomatisk forbigående økt ALAT minst 3 × øvre grense for referanseområdet hos <1%. Akutte avvik i leverprøver kan nødvendiggjøre seponering av bruk til leverprøvene blir normale. **Endring i menstruasjonsblødningsmønster:** Pasienten skal informeres om at behandling vanligvis gir redusert blodtap under menstruasjon eller amenoré i løpet av de første 2 månedene av behandlingen. Ved vedvarende kraftig blødning må pasienten kontakte legen. **Preventive egenskaper:** Gir adekvat prevensjon når preparatet brukes i minst 1 måned. Kvinner i fertil alder må imidlertid informeres om at egglosning kommer tilbake kort tid etter avsluttet behandling. Alternativ prevensjon må derfor startes umiddelbart etter avsluttet behandling. **Redusert evne til å gjenkjenne graviditet:** Utfør graviditetstest ved mistenkt graviditet, og seponer behandlingen dersom graviditet bekreftes. **Fremfall eller avstøtning av submukøst myom:** Kvinner som har eller mistenkes å ha submukøse myomer, skal informeres om muligheten for prolaps eller avstøtning av myomer, og de bør kontakte lege om alvorlig blødning gjenoppstår. **Depresjon:** Kvinner med tidligere depresjon skal følges nøye. Skal seponeres dersom depresjon vender tilbake i alvorlig grad. Kvinnen skal rådes til å kontakte legen ved tilbakefall av depressive symptomer. **Hypertensjon:** Om klinisk signifikant hypertensjon oppstår, bør dette behandles, og nytten av fortsatt behandling vurderes. **Galleblæresykdom:** Tilstander som galleblæresykdom, cholelithiasis og kolecystitt er sett, men sammenheng med preparatet er uklart. **Laboratorietester:** Bruk av østrogener og gestagener kan påvirke resultatene av visse laboratorietester. Endringene forblir vanligvis innenfor normalområdet. **Hjelpstoffer:** Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. **Potensial for andre legemidler til å påvirke preparatet:** Relugoliks: Orale P-gp-hemmere: Samtidig bruk anbefales ikke. Se preparatomtale (SPC) for mer informasjon. Sterke CYP3A4- og/eller P-gp-induktorer: Samtidig bruk anbefales ikke. **Østradiol og noretisteronacetat:** CYP-enzyminduktorer: Samtidig bruk av leverenzyminduktorer anbefales ikke over en lengre periode. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Kontraindisert ved graviditet. Skal seponeres dersom graviditet oppstår. **Amming:** Kontraindisert under bruk og i 2 uker etter seponering. **Fertilitet:** Hemmer egglosning og forårsaker ofte amenoré. Egglosning og menstruasjonsblødning vil komme tilbake kort tid etter avsluttet behandling. **Bivirkninger:** De hyppigste bivirkningene er hodepine, hetetokter, og blødning fra livmoren. **Andre vanlige bivirkninger:** alopeci, hyperhidrose, nattesvette, nedsatt libido, vulvovaginal tørrhet og irritabilitet. **Overdose-riking/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogen G03C og progestogener G03D på felleskatalogen.no. **Pakninger og priser (pr. 23.02.2024):** 28 stk. (flaske) kr. 1 343,40. 3x28 stk (flaske) kr. 3761,70 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 18.01.2024. Refusjon:** Blå resept. Ja. Refusjonsberettiget bruk: Behandling av moderate til alvorlige symptomer på myomer hos voksne kvinner i fertil alder. Vilkår: 240 Behandlingen skal være instituert av spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet. ICD: D25. Byttbar: Ja (byttegruppe 002703). **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21, 1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige, Telefon: 00 47 21 03 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu. **Se felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret: 23.02.2024.**

RYE-JUN24-NO-23528



Takk!

Min siste leder som redaktør av Gynekologen skrives en kald novemberkveld, i en relativt nyinnkjøpt kontinentalseng full av amme-gadgets. Jeg er ikledd pyjamas med en fem måneder gammel baby på fanget. Vi korrekturleser referat fra årsmøtet, og babyen studerer Excel-skjemaet og word-filene med stor iver. Mannen (som er musikkterapeut, ikke lege) lurer på hvorfor jeg gidder å bruke nok en kveld på dette redaktørvirket, fremfor andre hobbyer. Jeg forsøker nok en gang å forklare ham hvor givende selve vervet har vært, og hvordan det i tillegg motiverer meg også til klinisk arbeid.

Etter 19 utgaver er det likevel på tide å takke for meg som redaktør i Gynekologen og gi stafettspinnen videre. Jeg ramlet inn i vervet som medisinstudent under startfasen av Covid-19-pandemien, på et tidspunkt der NGF-styret var desperate nok etter en kandidat til å gi jobben til en medisinstudent uten andre kvalifikasjoner enn å være ivrig (og en smule overmodig gynekolog-spire med midlertidig lisens). Mange reagerte nok på denne ansettelsen, og det forstår jeg godt.

Det var ingen selvfølge at NGF-styret ga den tilliten til en helt uerfaren student, og det sier langt mer om daværende styre enn om kandidaten. Men, den noe Phd-tunge gjengen, bestående av inkluderende NGF-styremedlemmer og nettrektor Inga Vengen, hjalp meg i gang.

Jeg unner alle den samme faglige og sosiale motivasjons-boosten som jeg har fått gjennom NGFs foreningsarbeid de siste fire årene.

Det er uvurderlig å møte mennesker med felles faglig fascinasjon, men ulik arbeidsplass og hverdag. Det trenger ikke være NGF man engasjerer seg i, men et eller annet forum der man møter likesinnede med en annen bakgrunn.

Så, kjære erfarne kollegaer, dytt de yngste inn i verv, oppgaver og på årsmøte-nachpiel. Og alle LIS, vær så snill å si JA når noen spør om du kan tenke deg en slik posisjon! Kanskje er det nettopp det å stikke hodet ut av egen avdeling som gjør at vi LIS orker å stå i den krevende spesialiteten vi har valgt å prøve oss i.

Til sist vil jeg takke alle som har bidratt med tekster til Gynekologen de siste 4,5 årene. Vi har vært innovert alt fra Covid-19, preeklampsiscreening, livmorhalsprogrammet, internasjonal kvinnehelse, infertilitet, ultralyd, alvorlige hendelser og utbrenthet til to rene jubileumsutgaver. Mange (og stadig fler) benytter seg av Gynekologen som kommunikasjonsplattform for gynekologer imellom, noe som gleder meg. Jeg kan telle på én hånd hvor mange ganger noen har sagt nei til å skrive, og det kommer jevnlig inn stoff på initiativ fra engasjerte kollegaer rundt om i det ganske land. Hvert intervju og bidrag har vært både hyggelig og lærerikt. Dere bruker dyrebar tid på dette, og uten skribenter og forfattere er det ikke mye igjen av tidsskriftet Gynekologen.

Takk for meg!

Tale Meinich
Redaktør



Uovertruffen brukervennlighet, sikkerhet og styrke for TLH, LSH, LAVH og RALH – i et effektivt engangsdesign

Uterusmanipulatorer fra CooperSurgical

Advincula Delineator uterusmanipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi. Optimal kontroll og sikkerhet ved gynekologiske inngrep. Våre uterusmanipulatorer gir maksimal presisjon for kirurger og økt komfort for pasienten.

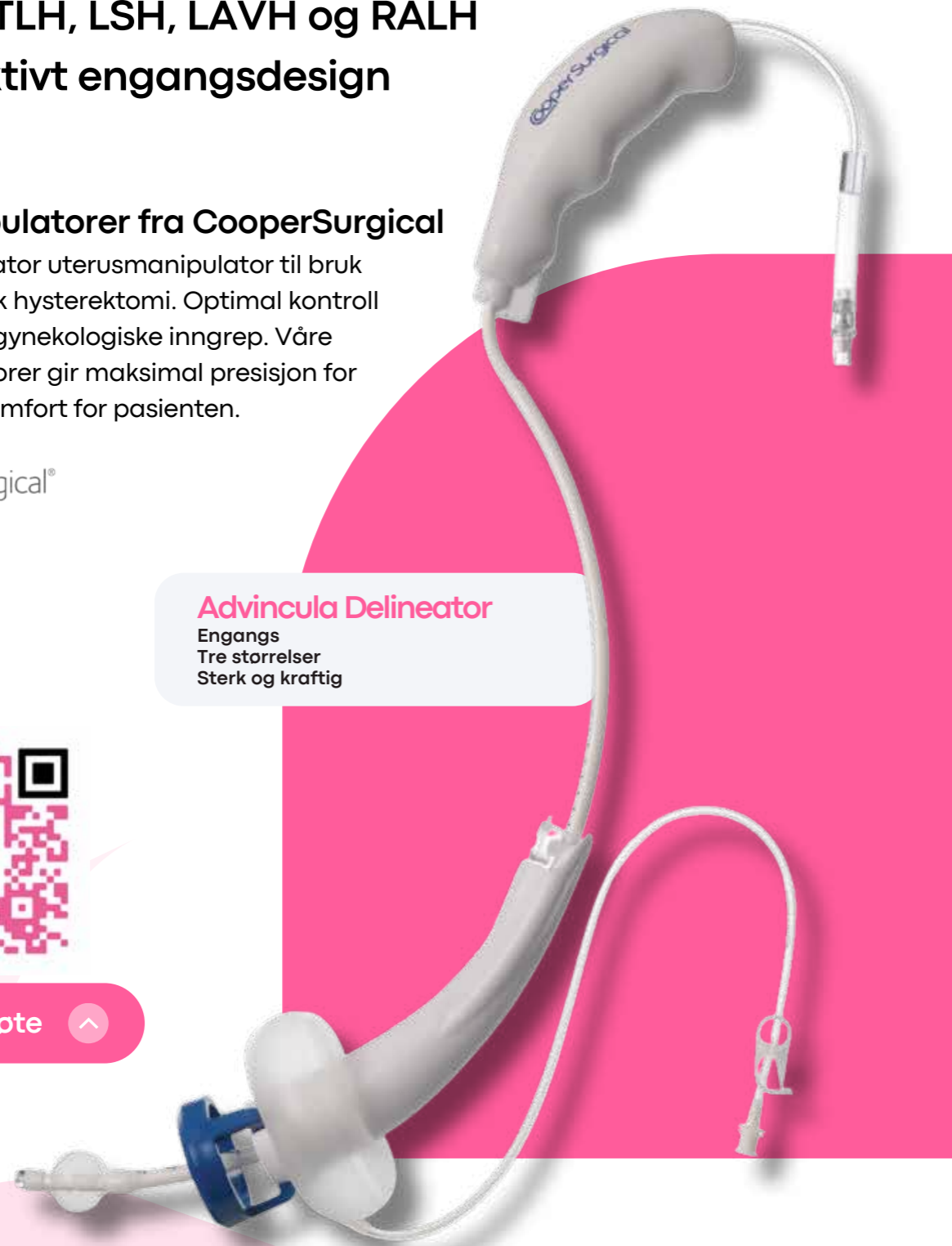


Advincula Delineator

Engangs
Tre størrelser
Sterk og kraftig



Bestille et møte 



Kontakt oss

 sebastian@solann.se

 +46 (0)70-620 88 09

Solann AS er et norsk selskap med fokus på helse- og kirurgiprodukter for kvinner. Solann ble etablert i 2004 og har vokst til å bli en svært viktig leverandør. I dag er vi aktive i Sverige, Norge og Danmark, med kontor i Stockholm.



Kjære alle sammen

Jeg må få takke dere alle sammen for et strålende årsmøte på Lillehammer. Som jeg har nevnt mange ganger før ligger det en betydelig innsats bak å arrangere et slik møte. Dette gjelder både av vitenskapelig sekretær som ordner med det faglige programmet, LOK som jobber med det sosiale programmet og CIC som holder i alle trådene. MEN, for at det skal bli et virkelig godt møte er man avhengig av alle dere deltagere. Alle dere som rekker opp hendene på debattene, stiller gode spørsmål fra salen og ikke minst lager den beste stemningen på årsmøtemiddagen.

Jeg håper også de mange LIS som deltok på møtet, noen for første gang, hadde en god opplevelse. Det er ikke så lett å få fri til å dra på kurs som ikke er på listen over «anbefalte kurs» i den fryktede kompetanseportalen. Vi vet også at mange LIS ikke får dekket reise og opphold til årsmøtet. Derfor vil jeg komme med en liten oppfordring til alle avdelingsledere der ute: Hvis mulig, send også LIS på årsmøtet. La dem få oppleve alt det faglige som skjer ute i Norges land og la dem bli kjent med andre i samme fag, som opplever mange av gledene og frustrasjonene som man står i daglig. Jeg tror på sikt man får tilbakebetalt dette med motiverte fagfolk som vet de har et stort nettverk de kan bruke. Vi i styret vil i alle fall fortsette å prøve på rekrutterende tiltak for å få flere LIS på årsmøtene.

Kanskje skal vi utfordre LIS til å presentere sine forbedringsprosjekter? Mulighetene er mange, og jeg vet noen er bekymret for at årsmøtet blir for spisset og det ikke blir «matnyttig» nok for generalisten. Her tror jeg vi igjen er avhengig av tilbakemeldinger fra alle dere medlemmer for hvordan vi skal arrangere et møte som vil gagne de fleste. Vi er i alle fall åpne for innspill og gode forslag, og vi er allerede begynt å glede oss til årsmøte i Ålesund i 2025.

Etter et slik vellykket møte sammen med så mange positive mennesker føler man igjen på en stor takknemlighet for at man får lov til å drive med et meningsfylt fag sammen med gode kollegaer. Da blir overgangen til fredsmarsj søndag under parolen «Barn har rett til å leve» ekstra stor. Det samme gjelder alle våre «Not a target»-markeringer gjennomført på Ålesund sjukehus siste året. Men selv om markeringene er små og man av og til kan føle at dette ikke gjør noen forskjell, er det fortsatt håp om at jeg etter neste års årsmøte ikke skal være nødt til å gå under en parole som beskriver noe så grunnleggende som at barn skal ha rett til å leve. Mine tanker går igjen til sivilbefolkningen og helsepersonell som er så hardt rammet på Gaza.

Solveig Bjellmo

Leder i Norsk gynekologisk forening

Nytt fra styret

Siden sist har vi hatt et styremøte på Lillehammer i forbindelse med årsmøtet. Naturlig nok besto mye av dette møtet av forberedelse og gjennomgang av selve møtet. Men også denne gangen ble det diskutert høringer, samarbeid med nordiske og internasjonale organisasjoner, digitalt helsekort og media.

På tross av at generalforsamlingen på årsmøtet ofte blir nedprioritert av medlemmene i et svært travelt program, var det med stor glede vi kunne ønske velkommen til et nesten fullsatt møterom. Generalforsamlingen er jo vårt organ for å komme ut med saker til alle dere medlemmer som vi tenker er viktige. I år ble det gjort endringer i vedtekter og presentert nye medlemmer i styret. Både nettredaktør Inga Vengen og redaktør i Gynekologen Tale Menich trer av etter fantastisk innsats i 5 år. Vi er heldige å få inn Kine Haaverstad som nettredaktør og Sofie Angeltveit som ny redaktør i Gynekologen. Det ble også valgt ny valgkomite, og skulle dere ha noen gode kandidater dere mener bør komme inn i styret ved neste års generalforsamling er det Kirsten Hald, Stine Andreassen eller Klaus Oddenes dere skal ta kontakt med. Det er også gjort endringer i redaksjonskomiteene både i Gynekologi og

Obstetikk. Knut Hordenes er leder for gynekologiredaksjonen, mens Anne Flem Jacobsen trer av som hovedredaktør for den obstetriske redaksjonen og blir erstattet av Johanne Kolvik Iversen. Anne Flem Jacobsen har gjort en formidabel innsats med blant annet veileder i fødselsmedisin over mange år, og fikk også meget fortjent årets hederspris under årsmøtet.

Tromsø ble presentert som årsmøtested i 2026, og til neste år møtes vi alle i Ålesund.

Neste styremøte avholdes i Bergen 19/11, og her blir det overgangsmøte hvor både avtrøppende og påtrøppende nettredaktør og redaktør i Gynekologen skal delta. Vi har flere saker vi allerede vet vi skal diskutere, og er åpne for nye fra dere medlemmer.

For styret i NGF
Solveig Bjellmo
 Leder

Styret i Norsk gynekologisk forening



Solveig Bjellmo
 Leder NGF

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



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 obstetikk 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.



Agethe Lund
 Vitenskapelig sekretær

Agethe er overlege ved Kvinneklivnikken, 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 anomali. Hun var tidligere redaktør i Gynekologen, er en aktiv samfunnsdebbattant og var i fire år klinikkoverlege - erfaring som kan komme godt med i NGF-styrearbeidet. Hun finner påfyll i naturen, over grytene eller når hun blar i en vakker kokebok.



Kristine Amundsen
 Kasserer NGF

Kristine er overlege ved Kvinneklivnikken UNN Tromsø og arbeider hovedsakelig med inkontinens og bekkenbunnslidelser. Hun 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.



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 obstetikk 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 prioriteringslisten.



Morten Kvello
 FUGO-representant NGF

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

FOR HEALTH CARE PROFESSIONALS ONLY

VEOZA™
 fezolinetant

NONHORMONAL

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



Watch the mechanism of action at www.veoza.no or scan QR code

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 16 February 2024.

***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.**

References: 1. VEOZA SmPC §4.1 02.2024
 2. VEOZA SmPC § 4.3 & 4.4 02.2024

astellas

Astellas Pharma | Phone +47 66 76 46 00 | www.astellas.com/no



Referat generalforsamling Norsk Gynekologisk Forening

24.10.2024

Sted: Lillehammer

Tilstedeværende: Styret i NGF: Ragnar Kvie Sande, Morten Kvello, Solveig Bjellmo, Kristine Amundsen, Birgitte Sanda, Agnethe Lund, Tale Meinich og Inga Thorsen Vengen.
Ved møtestart ble det notert 64 stemmeberettigede medlemmer, inkludert styret.

Valg av dirigent: Solveig Bjellmo, valgt ved akklamasjon.

Valg av referent: Morten Kvello, valgt ved akklamasjon.

Valg av protokollunderskrivere: Erik Andreas Torkildsen og Hilde Engjom, valgt ved akklamasjon.

Innkalling og sakliste: Publisert i Gynekologen.

En minnestund ble avholdt for følgende medlemmer som har gått bort siden siste generalforsamling:

Tom Engebretsen

Per Otto Andersson

Dina Zaid Ismaili

Dragan Susic

Gudvor Ertzeid

Håvard Sjøiland

Bjarne Straume

Unn Annik Ystehede

Tom Ernst Ottersen

Saker til generalforsamling

1. Regnskap og budsjett

Redegjørelse ved kasserer Kristine Amundsen.

Aktivitetsregnskap 2023 er gjennomgått og signert av desisorer Hans-Kristian Opøien og Vasilis Sitras.

Aktivitetsregnskap 2023:

	Regnskap 2023	Regnskap 2022	Regnskap 2021
Sum inntekter	4 488 903	4 373 103	4 003 801
Sum drift finansutgifter	4 063 867 3147	4 611 908	3 632 096
Resultat/ Overføring til egenkapital	425 036 251 930 drift 173 106 finansinntekter	-238 805	371 706

Kommentarer til regnskapet:

Årsmøtet gikk med overskudd. Kurs arrangert av FUGO gir også overskudd, og ekstrakontingenten er videreført. Den svake kronen medfører økte kostnader for medlemskap i FIGO, EBCOG og NFOG.

Revidert budsjett 2024

	Regnskap 2023	Budsjett 2024	Revidert budsjett 2024
Sum inntekter	4 488 903	4 100 000	3 900 000
Sum utgifter	4 063 867 3147	4 150 000	3 943 000
Resultat	425 036 251 930 drift 173 106 finansinntekter	-50 000	-43 000

Kommentarer: Det redegjøres for endringer og rasjonale for dette som er basert på regnskapet for 2023. Ingen store forventede utgifter. Årsmøtet har god deltakelse og forventes å gå i pluss.

Budsjett 2025

	Regnskap 2023	Revidert budsjett 2024	Budsjett 2025
Sum inntekter	4 488 903	3 900 000	4 100 000
Sum utgifter	4 063 867 3147	3 943 000	4 143 000
Resultat	425 036 251 930 drift 173 106 finansinntekter	-43 000	-43 000

Det er et ønske om fortsatt ekstrakontingent på grunn av usikre tider med økte priser og inflasjon, og styret mener det er lagt opp til nøkternt budsjett.

Ekstrakontingent

Ekstrakontingenten ble først innført i 2017 med et beløp på 500 kr for å styrke foreningens økonomi. Fra 2018 til 2021 ble kontingenten økt til 700 kr for å møte økonomiske behov, men i 2022 ble beløpet redusert til 600 kr på grunn av en god økonomisk situasjon. I 2023 ble kontingenten økt igjen som følge av en krevende økonomisk situasjon. Styret foreslår å videreføre ekstrakontingenten på 700 kr i 2025, og forslaget vedtas enstemmig.

Regnskap 2023, revidert budsjett 2024 og budsjett 2025 vedtas i sin helhet ved akklamasjon.

2. Solidaritetsfondet

I år har det kommet inn to søknader om prosjektstøtte. Siden det ikke ble mottatt søknader i fjor, har styret besluttet å tildele inntil 50 000 kroner til hvert av de to prosjektene.

- Søknad om støtte til Sør-sør-samarbeid og kollegiale nettverk knyttet til alvorlige utfall hos mor og barn. (Hilde Engjom og Lill Trine Nyfløt)
- Fokus på Fosterovervåkning og Akutt Obstetikk i Tanzania. (Andrea Solnes Miltenburg)

3. Valgkomite

Ny innstilling:

- Klaus Oddenes (Haugesund/Stord)
- Stine Andreassen (Bodø)
- Kirsten Hald (Oslo)

Vedtast ved akklamasjon.

4. Desisorer

Innstilles av styret og velges for ytterligere 3 år.

- Vasilis Sitras
- Hans-Kristian Opøien

Vedtast ved akklamasjon.

5. Årsrapporter fra NGFs undergrupper

Disse er presentert i siste utgave av Gynekologen.

6. Redaksjonskomite for veileder i fødselshjelp

Redaksjonskomiteen ledes per i dag av hovedredaktør Anne Flem Jakobsen, med medlemmer Johanne Kolvik Iversen, Philip von Brandis, Pepe Salvesen og Tiril Tingleff. Anne Flem Jakobsen og Tiril Tingleff har etter eget ønske trådt ut av komiteen. Som nye medlemmer foreslås Johanne Kolvik Iversen som hovedredaktør, med Inga Vengen (ansvarlig for metodebok) og Janne Rossen som nye medlemmer. Forslaget vedtas ved akklamasjon.

7. Redaksjonskomite for veileder i gynekologi

Den nåværende komiteen ledes av hovedredaktør Knut Hordenes, med medlemmene Jette Stær-Jensen, Maria Nyhus, Rune Svenningsen og Erik Andreas Torkildsen. Rune Svenningsen og Erik Andreas Torkildsen fratrer etter eget ønske. Som nye medlemmer foreslås Jone Trovik, Hallvard Fjelltun og Kine Haaverstad (ansvarlig for metodebok). Forslaget vedtas ved akklamasjon.

8. Endring av vedtekter

Styret i Norsk Gynekologisk Forening (NGF) ber om endring i foreningens vedtekter. Dette på bakgrunn av endringer i sammensetning av styret og endringer i bruk av revisor. Det har over mange år ikke vært brukt vara på noen av styremøtene, noe som igjen har ført til at det ikke ble valgt vararepresentanter ved siste valg i oktober 2023. Forfall fra møtene er høyst sjeldent og derfor er behovet for vara ikke nødvendig. NGF skiftet i 2023 over til bruk av fast revisor i Legeforeningen noen planlegger å ha som fast ordning fremover. Det vil derfor ikke være behov for valg av revisor. Det foreslås endring i paragraf § 7, § 9 og § 10

Det stemmes for de enkelte endringene hver for seg.

Endring om fjerning av varamedlem: 2 stemmer mot, 62 for. 0 avholdende. Vedtas.

Endring om at valg av revisor fjernes fra vedtektene: Vedtas enstemmig.

Vedtekter paragraf § 7, § 9 og § 10 etter endring:

§ 7 Årsmøtet

Årsmøtet er foreningens høyeste organ og er åpent for alle medlemmer. Media har adgang unntatt ved særskilte saker som årsmøtet måtte bestemme.

Årsmøtet skal behandle

- styrets beretning
- revidert regnskap
- kontingent for assosierte medlemmer
- budsjett
- saker forelagt av styret
- saker forelagt av et medlem
- vedtektsendringer
- valg av styre
- valg av valgkomité
- valg av desisorer
- evt valg/oppnevninger av komiteer/utvalg

Forslag om saker som skal behandles på årsmøtet må være innkommet til styret senest fire uker før årsmøtet.

Årsmøtet skal kunngjøres for medlemmene senest tre uker på forhånd. Årsmøtet avholdes årlig og kombineres med et faglig møte.

Årsmøtet ledes av en valgt dirigent. Det velges en referent.

Vedtast i årsmøtet fattes med simpelt flertall blant de fremmøtte stemmeberettigede medlemmer. Ved stemmelikhet har foreningens leder dobbelstemme.

Valg skal skje i henhold til Dnlfs lover § 3-3-3.

Viktige saker hvis behandling ikke kan utstå til årsmøtet, kan av styret forelegges medlemmene til skriftlig avstemning. Denne kan skje per post eller elektronisk.

Bestemmelsene i forretningsorden for Dnlfs landsstyremøter gis anvendelse så langt denne passer.

Det utarbeides protokoll fra årsmøtet.

§ 9 Styret

Styret består av leder, nestleder og fire styremedlemmer. Lederen velges ved eget valg og bør ha sittet i styret tidligere. Styrets øvrige medlemmer velges samtidig. Styret skal ha følgende sammensetning: Et medlem er representant for praktiserende spesialister, et medlem er ikke-spesialist i utdanningsstilling, og minst et medlem skal ha akademisk kompetanse.

Styret konstituerer seg selv på det første møtet i funksjonsperioden, slik at funksjonene kasserer, sekretær og vitenskapelig sekretær dekkes.

Styrets funksjonsperiode er to år fra 1.januar etter styrevalget. Styremedlemmene velges for en periode med mulighet for gjenvalg. Maksimal sammenhengende funksjonstid som styremedlem er seks år. Leder velges for to år med mulighet for gjenvalg. Maksimal funksjonstid som leder er fire år. Lederens funksjonstid kan komme i tillegg til tiden som styremedlem.

Styret innkalles etter beslutning av leder eller hvis minst to styremedlemmer krever det. Saksapirer og protokoll sendes til styrets medlemmer og til redaktøren av Gynekologen og Nettsidene. Representanter fra utvalg og komiteer innkalles ved behov til styremøtene.

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av styrets medlemmer er til stede. Leder har ved stemmelikhet dobbelstemme.

§ 10 Valgkomiteen

Valgkomiteen består av leder og to medlemmer.

Valgkomiteen velges av årsmøtet det året det ikke er valg på styret, dvs. partalls år. Ingen av medlemmene kan sitte i styret. Et av medlemmene utpekes av det sittende styret, de to andre velges av årsmøtet. Valgkomiteen velges for en periode på fire år. Komiteen velger selv leder. Komiteen kan gjenvelges for en periode.

Valg av valgkomité skjer ved simpelt/relativt flertall.

Valgkomiteen forbereder valg av styre og eventuelt andre utvalg/komiteer som er lovfestet eller opprettet av årsmøtet. Valgkomiteens innstilling vedlegges innkallingen til årsmøtet.

Orienteringssaker

1. Ny redaktør i Gynekologen er valgt av styret: Sofie Rønningsbakk Angeltveit
2. Ny nettreddaktør er valgt av styret: Kine Haukelidsæter Haaverstad
3. Metodebok.no ved Inga Vengen

Redegjør for metodebok.no som nå er oppe og går. Det vil komme mulighet for direkte kommentar til hovedforfattere. Det vil også komme mulighet for å gjøre endringsforslag i metodebok.no.

4. Redegjørelse for NGFs overordnede struktur med underliggende faggrupper
 - a. Norsk kolposkopiforening (NKF) har gått ut som faggruppe. Dette etter ønske fra gruppen selv da det er ønske om å kunne inkludere andre spesialiteter og ha egen medlemsavgift. Det er plan om fortsatt godt samarbeid mellom NGF og NKF.
 - b. To faggrupper opprettet i 2024 med kort gjennomgang av gruppens arbeid
 - i. Global Helse
 - ii. NORBIRTH

Årsmøtested 2026

Tromsø foreslås og velges ved akklamasjon.

Eventuelt

Ingen saker

Morten Kvello
Morten Kvello (sign)

Hilde Marie Engjom
Hilde Engjom (sign)

Erik Andreas Torkildsen
Erik Andreas Torkildsen (sign)

Mange fertilitetspasienter ønsker monitorering hos sin faste gynekolog.

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

Fertilitetsbehandling

Ny behandling: Eggfrys

Eggdonasjon

Du finner oss på Helsenett



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspasientens beste.

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

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon Hausken direkte: jon@klinikkhausken.no

Kjære FUGO-folk!



Mina Eskeland
FUGO-leder

For et fantastisk årsmøte det var! Håper alle dere som fikk muligheten til være med til Lillehammer koste dere masse og fikk litt påfyll både faglig og sosialt. Og så håper jeg at enda flere får muligheten til å være med neste år. I år ga FUGO, i samarbeid med NGF, ut stipend til 10 LIS som dro på årsmøtet for første gang. Vi håper å få til det samme neste år. Uansett vil vi fortsette å jobbe for at flest mulig LIS får delta på årsmøtet. Jeg mener det er veldig viktig, både for å holde seg faglig oppdatert, men også for å knytte kontakt og bli venner med kolleger fra hele landet. Med tanke på å beholde LIS i faget tror jeg virkelig at det er en lur investering fra arbeidsgivers side å sende oss på årsmøtet. Man kan jo ikke annet enn å ville bli gynekolog når man er sammen med en gjeng med så trivelige folk og har det så gøy!

Jeg håper både LIS og overleger, spesielt de med utdanningsansvar, tar seg tid til å lese artikkelen med resultatene fra Utdanningsprisen 2024 i denne utgaven av Gynekologen. Spesielt bekymringsfullt er det at stadig færre LIS ønsker å fortsette på arbeidsplassen sin og at nesten 70% ikke forventer å bli spesialister på normert

tid. Jeg håper disse funnene kan motivere ledelsen til å jobbe enda hardere for å forbedre LIS-utdanningen og forholdene på arbeidsplassen sin. Vi har ikke råd til å miste én eneste LIS fra faget.

Når jeg først er inne på utdanning, kan vi nå endelig avsløre at neste FUGO-kampanje skal handle om strukturert opplæring i gynekologisk ultralyd! Dette er noe jeg tror de fleste av oss synes kan være utfordrende og som vi har behov for grundigere undervisning i. Vi gleder oss stort til å lansere denne kampanjen på årsmøtet neste år. Vi vil gjerne ha med flere i kampanjegruppen, så hvis du ønsker å bidra i planleggingen og gjennomføringen er du mer enn velkommen til å ta kontakt med kampanjeansvarlig Eilin (e.austreid@gmail.com).

Dette blir min siste lederartikkel, og jeg vil benytte anledningen til å takke for meg. Det har vært en stor glede og ære å være lederen deres dette året. Nå går stafettspinnen videre til nyvalgt FUGO-leder Are Larsen, som jeg er helt sikker på at kommer til å gjøre en strålende jobb. Ellers vil jeg takke Sukhjeet Bains som nå går ut av styret og som har gjort en fremragende innsats som webansvarlig og ENTOG-ansvarlig dette året. Og sist, men ikke minst, velkommen til vårt nyeste styremedlem Nilofar Alizadeh som jobber ved Sørlandet sykehus Kristiansand.

Vi gleder oss til å jobbe videre for å forbedre utdanningen vår i 2025. Riktig god jul og godt nyttår til dere alle!

FUGO-styret 2024



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



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



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



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



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



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



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

Referat generalforsamling FUGO 23.10.2024

Til stede:

Styret i FUGO: Mina Eskeland, Are Adam Woyseth Larsen, Morten Kvello, Siri Juliebø-Jones, Eilin Austreid, Rannveig Stokke.

Det telles ved møtestart 20 stemmeberettigede medlemmer, inkludert styret.

Valg av dirigent: Mina Eskeland.

Valg av sekretær: Rannveig Stokke.

1. Godkjenning av innkalling og sakliste:
Godkjennes uten innvendinger.

2. Presentasjon av styret og styrets arbeid:

- Mina Eskeland: Leder, Gynekologen, Utdanningsprisen
- Are Larsen: Nestleder, NFYOG, Endoskopiutvalget
- Morten Kvello: NGF-representant
- Rannveig Stokke: Sekretær, kursansvarlig, Gynekologen
- Eilin Austreid: NFYOG, kampanjeansvarlig
- Sukhjeet Bains: ENTOG, webmaster (ikke til stede, presenteres av Mina)
- Siri Juliebø-Jones: ENTOG, kasserer

3. Økonomi: Redegjørelse ved kasserer Siri Juliebø-Jones.
Regnskap 2023, revidert budsjett 2024 og budsjett 2025 vedtas ved akklamasjon.

4. Saker til generalforsamlingen: Ingen saker meldt inn av styret eller medlemmer.

5. Valg:

- Are Larsen stiller til gjenvalg.
- Sukhjeet Bains stiller ikke til gjenvalg.
- Resten av styremedlemmene ble valgt for 2 år i fjor og sitter derfor i 1 år til.
- Nilofar Alizadeh er innstilt av valgkomiteen som nytt styremedlem for 2 år og velges ved akklamasjon.
- Are Larsen er innstilt av valgkomiteen som styremedlem for 2 nye år og som leder av FUGO i 1 år. Han velges ved akklamasjon.

6. Eventuelt: Ingen saker.

Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

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

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

Alle kjente og gjennomprøvde ingredienser.

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

Produktet er utviklet av Dr. Warming og har ingen varmeeffekt.

92%
fettinnhold



nordic
consumer
health

Resultater fra Utdanningsprisen 2024

For tredje gang delte FUGO ut den høythengende Utdanningsprisen på NGFs årsmøte på Lillehammer i oktober. Prisen skal hvert år gå til den avdelingen som har vært best på utdanning av LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer det foregående året. I sommer sendte vi i FUGO ut et spørreskjema til LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved alle landets sykehus. Årets vinner var Nordlandssykehuset Bodø, som du kan lese mer om i denne utgaven av Gynekologen. Gratulerer så mye! I tillegg til å kunne kåre et sykehus som vinneren av Utdanningsprisen, gir spørreskjemaet et viktig innblikk i hvordan LIS opplever utdanningen sin generelt.



Mina Eskeland
FUGO-leider

Vi fikk i år svar fra totalt 102 LIS fordelt på 23 ulike sykehus spredt over hele landet. Dette er 10 færre svar og 4 færre sykehus enn i fjor. Igjen er det noen deler av utdanningen som skiller seg positivt ut og andre deler der det synes å være et forbedringspotensial. Introduksjonsperioden, felles kompetansemødel, veiledning og fordypning har forbedret seg fra i fjor. Tilsvarende som tidligere år opplever LIS at de i mindre grad slipper til ved gynekologiske inngrep enn på fødeavdelingen. Noen av de mest betydningsfulle funnene er at få forventer å bli spesialister på normert tid og at stadig færre ønsker å fortsette på arbeidsplassen sin.

Introduksjonsperiode

Når det gjelder introduksjonsperioden er det noe forbedring i forhold til fjorårets resultater. Litt færre enn i fjor oppgir at de hadde fra ingen til maksimalt to uker med introduksjon da de var nye i spesialiteten (43% i år mot 47% i fjor). Litt over halvparten (58%) opplevde introduksjonsperioden som bra til svært bra. Over halvparten (52%) har en individuell utdanningsplan mot kun 45% som hadde det i fjor.

Felles kompetansemødel

Resultatene i forhold til felles kompetansemødel er også litt bedre enn i fjor, men flertallet mener fortsatt at opplegget er relativt dårlig. For et år siden anga tre av fem at de opplevde opplegget rundt felles kompetansemødel som middels til svært dårlig, mens det i år er litt redusert til 54%. Det er også noen flere enn i fjor som får satt av egen tid til felles kompetansemål i timeplanen (43% i år mot 40% i fjor).

Veiledning

I fjor anga 44% av LISene at de hadde to eller færre veiledninger i løpet av et år. I år er dette relativt uendret på 42%. Det er imidlertid en god del flere som har seks eller flere veiledningssamtaler i året (27% i år mot 19% i fjor). I hht Helsedirektoratet bør det etterstrebes at individuell veiledning blir avholdt minst hver

fjerde uke. Som i fjor angir tre av fem at de har stort til svært stort utbytte av veiledningen, men kun 9% gir veiledningen toppskår mot nesten 20% i fjor.

Undervisning og kurs

For undervisning og kurs er resultatene relativt like eller litt dårligere enn i fjor. I år svarer 89% at avdelingen har minst én internundervisning per uke mot 94% i fjor. Hele 96% har stort til svært stort utbytte av undervisningen. Hver fjerde LIS gir internundervisningen toppskår mot hver tredje i fjor. Nesten alle (96%) angir at undervisningen følger læringsmålene. Litt færre enn i fjor svarer at de får deltatt på simulering en gang i halvåret eller oftere (67% i år mot 72% i fjor). Som i fjor får åtte av ti seks eller flere kursdager per år, hvorav de fleste (57%) får seks til ti kursdager. Tilsvarende som i fjor opplever 64% at det er lett å få dratt på kurs.

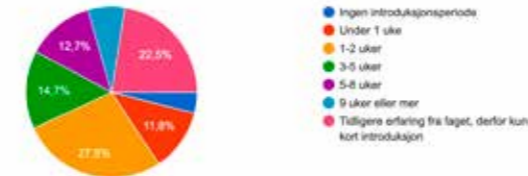
Fordypning og overtid

Færre enn i fjor får aldri eller nesten aldri fordypningsdagene sine (26% i år mot 47% i fjor). Litt under halvparten (45%) får alltid eller nesten alltid fordypningsdagene sine, mens de siste 29% får dem ca. halvparten av gangene. Det er også færre som ukjentlig, på kort varsel, blir satt til å gjøre en annen arbeidsoppgave enn det som var planlagt (26% i år, 30% i fjor, 40% i 2022). For første gang angir over halvparten (51%) at det er kultur i avdelingen for å skrive overtiden man jobber. Det var kun 46% som sa det samme i fjor.

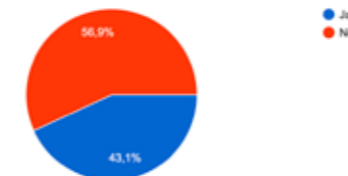
Progresjon i utdanningen

Tilsvarende som i fjor er det flere som opplever progresjon på fødeavdelingen sammenlignet med progresjon innen gynekologiske inngrep. Tre av fire opplever stor til svært stor grad av progresjon på fødeavdelingen. Dette er like mange som i fjor. Når det gjelder gynekologisk kirurgi svarer 64% at de i relativt stor grad får slippe til på laparoskopi og 57% at de får slippe til på andre gynekologiske inngrep som hysteroskopier og plastikker. Dette er relativt uendret fra i fjor. Totalt sett svarer syv av ti at de opplever stor til svært stor grad av progresjon i utdanningen sin. Dette tallet er uendret fra de to siste årene. Det er imidlertid enda færre enn i fjor som forventer å bli spesialist på normert tid (31% i år mot 37% i fjor). Nesten 70% forventer altså å bli forsinket på grunn av faktorer som operasjoner, kurs, felles kompetansemål og tjeneste på universitetssykehus.

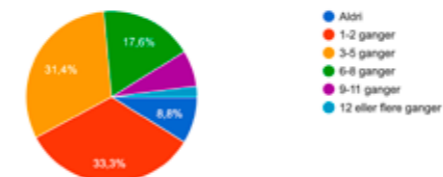
Hvor lang introduksjonsperiode fikk du?
102 svar



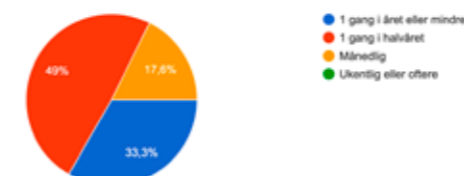
Blir det satt av egen tid til felles kompetansemål i timeplanen?
102 svar



Hvor mange ganger har du individuell veiledning i løpet av et år?
102 svar



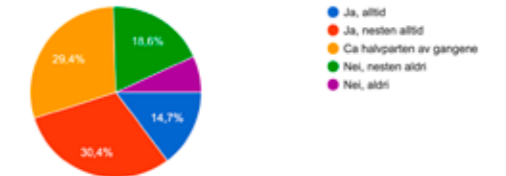
Hvor ofte får du deltatt på simuleringstrening?
102 svar



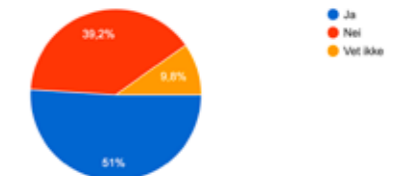
Hvor mange kursdager får du i året?
101 svar



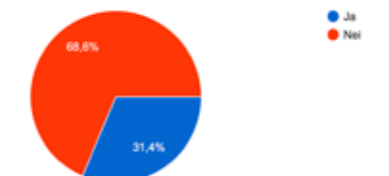
Får du fordypningsdagene dine?
102 svar



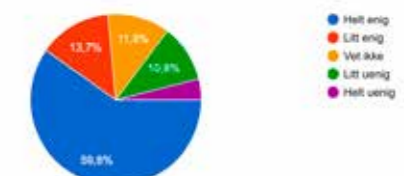
Er det kultur i avdelingen for å skrive overtid?
102 svar



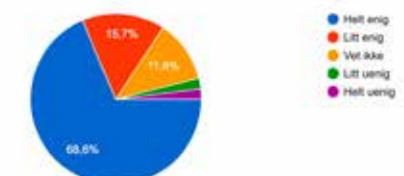
Forventer du å bli spesialist på normert tid? (altså at du ikke blir forsinket pga kurs, operasjoner, FKM, gruppe 1 osv.)
102 svar



Jeg ønsker å fortsette på arbeidsplassen min
102 svar



Jeg ønsker å fortsette i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer
102 svar



Arbeidsmiljø

Litt færre enn i fjor opplever arbeidsmiljøet som bra til svært bra (84% i år mot 92% i fjor), men omtrent tilsvarende som i fjor gir 34% arbeidsmiljøet toppskår. Litt færre enn i fjor svarer at de trives i stor til svært stor grad på arbeidsplassen totalt sett (85% i år mot 90% i fjor). Som tidligere trives de fleste godt med både de andre LISene og overlegene. Tre av fire svarer at overlegene alltid eller nesten alltid er tilgjengelige for spørsmål og kommer hvis man ber om hjelp. Dette har falt betydelig fra 92% som sa det samme i fjor. Tilsvarende som i fjor svarer 73% at de i stor til svært stor grad føler seg satt pris på i avdelingen. Litt færre enn i fjor føler seg godt tatt vare på ved uønskede hendelser (74% i år mot 80% i fjor). Nesten fire av ti opplever at det av og til eller ofte er skummelt å gå vakt og/eller at de blir satt til oppgaver de ikke føler seg kompetent til å gjøre.

Færre enn i fjor er helt eller litt enig i at de ønsker å fortsette i spesialiteten (84% i år mot 91% både i 2023 og 2022). Det er også stadig færre som ønsker å fortsette på arbeidsplassen sin. I 2022 svarte 87% at de var helt eller litt enig i at de ønsket å fortsette på arbeidsplassen sin. I 2023 var det 79% som sa det samme, mens det i år er redusert ytterligere til 74%. Dette er en bekymringsfull utvikling og noe ledere og arbeidsgivere bør jobbe for å snu.

Siden denne artikkelen publiseres etter at vinneren er offentliggjort vil vi gjerne fremheve flere sykehus som har gjort det bra på spørreundersøkelsen vår. Sykehuset Telemark Skien, som vant Utdanningsprisen i 2022, har fortsatt å gjøre det veldig bra både i fjor og i år. Også Lillehammer, Stavanger og Drammen ligger helt i topp i årets undersøkelse. Tusen takk til alle som har svart på undersøkelsen, spesielt Haukeland hvor hele 18 LIS svarte!

Leder fra Spesialitetskomiteen

Fordypningstid



Nora Johansen

Leder av Spesialitetskomiteen

Takk for et strålende årsmøte på Lillehammer. Det er spesielt gledelig å se og høre entusiastiske og flinke LIS som holder frie foredrag med flotte presentasjoner og høyt faglig nivå. Vi i spesialitetskomiteen hadde møte i forkant av årsmøtet, og igjen diskuterte vi henvendelser vi har fått fra LIS om fordypningstid. Vanlige henvendelser er frustrasjon over at fordypningstid blir inndratt på grunn av behov i klinikken, eller at fordypningstiden må brukes til å komme i havn med DIPS-lista. Nesten uten unntak har dette vært et tema på besøkene vi har hatt ved utdanningsinstitusjoner de siste årene. Både ved små og store avdelinger.

Spesialistforskriften

Spesialistforskriften i Lovdata beskriver hvordan vi skal sikre utdanningen av spesialister i Norge. Ansvaret for utdanning ligger hos (hierarkisk listet opp) Helsedirektoratet, De regionale helseforetakene, Kommunen (ikke aktuelt for oss), Legeforeningen og LISen selv. Om LISens rolle og ansvar står: «Lege i spesialisering har ansvaret for egen læring, blant annet ved å følge opp den individuelle utdanningsplanen». Ved å ta opp manglende tid til å komme ajour med DIPS, internundervisning, litteratursøk og andre ikke-direkte-pasient-relaterte aktiviteter, viser LISene at de tar sitt lovgitte ansvar på alvor. Spesialistforskriften gir overordnede føringer, og kan oppfattes noe vag i formuleringene. Det som imidlertid står svart på hvitt er kravet om 70 timer internundervisning per år. Dette skal kunne gjøres i normal

arbeidstid. Mange steder har de organisert internundervisningen etter læringsmål, og det kan være en god løsning. Videre er det etter loven krav til at utdanningsinstitusjonen skal legge til rette for at den enkelte LIS skal kunne oppnå læringsmålene og gjennomføre et utdanningsløp, alt innenfor normal arbeidstid. Vi i spesialitetskomiteen har derfor ikke noe vi skulle sagt når det gjelder fordypningstid, for det er ikke omtalt i Spesialistforskriften. Hvordan har da LISen rett på fordypningstid? La oss se hva Legeforeningen skriver.

Har du rett på fordypningstid, og hva gjør du hvis den til stadighet blir inndratt?

Dette står på Legeforeningens nettsider under «Fordypningstid for leger i spesialisering»: Fordypningstid er avtalt lokalt. Det vil si at tillitsvalgt for Legeforeningen har avtalt dette med arbeidsgiveren ved sykehuset der du jobber. Retten til fordypningstid vil derfor stå i den lokale avtalen. De aller fleste har avtalt fire timer hver uke, og du kan kontakte din tillitsvalgt hvis du lurer på hvordan det er der du jobber. Legeforeningen aksepterer ikke at avsatt tid til fordypning blir inndratt gjentatte ganger, og du bør i så fall ta kontakt med tillitsvalgt. Innholdet i fordypningstiden avgjør du i samråd med arbeidsgiveren din. Eksempler nevnt er litteraturstudier, kvalitetssikring, forskningsprosjekter, «case studier» eller praktisk opplæring i prosedyrer. Legeforeningen skriver at fordypningstiden ikke skal brukes til kurs eller internundervisning, for det må til for å oppfylle læringsmålene i henhold til Loven.

Oppsummert:

- Fordypningstid er avtalt mellom din arbeidsgiver og tillitsvalgt ved Legeforeningen. Se i din lokale avtale hvis du lurer på hvilke rettigheter du har og kontakt din tillitsvalgt hvis du lurer på noe.
- Kurs og internundervisning er lovfestet i Spesialistforskriften, og du skal ha tid til dette i normal arbeidstid og utenom fordypningstid.



JEMPERLI (dostarlimab) i kombinasjon med kjemoterapi er

første

EMA-godkjente PD-1 hemmer til behandling av kvinner med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft.^{1,2}



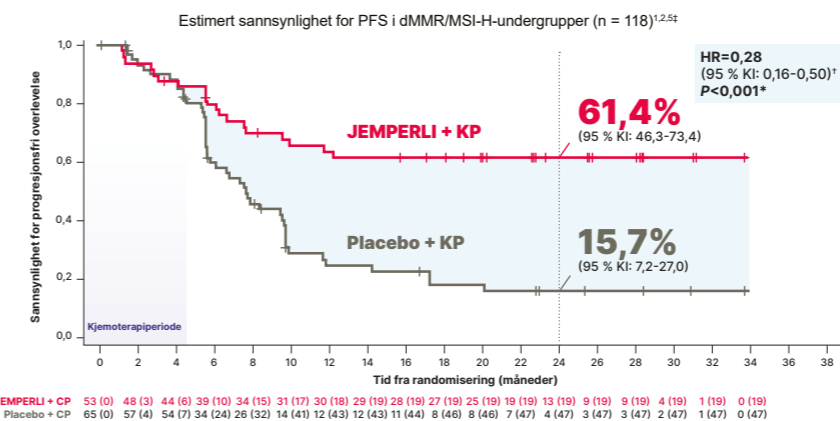
Refusjon for indikasjon:

JEMPERLI er indisert i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for behandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende dMMR (mismatch repair deficient) / MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) og som er kandidater for systemisk behandling.^{1,3}

Sikkerhetsprofil ved kombinasjonsbehandling¹

JEMPERLI ble permanent seponert på grunn av bivirkninger hos 12 (5,0%) av pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft, hvor de fleste var immunrelaterte hendelser.¹ Bivirkningene var alvorlige hos 5,8 % av pasientene; de alvorligste bivirkningene var immunrelaterte bivirkninger.¹

Påvist effekt med 72 % reduksjon i risikoen for progresjon eller død vs. karboplatin-paklitaxel alene^{1,5*†}



UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON / FORSIKTIGHET UTVIKLES VED:

- i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for behandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende dMMR (mismatch repair deficient) / MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) og som er kandidater for systemisk behandling.
 - som monoterapi for behandling av voksne pasienter med tilbakevendende eller fremskreden dMMR (mismatch repair deficient) / MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) som har utviklet seg under eller etter tidligere behandling med et platinaholdig regime.
- Immunrelaterte bivirkninger**, som kan være alvorlige eller fatale, kan oppstå hos pasienter som behandles med antistoffer som blokkerer veien for det programmerte celledødsprotein-1 / programmerte dødsligand 1 (PD-1/PD-L1), herunder Jemperli. Immunrelaterte bivirkninger oppstår vanligvis under behandling, men symptomer kan også dukke opp etter at behandlingen er seponert. Pasienter skal overvåkes for symptomer og tegn på immunrelaterte bivirkninger. Se preparatomtalen kap 4.4 og kap 4.8 for ytterligere informasjon om

immunrelaterte bivirkninger og håndteringen av disse, samt andre bivirkninger. **Pasientkort:** Alle som forskriver JEMPERLI, skal dele ut og informere pasientene om pasientkortet samt forklare hva de skal gjøre hvis de opplever symptomer på immunrelaterte bivirkninger.

Pakninger, priser, refusjon og Nye Metoder

Reseptgruppe C

Pakning og maksimalpris: Hettegl 500 mg 92 318,20 kr.

Nye metoder - Jemperli er innført som monoterapi for behandling voksne med tilbakevendende eller fremskreden dMMR/MSI-H endometriekreft som har utviklet seg under eller etter tidligere behandling med et platinaholdig regime. Jemperli er innført «i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for behandling av voksne med primær fremskreden eller tilbakevendende dMMR (mismatch repair deficient)/MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) og som er kandidater for systemisk behandling.»

Se preparatomtalen for informasjon om bivirkningshåndtering og full informasjon før forskrivning av Jemperli.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00

Referanser: 1. Jemperli preparatomtale. 2. Indikasjoner ATC-gruppe L01F F (www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/L01F, sett 18.12.2023). 3. www.nyemetoder.no/metoder/dostarlimab-jemperli-indikasjon-ii. 4. www.nyemetoder.no/siteassets/documents/Beslutninger/Beslutningsforum-23012023_Protokoll.pdf. 5. Mirza MR, et al. N Engl J Med. 2023;388(23):2145-2158

GlaxoSmithKline AS, Drammensveien 288, 0283 Oslo, Tlf. 22702000.

©2024 GSK Group of Companies. Trade marks are owned by or licensed to the GSK Group of Companies. All rights reserved. PM-NO-DST-JRNA-240002, mai 2024.



Kvinnelig genital schistosomiasis – et neglisjert globalt kvinnehelseproblem



Solrun Søfteland

Cand.med, PhD-kandidat
Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
/Avdeling for Global helse,
Oslo Universitetssykehus



Ameli Tropé

Dr.Med. Overlege/Seksjonssjef
Livmorsalsprogrammet, Kreftregisteret, FHI



Santiago Martinez

PhD, Assisterende professor
Institutt for helse- og sykepleievitenskap,
Universitetet i Agder



Svein Gunnar Gundersen

Dr.Med., Professor emeritus
Institutt for global utvikling og samfunns-
planlegging, Universitetet i Agder



Eyrun Kjetland

Dr.Med., Professor, Forskningsgruppeleder
Avdeling for Global helse/Infeksjonsavdelingen,
Oslo Universitetssykehus
Discipline of Public Health Medicine, University
KwaZulu-Natal, Sør-Afrika



Anne Cathrine Staff

Dr.Med., Professor, Forskningsleder
Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
Kvinnelinikken, Oslo Universitetssykehus

Oppsummert:

Kvinnelig genital schistosomiasis, på engelsk Female Genital Schistosomiasis (FGS), er en neglisjert kvinnesykdom som er endemisk i store deler av Afrika. Grunnet manglende kunnskap hos helsepersonell og befolkningen generelt, er dette en underdiagnostisert og underbehandlet sykdom globalt, lokalt i endemiske land, og i ikke-endemiske land som Norge. Gynekologer, fastleger og jordmødre i Norge kan møte denne sykdommen hos innvandrere fra de fleste land i Afrika, også de som har bodd i Norge i mange år, og hos mennesker som har vært turister i endemiske områder.

Schistosomiasis

Schistosomiasis, også kjent som bilharzia, er en vannbåren parasittsykdom endemisk i 78 land i verden. I subtropiske og tropiske områder er dette vanlig; 700 millioner mennesker er i risiko, og 250 millioner trenger behandling (1). Mennesker smittes via kontakt med ferskvannskilder, slik som ved bading, fiske og klesvask. Parasitten i ferskvann måler 0.5 cm og penetrerer hel hud ved vannkontakt. I kroppen vil den gå i sirkulasjonen før den etablerer seg på seg predileksjonssted (2). Hunn- og hannparasitt parrer seg inne i menneskets kropp og starter et langt liv med produksjon av egg. Vanlig levetid for parasitt i kroppen er fem år, men man har sett tilfeller der den har overlevd i 40 år. En andel av eggene vil komme ut av kroppen via urin og avføring. Deretter fortsetter livssyklusen når eggene ender opp i ferskvannskilder og utvikler seg til ormer i vann, som igjen kan infisere mennesker (3).

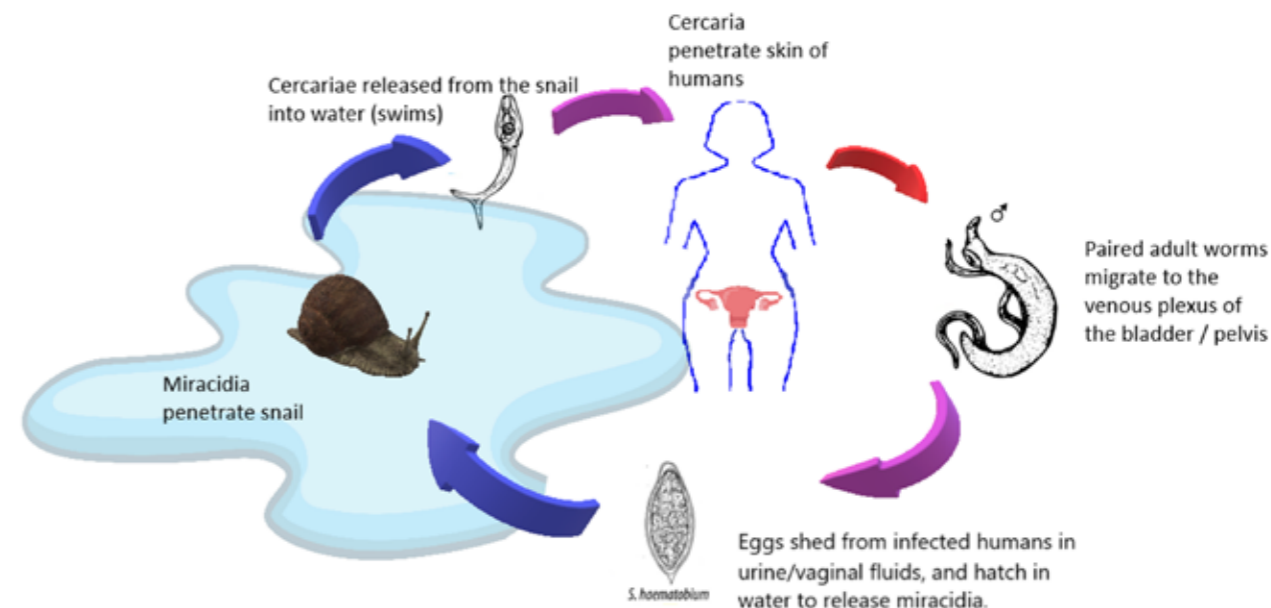
Schistosomiasis er sterkt forbundet med fattigdom og livsstil. Livssyklusen til parasitten er avhengig av mennesket som hovedvert. Mangel på sanitæranlegg og rent vann er derfor obligat for at infeksjon kan forekomme i befolkningen.

Schistosomparasitten kan i prinsippet affisere alle menneskets indre organer, og det finnes fem subtyper med forskjellige predileksjonssteder (1). I vår tid er det Afrika sør for Sahara som bærer den største sykdomsbyrden. Her bor 90% av mennesker som er i behov av forebyggende behandling (1). Schistosoma haematobium gir urogenitale plager mens Schistosoma mansoni hovedsakelig affiserer mage-tarmtraktus og lever (2).

Female genital schistosomiasis

Det har vært kjent i årtusener at schistosomparasitten kan gi sykdom i mange av kroppens organer. I Egypt har man funnet spor av schistosomiasis i blæren til mumier (4). På slutten av 1800-tallet dokumenterte F. Madden at det også finnes egg og inflammasjon i genitalt vev (5). I en patologistudie fra 1949 fant M. Gelfand egg i alle deler av gynekologiske organer (6). Likevel har det medisinske miljøet i stor grad vært uvitende om dette fenomenet, som nå er et eget fokusområde for WHO på grunn av den betydelige negative effekten det har på kvinnehelse globalt. 300 millioner jenter og kvinner er i risiko. Jenter i endemiske områder kan bli eksponert allerede tidlig i barneårene, og går inn i tenårene med kroniske skader i underlivsorganene.

Schistosomiasis



FIGUR 1: Schistosomiasis livssyklus. Copyright: Image courtesy of DPDx, Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/dpdx). Tilpasset av Andrea Jervel Hult.

Symptomer

Det er hovedsakelig kroppens inflammatoriske respons mot parasitteggene som skaper symptomer, og dette kan gi et bredt spekter av symptomer og plager, avhengig av anatomisk lokalisasjon. Pasienter klager over stinkende og misfarget utflod, blødning etter samleie, dyspareuni og kroniske bekkensmerter (7).

Funn/diagnose

Diagnostisering av Female Genital Schistosomiasis (FGS) baserer seg på visuell inspeksjon av cervix og vaginalvegg. Flere laboratoriemetoder er i bruk, men ingen er vist å være sensitive nok. Forandringene i vevet kan være små, og krever kolposkop for å kunne visualiseres godt nok.

Vi kategoriserer FGS-lesjonene i fire hovedtyper ut ifra utseende (8):

- 1) «Grainy sandy patches»
- 2) «Homogenous yellow sandy patches»
- 3) «Abnormal blood vessels»
- 4) «Rubbery papules»

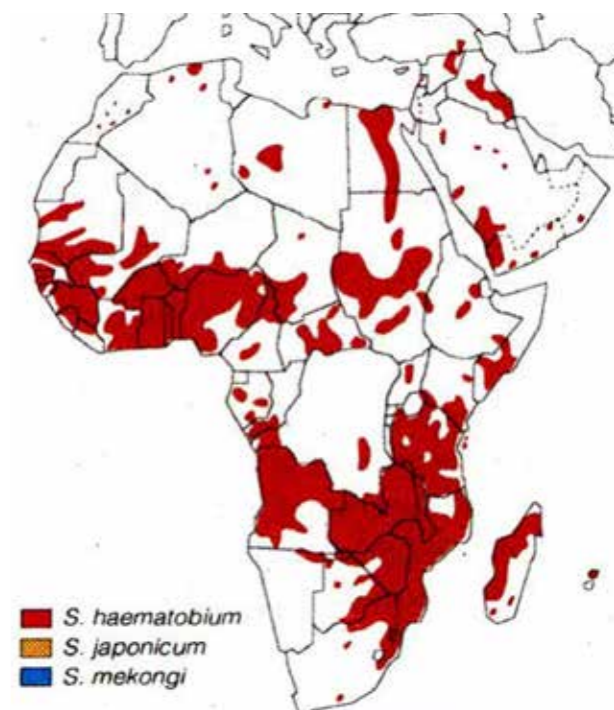
Lesjonene kan finnes alene eller sammen. Unormale kartegninger finnes ofte samtidig, men ikke nødvendigvis på akkurat samme sted, som andre lesjoner.

Komplikasjoner/konsekvenser

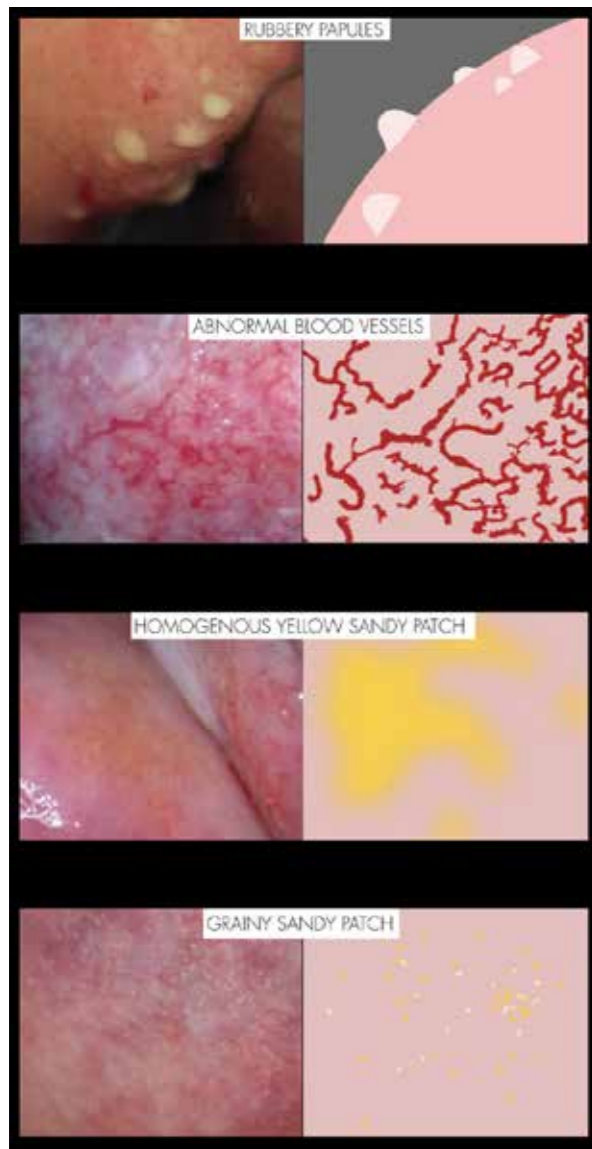
FGS er sjelden en dødelig sykdom, men kan ha flere alvorlige komplikasjoner. Det er funnet en tre til fire ganger økt risiko for HIV-infeksjon hos kvinner som lever med FGS (9-11). FGS er assosiert med økt risiko for ektrauterint svangerskap og spontanabort (12-14). En eventuell kausal sammenheng mellom FGS-forekomst og HPV-lesjoner er ikke godt nok studert ennå. Det er også sett høy forekomst av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) hos kvinner med FGS (15,16).

Behandling

Det finnes en effektiv behandling mot schistosomiasis. Det anti-helmittiske midlet Praziquantel brukes både til massebehandling og som behandling ved akutt infeksjon (17). Imidlertid er det usikkerhet rundt effekten på de kroniske inflammatoriske forandringene man ser i underlivet ved FGS. Siden Praziquantel dreper parasitten, vil man forebygge opphopning av nye egg i vevet. Eggene blir imidlertid værende i vevene upåvirket av medikamentet og fortsetter å lage lesjoner og symptomer i uker og måneder til eggene dør av seg selv. Dessverre er befolkningene som er mest affisert av dette vanligvis tvunget til å fortsette å bruke skittent og infisert vann, og vil derfor ofte ble re-infisert gjennom hele livet.



FIGUR 2: Kart over prevalens S. haematobium. Copyright: WHO_TRS (1993)



FIGUR 3: De fire lesionene ved Female Genital Schistosomiasis WHO Pocket Atlas for Female Genital Schistosomiasis

Men er dette relevant i Norge?

Alle mennesker som har hatt kontakt med infiserte ferskvannskilder i endemiske land har risiko for schistosomiasis. Det finnes ikke oppdaterte kart med detaljert oversikt over infiserte vannkilder, men schistosomiasis er endemisk ved store turistattraksjoner som Nilen og Lake Malawi (18). Nordmenn som har vært på reise i endemiske områder kan presentere med akutt febersykdom fire til seks uker etter eksponering, og kan også være uheldig og få underlivsaffeksjon. Det er også sett tilfeller blant mennesker har vært på ferie i Sør-Europa, nærmere bestemt Portugal, Spania og Corsica (20,21).

Hos immigranter fra landsbygda i Afrika sør for Sahara, vil FGS være en viktig differensialdiagnose ved kroniske underlivs-symptomer. Hos en pasient med infertilitet som har vokst opp i et endemisk land, vil undersøkelse for schistosomiasis være en viktig del av utredningen. Parasitten kan overleve i kroppen i opptil 40 år, og selv etter at parasitten er død kan inflammatoriske forandringer persistere (22).

Vårt forskningsprosjekt: DUALSAVE-FGS

Vi skriver her på vegne av vår forskningsgruppe: DUALSAVE-FGS, et EU-finansiert multinasjonalt prosjekt med hovedmål om å utvikle et nytt diagnoseverktøy for FGS. Vår samarbeidspartner QCELL (<https://qcell.tech>) har utviklet et nytt kolposkop. Dette håndholdte utstyret tar høyoppløselige konvensjonelle bilder, men i tillegg også såkalte multispektrale bilder basert på alle lysets bølgelengder. Denne metoden er allerede validert for livmorhals-screening, og den kan visualisere forandringer som ligger noen millimeter ned i vevet. Målet er å utvikle et billig kolposkop som gir diagnosestøtte for FGS og er brukbart i lavinntektsland for både leger og sykepleiere.

Et annet viktig mål i vårt prosjekt, er å utvikle opplæringsmateriell og spre kunnskap om FGS. Vi vil nå utvikle et digitalt kurs som vil være tilgjengelig på nettsiden WHO Open. Vi holder på å utvikle en mobilbasert app for øvelse i gjenkjenning av lesjoner ved kolposkopi.

Hva kan en kliniker i Norge gjøre?

Det er lite informasjon å finne om FGS både i faglige retningslinjer lokalt i Norge, men også globalt og i endemiske land. I Oslo universitetssykehus sin metodebok for Infeksjonsmedisin får man et raskt overblikk over schistosomiasis generelt (<https://metodebok.no/index.php>). Vi jobber med å lage et FGS-kapittel til Norsk Veileder i Gynekologi. Etter hvert vil vi jobbe med kompetanseheving også blant norske allmennleger, sykepleier og jordmødre.

I mellomtiden kan spørsmål rettes til: Amelie Tropé (email: amtr@krefstregisteret.no) og Eyrun Kjetland (email: e.f.kjetland@medisin.uio.no). På vår informasjonsside <https://fgsnomore.org> finnes det overordnet informasjon om prosjektet. For klinisk støtte når man ser etter lesjoner er WHO Pocket Atlas for FGS gjeldende konsensus (<https://www.who.int/publications/item/9789241509299>, ISBN 978 92 4 150922 9)

Call for action

Målet vårt med denne teksten er å spre kunnskap om dette neglisjerte temaet blant helsepersonell i Norge. Selv om schistosomiasis ikke er endemisk i Norge, er dette et stort globalt problem som et resultat av fattigdom og manglende fokus på kvinnehelse. Første steg er økt bevissthet hos helsepersonell, og vi har laget en flyer som kan spres på legekontorer og lunnsrom.



BILDE 1: «Kvinner som vasker klær». Foto: Håvard Holme



BILDE 2: «Jenter som bader». Foto: Håvard Holme



BILDE 3: «Medisinutdeling». Foto: Håvard Holme



BILDE 4: «Rafting på Nilen». Copyright: Hedda Wegger



DUALSAVE-FGS



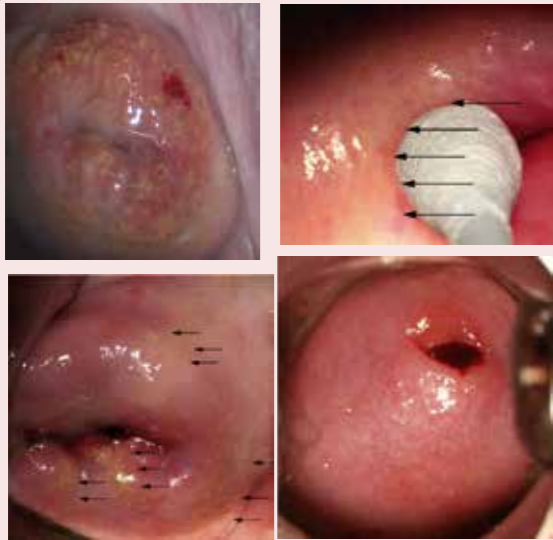
Funded by
the European Union

Referanser

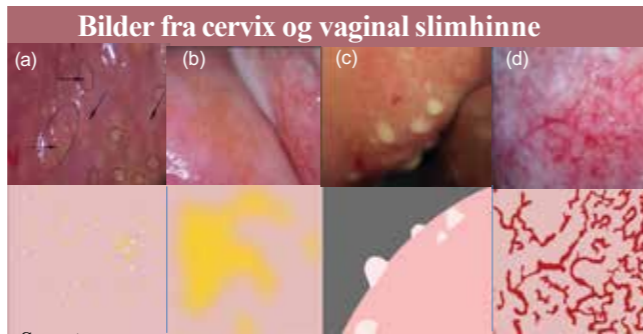
- WHO Schistosomiasis fact sheet. WHO.int [Internet]. [oppdatert 01.feb 2023; hentet 2. nov 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis>
- Schistosomiasis: Epidemiology and clinical manifestations. UpToDate [Internet]. [oppdatert 31. mai 2023; hentet 2. nov 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com.ezproxy.uio.no/contents/schistosomiasis-epidemiology-and-clinical-manifestations?search=schistosomiasis&source=search_result&selectedTitle=1%7E90&usage_type=default&display_rank=1
- CDC Schistosomiasis. Centre for Disease Control [Internet]. [oppdatert 17.juni 2024; hentet 2. nov 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.cdc.gov/schistosomiasis/index.html>
- Barakat, R. M. R. (2013). Epidemiology of Schistosomiasis in Egypt: Travel through Time. Review. Journal of Advanced Research, 4(5), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2012.07.003>
- Madden, F. (1899). A CASE OF BILHARZIA OF THE VAGINA. Lancet, 153(3956), 1716–1716. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)51385-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)51385-9)
- Gelfand, M. (1949). Schistosomiasis of the female genital tract. South African Medical Journal, 23(14), 255–257.
- Kjetland, E. F., Leutscher, P. D. C., & Ndhlovu, P. D. (2012). A review of female genital schistosomiasis. Trends in Parasitology, 28(2), 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.pt.2011.10.008>
- Female genital schistosomiasis: A pocket atlas for clinical health-care professionals. WHO.int [Internet]. [oppdatert 15.mai 2015; hentet 2. nov 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509299>
- Downs JA, Dupnik KM GJ, Urassa M, Lutonja P, Kornelis D, et al. Effects of schistosomiasis on susceptibility to HIV-1 infection and HIV-1 viral load at HIV-1 seroconversion: A nested case-control study. PLoS Negl Trop Dis. (2017) 11:1–15. doi: 10.1371/journal.pntd.0005968
- Brodish PH, Singh K. Association between Schistosoma haematobium exposure and Human Immunodeficiency Virus infection among females in Mozambique. Am J Trop Med Hyg. (2016) 94:1040–4. doi: 10.4269/ajtmh.15-0652
- Kjetland, E. F., Ndhlovu, P. D., Gomo, E., Mduluzi, T., Midzi, N., Gwanzura, L., Mason, P. R., Sandvik, L., Friis, H., & Gundersen, S. G. (2006). Association between genital schistosomiasis and HIV in rural Zimbabwean women. AIDS, 20(4), 593–600. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000210614.45212.0a>
- Bustinduy AL, Randriansolo B, Sturt AS, Kayuni SA, Leutscher PDC, Webster BL, et al. An update on female and male genital schistosomiasis and a call to integrate efforts to escalate diagnosis, treatment and awareness in endemic and non-endemic settings: The time is now. Adv Parasitol. (2022) 115:1–44. doi: 10.1016/bs.apar.2021.12.003
- Kjetland EF, Kurewa EN, Mduluzi T, Midzi N, Gomo E, Friis H, et al. The first communi-
- ty-based report on the effect of genital Schistosoma haematobium infection on female fertility. Fertil Steril. (2010) 94:1551–3. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.12.050
- Miller-Fellows SC, Howard L, Kramer R, Hildebrand V, Furin J, Mutuku FM, et al. Cross-sectional interview study of fertility, pregnancy, and urogenital schistosomiasis in coastal Kenya: Documented treatment in childhood is associated with reduced odds of subfertility among adult women. PLoS Negl Trop Dis. (2017) 11: e0006101–e0006101. doi: 10.1371/journal.pntd.0006101
- Shukla, J. D., Kleppa, E., Holmen, S., Ndhlovu, P. D., Mtshali, A., Sebiloane, M., Vennervald, B. J., Gundersen, S. G., Taylor, M., & Kjetland, E. F. (2023). The Association Between Female Genital Schistosomiasis and Other Infections of the Lower Genital Tract in Adolescent Girls and Young Women: A Cross-Sectional Study in South Africa. Journal of Lower Genital Tract Disease, 27(3), 291–296. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000756>
- Galappaththi-Arachchige HN, Zulu SG, Kleppa E, Lillebo K, Qvigstad E, Ndhlovu P, et al. Reproductive health problems in rural South African young women: Risk behaviour and risk factors. Reprod Health. (2018) 15. doi: 10.1186/s12978-018-0581-9
- Schistosomiasis: Treatment and manifestations. UpToDate [Internet]. [oppdatert 03. mai 2023; hentet 2. nov 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com.ezproxy.uio.no/contents/schistosomiasis-treatment-and-prevention?search=schistosomiasis%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1%7E90&usage_type=default&display_rank=1
- Kristiansen, T., Pettersen, F. O., Lier, T., Hinderaker, S. G., Greve, G., & Mørch, K. (2021). Schistosomiasis hos norske studenter etter opphold i Afrika. Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 141(3), 1–8. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0268>
- Clerinx, J., & Van Gompel, A. (2011). Schistosomiasis in travellers and migrants. Travel Medicine and Infectious Disease, 9(1), 6–24. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2010.11.002>
- Boissier, Jérôme, Dr, Grech-Angelini, Sébastien, MD, Webster, Bonnie L, PhD, Allienne, Jean-François, BSc, Huysse, Tine, PhD, Mas-Coma, Santiago, PhD, Toulza, Eve, PhD, Barré-Cardi, Hélène, PhD, Rollinson, David, PhD, Kincaid-Smith, Julien, MSc, Oleaga, Ana, PhD, Galinier, Richard, PhD, Foata, Joséphine, PhD, Rognon, Anne, MSc, Berry, Antoine, MD, Mouahid, Gabriel, PhD, Henneron, Rémy, MD, Moné, Hélène, PhD, Noel, Harold, MD, & Mitta, Guillaume, PhD. (2016). Outbreak of urogenital schistosomiasis in Corsica (France): an epidemiological case study. Lancet. Infectious Diseases/The Lancet. Infectious Diseases, 16(8), 971–979. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)00175-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)00175-4)
- Gabrielli, A. F., & Garba Djirmay, A. (2023). Schistosomiasis in Europe. Current Tropical Medicine Reports, 10(3), 79–87. <https://doi.org/10.1007/s40475-023-00286-9>
- Chabasse, D., Bertrand, G., Leroux, J. P., Gauthey, N., & Hocquet, P. (1985). Developmental bilharziasis caused by Schistosoma mansoni discovered 37 years after infestation. Bulletin de la Societe de pathologie exotique et de ses filiales, 78(5), 643.

Female genital schistosomiasis (FGS) Genital schistosomiasis hos kvinner

Har du pasient med kroniske
underslivsplager som har
vært i Afrika?



Dette er en parasittsykdom som kan
feiltolkes som cervixcancer,
og gi økt risiko for HIV



Symptomer

- Kroniske underlivssmerter
- Illeluktende utfloed
- Blødning etter samleie
- Dyspareuni

Funn

- Lettblødende slimhinne
- Karakteristiske lesjoner:
Grainy sandy patches (a)
Homogenous yellow patches (b)
Rubbery papules (c)
Abnormal bloodvessels (d)
OBS! Lesjoner kan finnes også på vaginalslimhinne

Hvordan diagnostisere

- Kolposkopi av cervix og vaginalvegg
- PCR av cervicovaginalprøve, urinmikroskopi, serumprøver

Behandling

- Praziquantel 40-60 mg/kg. Gjenta behandling etter 2 uker

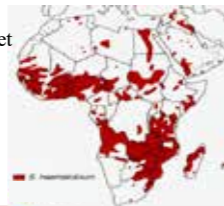
Female genital schistosomiasis (FGS) Genital schistosomiasis hos kvinner



Risiko
Kontakt med ferskvann
i endemiske land

Konsekvenser

- Infertilitet, spontanabort, ektopisk graviditet
- Inkontinens
- Genitale sår, svulster og hevelser
- Økt risiko for andre infeksjoner



Bakgrunn

Schistosomiasis (bilharzia) er en vannbåren parasittinfeksjon (elver og innsjøer i endemiske land).

Ubehandlet gir sykdommen kronisk inflammasjon og arrdannelse i flere organsystemer. Tidlig behandling med Praziquantel (anthelmintika) er forebyggende.

Genital schistosomiasis blir i stor grad neglisjert, selv i endemiske land. Kvinner feildiagnostiseres og behandles som om de har seksuelt overførbare infeksjoner og/eller livmorhalskreft.

Økende bevissthet og kunnskap hos helsepersonell haster for å diagnostisere og behandle 300 millioner utsatte kvinner i alle aldre.

Female genital schistosomiasis (FGS) Genital schistosomiasis hos kvinner

Kontaktperson:
Solrun Softealand, Universitetet i Oslo.
solrunsoe@gmail.com
Tlf: 40852717

Forfattere
Stina J. Karlsen, Universitetet i Oslo
Iris K. Ottosen, Universitetet i Oslo
Solrun Softealand, Oslo Universitetssykehus/Universitetet i Oslo

Faglige konsulenter:

Ameli Tropé, Leder for livmorhalskreftprogrammet, Folkehelseinstituttet (FHI)
Svein Gunnar Gundersen Infeksjonsmedisin, Universitetet i Agder
Santiago Gil Martinez, Helseinformatikk, Universitetet i Agder
Anne Cathrine Staff, Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus
Eyrun F. Kjetland, Infeksjonsmedisin, Oslo Universitetssykehus

Kilder:

WHO pocket atlas for FGS
<https://www.who.int/>
Can be ordered for free from WHO bookorders@who.int
Metodebok.no: Infeksjonsmedisin OUS:
<https://metodebok.no/index.php?action=book&book=infeksjonos>

«Schistosomiasis hos norske studenter etter opphold i Afrika»
<https://tidsskriftet.no/2021/02/originalartikkel/schistosomiasis-hos-norske-studenter-etter-opphold-i-afrika>



Zejula
niraparib

GSK



Zejula er godkjent og refundert i 1L behandling
ovariekreft uavhengig av BRCA og HRd** status.¹⁻⁵



Sluttanalyse for PRIMA-studien hos
høyriskopasienter i 1L:⁶

Andel pasienter som oppnådde 5 års PFS* (deskriptiv ad hoc analyse):

- 35 % i niraparibgruppen mot 16 % i placebogruppen hos HRd** pasienter
- 22% i niraparibgruppen mot 12 % i placebogruppen i totalpopulasjonen

*Progression-free survival, **Homologous recombination deficient
PRIMA-studien møtte ikke sekundære endepunktet for total overlevelse (OS)⁶



6 års sikkerhetsdata i PRIMA
bekrefter kjent sikkerhetsprofil,
hvor de mest alvorlige bivirkningene
var trombocytopeni og anemi⁶



For å lese PRIMA-
studien scan QR-koden

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Indikasjoner

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

Kontraindikasjon

Amning

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 overvåking i det første året og deretter regelmessig under behandling med Zejula. Posterior reversibel encefalopati-syndrom (PRES) er en sjelden, reversibel neurologisk sykdom som kan oppstå med raskt utviklende symptomer, inkludert hypertensjon. Det anbefales å seponere Zejula ved PRES og behandle spesifikke symptomer. *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.

Se preparatomtalen om bivirkningsbehandling og full informasjon for 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.

Du kan bruke data fra Norsk gynekologisk endoskopiregister!

Data fra Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) er tilgjengelig for deg som ønsker å bruke det. Har du planer om kvalitetsforbedringsprosjekter, studentoppgaver eller forskning? Ta kontakt med registeret for å avklare om registeret har relevant data å utlevere til ditt prosjekt. Det er foreløpig gratis å få ut opplysninger fra NGER, og registeret er tilgjengelig for veiledning i hele prosessen.



Toril Råknes

Daglig leder i Norsk gynekologisk endoskopiregister

Hva slags data kan hentes ut fra Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER)?

Norsk gynekologisk endoskopiregister gir unike muligheter til å forske på effekt og behandlingskvalitet på endoskopi i Norge. Registeret inkluderer alle pasienter som blir endoskopisk operert for gynekologiske tilstander og sykdommer ved offentlige og private sykehus. Utfyllende variabeloversikt ligger på registerets nettside www.siv.no/nger. Fra 2025 vil du kunne få oversikt over variabler på helsedata.no. Følgende variabelgrupper er inkludert:

- Relevant bakgrunnsinformasjon og pasientkarakteristika
- Operasjonsparameter
- ICD10 og NCSP koder
- Behandlingsdetaljer
- Peroperative komplikasjoner
- Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner, PROM
- Pasientens helsegevinst, PROM
- Tilfredshet med behandlende enhet, PREM

Utlevering av anonyme helseopplysninger

Utlevering av statistikk/anonyme opplysninger krever at det foreligger forespørsel til NGER@siv.no som beskriver formålet med bruken av opplysningene.

Anonyme opplysninger regnes ikke som personopplysninger og dermed heller ikke som helseopplysninger. Det som kjennetegner anonyme opplysninger er at enkeltpersoner ikke kan identifiseres. Personvernreglene og taushetsplikten gjelder ikke for anonyme opplysninger. NGER vurderer om omfanget av ønskede utleverte variabler er tilstrekkelig i forhold til datatilsynets veileder for Anonymisering av personopplysninger.

Utlevering av personidentifiserbare opplysninger

Utlevering av personidentifiserbare opplysninger stiller høyere krav til søknad. Søknaden sendes til NGER@siv.no, og må inneholde følgende dokumentasjon:

- Prosjekttittel
- Prosjektleder og prosjektmedarbeidere
- Forskningsansvarlig organisasjon (hvis forskningsprosjekt)
- Bakgrunn, formål, problemstilling og kort sammendrag av prosjektet
- Utvalget som ønskes og hvilke variabler man har behov for, inkludert beskrivelse av ulike datakilder og eventuelt sammenstilling/kobling av ulike datakilder
- Redegjørelse for mottakers rettslige grunnlag
- Hvordan dataene skal håndteres hos mottaker for å ivareta krav til informasjonssikkerhet.
- Nødvendig etisk forhåndsgodkjenning fra REK og dispensasjon fra taushetsplikt fra REK

For medisinsk og helsefaglig forskning er det krav om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK jmf. Heleforskningsloven §9 og §33. REK skal foreta en forskningsetisk vurdering av søknaden, jmf. §10. Det er den som skal bruke dataene som må søke REK, men registeret er behjelpelig i veiledning her.

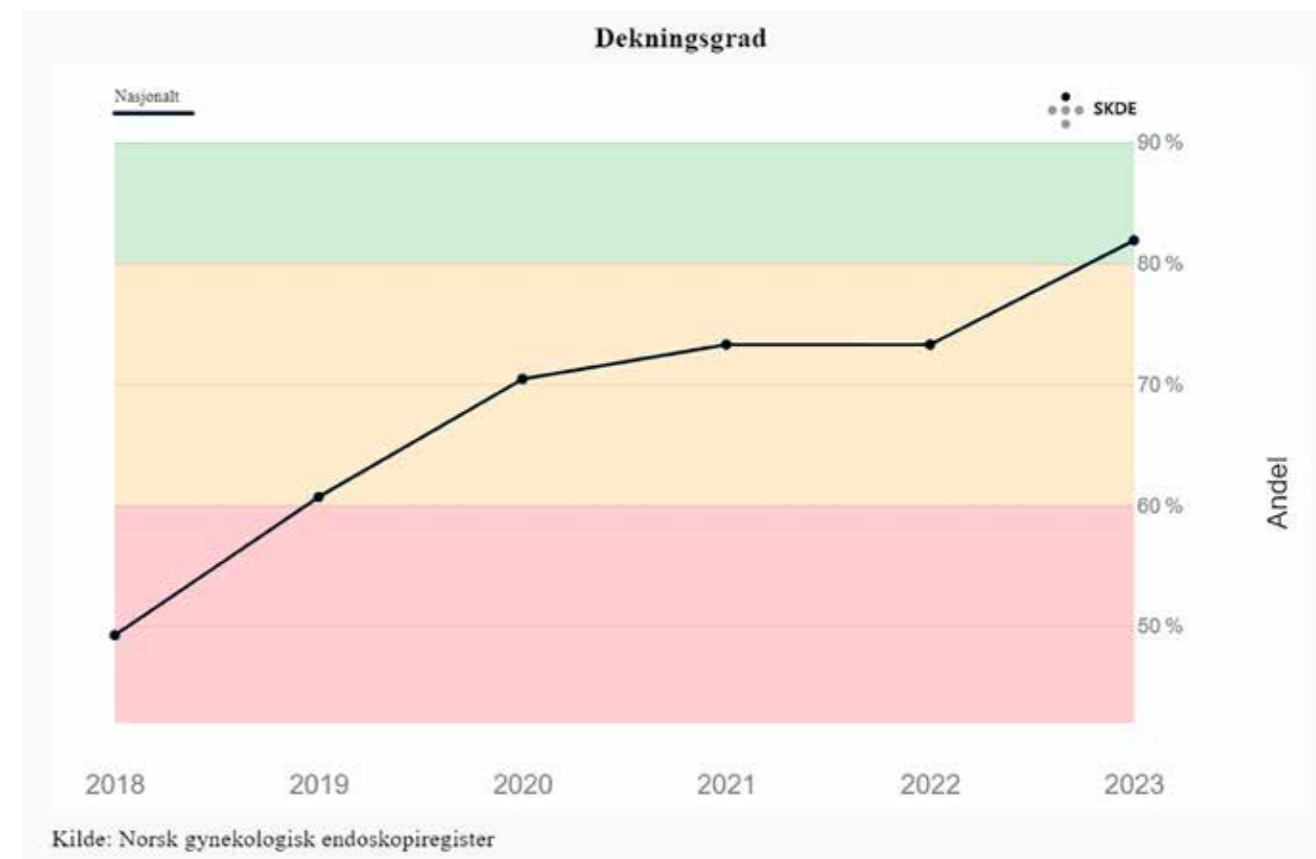
NGER var samtykkebasert fra 2013 til november 2022. Ved utlevert data før dette må samtykke fra NGER legges ved REK-søknad. NGER er nå, siden november 2022, reservasjonsbasert. For utlevering av data etter dette må det i tillegg søkes dispensasjon fra taushetsplikt til REK.

Publisering og forfatterskap

Ved vitenskapelig publisering skal Vancouver-reglene ligge til grunn for medforfatterskap. Dette betyr at for å kunne kreve medforfatterskap må vedkommende ha bidratt substansielt til konsept og idé, innsamling av opplysninger eller analyse og fortolkning av opplysninger.

Norsk gynekologisk endoskopiregister – NGER/ The Norwegian Gynaecological Endoscopic Registry – NGER skal inngå i tittel eller abstract-tekst i alle publikasjoner, av hensyn til PubMed-søk. NGER skal i tillegg nevnes under «acknowledgements» i alle arbeider som benytter data fra tilsvarende materiale.

NGER holdes orientert om prosjektets gang ved at kopi av abstracts (aksepterte) og vitenskapelige arbeider sendes til NGER@siv.no.



Figur 1: Utvikling NGER dekningsgrad fra www.skde.no.

Pågående prosjekter

SEE-Endo studien

Social and Ethnic Equity in Use of Healthcare Services for Endometriosis, Assisted Reproductive Technologies, and Hysterectomy in Norway. Sukhjeet Bains PhD, kontaktet i 2021 registeret med spørsmål om bekreftelse på samarbeid i forbindelse med PostDoc, hvor hun vil inkludere data fra Norsk gynekologisk endoskopiregister. Prosjektet ønsker å kartlegge betydningen av sosiale og etniske forskjeller i forhold til helsehjelp ved endometriose, IVF-behandling og hysterektomi i Norge.

LAPCOMP studien

Silje Eilertsen Denstad, legespesialist ved Kvinneklinikken St. Olavs Hospital, har startet ett PhD-prosjekt med tittel: Laparoskopisk hysterektomi i Norge - Komplikasjoner og pasient rapporterte utfallsmål. Tre til fire artikler er planlagt, to av disse inneholder data fra NGER. Prosjektet ønsker å identifisere risikofaktorer for moderat alvorlige og alvorlige komplikasjoner til laparoskopisk hysterektomi i Norge, samt å undersøke endringen i livskvalitet i forbindelse med inngrepet og hvilke faktorer som er med på å påvirke den. Det langsiktige målet med studien er å gi ny informasjon som kan bidra til at kvinner som skal hysterektomeres får mulighet til i større grad å gjøre informerte valg om behandling.



Kort om Norsk gynekologisk endoskopiregister

Norsk gynekologisk endoskopiregister har som mål å sikre kvaliteten på laparoskopi og hysteroskopi som utføres ved norske sykehus. Målgruppen er alle pasienter som blir endoskopisk operert for gynekologiske tilstander og sykdommer ved offentlige og private sykehus.

Hensikten er at det enkelte sykehus eller behandlingssted skal kunne holde oversikt over egne resultater, ønskede og uønskede behandlingseffekter. Informasjon bør komme pasientene til nytte i form av en bedre og mer oversiktlig helsetjeneste. I henhold til forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 2-3 er det en lovpålagt oppgave og plikt for helsepersonell og virksomheter å melde inn relevante og nødvendige opplysninger til NGER.

Registeret har de siste årene hatt en positiv utvikling og har nå en dekningsgrad på 82% nasjonalt. Alle data innsamlet etter 2019 er kvalitetskontrollert, og anses å ha god datakvalitet.

NGER er vurdert til å være et register på nivå 3A, som er nest høyeste klassifisering av nasjonale registre. Registeret mangler kun publisert vitenskapelig artikkel for å nå høyeste nivå, 4A.

MENOPAUSE: Nytt legemiddel kan lindre to av tre hetetokter¹⁻³

To randomiserte studier viser at ▼ VEOZA™ (fezolinetant) kan redusere både hyppighet og alvorlighetsgrad av vasomotoriske symptomer hos postmenopausale kvinner.¹⁻³

Annonsen fra Astellas Pharma

Brogata 7, 2000 Lillestrøm
Phone +47 66 76 46 00
www.astellas.com/no

co-primære endepunkter for reduksjon i hyppighet og alvorlighetsgrad.¹

Reduksjon av symptomer

Kvinnene i de to studiene fikk 45 mg fezolinetant daglig, og resultatet viste en reduksjon i både hyppighet og alvorlighetsgrad av de vasomotoriske symptomene fra baseline til uke 4 og 12 (justert P<0,001).

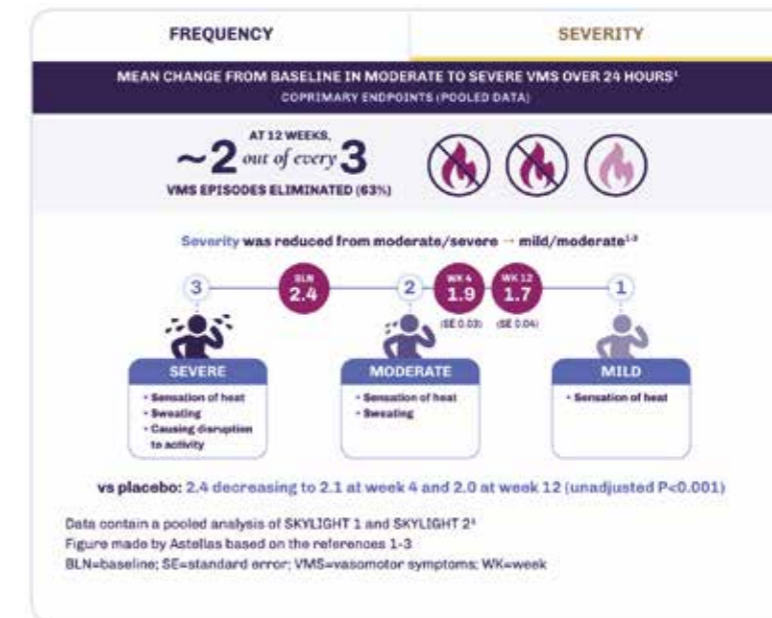
VEOZA er indisert til behandling av moderate til alvorlige vasomotoriske symptomer (VMS) assosiert med menopause.*¹

De to identiske fase III-studiene – SKYLIGHT 1 og SKYLIGHT 2 – var randomiserte, placebo-kontrollerte og dobbeltblindede over 12 uker. Etter dette ble kvinnene som hadde mottatt placebo, tilbudt å motta en 40 uker lang behandling med VEOZA, mens kvinnene som fra starten var randomisert til å få VEOZA, i samme periode fortsatte deres behandling.

Kvinnene skulle ha minst 7-8 hetetokter daglig for å bli inkludert i studiene.¹⁻³ De to studiene oppfylte alle

De poolede resultatene for studiene i uke 12 viste blant annet en reduksjon i den gjennomsnittlige daglige **frekvensen** av hetetokter på 63 prosent (-6,94 (SE 0,25)) fra baseline 11,10 (SD 6,45)) mot en reduksjon på 40 prosent i placebogrupperen (-4,43 (SE 0,25)) fra baseline på 11,04 (SD 4,46)).¹

Utover dette fant man i de poolede resultatene en reduksjon (justert P< 0,001) i gjennomsnittlig **alvorlighetsgrad** per dag av kvinnenes resterende VMS-episoder på -0,67 (SE 0,04) fra baseline 2,40 (SD 0,35). For placebo var reduksjonen -0,42 (SE 0,04) fra baseline på 2,42 (SD 0,34).¹



Figuren er utarbeidet av Astellas Pharma ut fra ref. 1-3

Bivirkninger

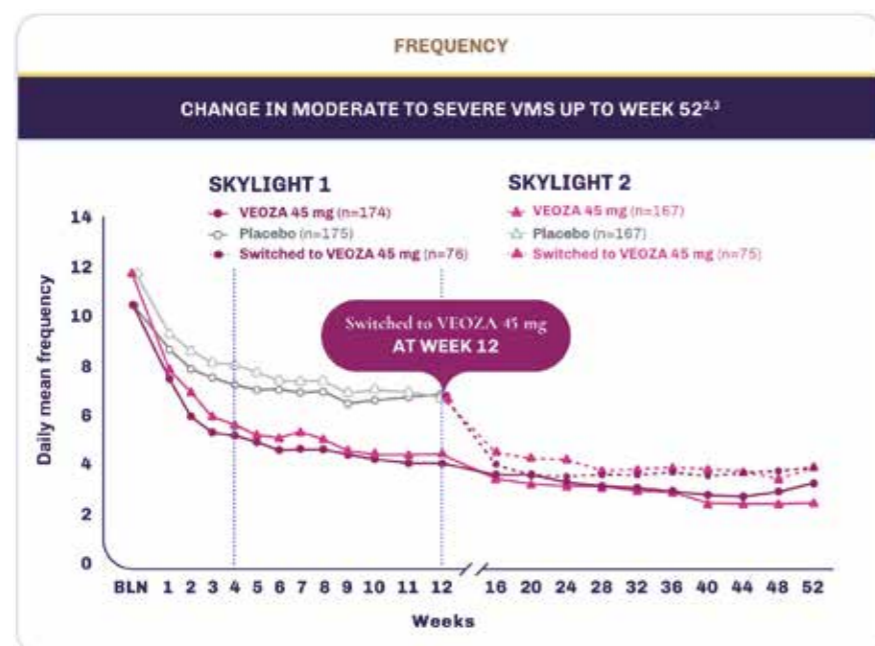
De hyppigste bivirkningene med fezolinetant 45 mg var diaré (3,2 %) og insomni (3,0 %). Det ble ikke rapportert noen alvorlige bivirkninger med en forekomst på over 1 % i hele studiepopulasjonen. Med fezolinetant 45 mg ble det rapportert fire alvorlige bivirkninger. Den mest alvorlige bivirkningen var ett tilfelle av endometroid adenokarsinom (0,1 %).⁴

Du kan lese mer om VEOZA og SKYLIGHT-studiene på www.veoza.no

Referanser

- 1 VEOZA SmPC § 4.1.1 & §5.1 02.2024.
- 2 Lederman S, Ottery FD, Cano A, et al. Fezolinetant for treatment of moderate-to-severe vasomotor symptoms associated with menopause (SKYLIGHT 1): a phase 3 randomised controlled study. *Lancet* 2023;401(10382):1091-102.
- 3 Johnson KA, Martin N, Nappi RE, et al. Efficacy and Safety of Fezolinetant in Moderate to Severe Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Phase 3 RCT. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023;108(8):1981-1997.
- 4 VEOZA SmPC §4.8 02.2024

* se pkt. 5.1 i SmPC



VMS= vasomotoriske symptomer; BLN= Baseline
Figuren er utarbeidet av Astellas Pharma ut fra ref. 2 & 3

VEOZA™ (fezolinetant) 45 mg filmdrasjerte tabletter

▼ Dette legemiddelet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning på elektronisk meldeskjema: www.dmp.no/meldeskjema

Farmakoterapeutisk gruppe: Middel mot vasomotoriske symptomer ved menopause (G02CX06).

Indikasjoner: Behandling av moderate til alvorlige vasomotoriske symptomer (VMS) assosiert med menopause (se preparatomtalen (SPC) pkt. 5.1).

***Dosering:** 45 mg 1 gang daglig.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Samtidig bruk av moderate eller sterke CYP1A2-hemmere. Kjent eller mistenkt graviditet.

***Forsiktighetsregler:** Diagnosen må inkludere medisinsk (inkl. familie) historie. Under behandlingen skal det utføres periodiske kontroller. Anbefales ikke til personer med Child-Pugh klasse B (moderat) eller C (alvorlig) kronisk leversvikt, eller til personer med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Overvåking av leverfunksjon

hos kvinner med kjent eller mistenkt leversykdom anbefales. Ikke anbefalt ved onkologisk behandling mot brystkreft eller andre østrogenavhengige maligniteter, eller til kvinner som bruker hormonerstatningsterapi med østrogen (lokale vaginale preparater unntatt). Har ikke blitt studert hos kvinner over 65 år eller hos kvinner med en historie med anfall eller andre krampeforstyrrelser. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksicitet.

***Bivirkninger:** Insomni, diaré, abdominalsmerter, økt ALAT og økt ASAT, alle med frekvens <10%.

MT-innehaver: Astellas Pharma Europe B.V., Nederland.

Reseptgruppe: C **Refusjon:** Nei. **Pakningsstørrelse og pris (pr. 21.10.2024):** 45 mg: 30 tabletter (blister) 836.90 kr.

Lokal representant: Astellas Pharma, Tel: +47 66 76 46 00. For mer informasjon se www.felleskatalogen.no

Basert på SPC godkjent: 16.02.2024.

*Avsnittet er omskrevet og/eller forkortet sammenlignet med den godkjente SPC.

Preparatomtalen kan bestilles kostnadsfritt fra den lokale representante

Livmorhalskreft i landet med nest høyeste dødsrate for sykdommen – Et reisebrev fra Malawi



Ute Schilling

Gynekolog med spesialisering i onkologi, nylig på oppdrag for Leger Uten Grenser i byen Blantyre i Malawi.

En sykdom som kan behandles, men som likevel er svært dødelig

Har du tatt HPV-vaksinen? Går du til regelmessige kreftundersøkelser? De fleste kvinner i hjemlandet mitt, Tyskland, vil svare ja på disse spørsmålene. Dersom du får diagnosen livmorhalskreft i Tyskland, er det gode sjanser for å bli frisk og overleve. Av de 4400 menneskene som får denne typen kreft årlig, er 90 prosent fortsatt i live fem år senere

I Malawi, der jeg jobbet i ni måneder som kreftspesialist, er situasjonen imidlertid en helt annen. Også her får over 4000 personer diagnosen livmorhalskreft i året, men nesten 3000 dør av sykdommen hvert år. Det betyr at Malawi har den nest høyeste dødeligheten av livmorhalskreft i verden, etter Eswatini.

Som gynekolog med spesialisering i onkologi har jeg de siste fem årene hovedsakelig behandlet pasienter med andre typer gynekologisk kreft, ettersom livmorhalskreft er ganske sjelden i Tyskland og vanligvis oppdages på et svært tidlig stadium. Det daglige arbeidet mitt i Malawi var en stor psykisk påkjenning på grunn av denne forskjellen.

Livmorhalskreft under graviditeten

Jeg ble ekstra rørt av historien til én pasient, la oss kalle henne Zola. Hun var gravid i uke 17 og kom til oss med livmorhalskreft, og i et slikt tilfelle kan man ikke operere uten å avbryte svangerskapet. Zola bestemte seg for å fortsette svangerskapet og gjennomgå cellegiftbehandling, til tross for de potensielle bivirkningene for barnet. Uten behandling ville karsinomet ha fortsatt å vokse under svangerskapet, noe som ville ha forverret prognosen hennes.

Zola fikk cellegift hver tredje uke frem til kort tid før termin, og barnet ble forløst med planlagt keisersnitt. Samtidig ble livmoren, dens opphengsapparat, egglederne og lymfeknuter i bekkenet fjernet. Selv om dette er standard prosedyre ved livmorhalskreft, er

det en svært omfattende operasjon med mange potensielle risikoer og som krever høy kompetanse. Mine to malawiske kolleger utfører slike operasjoner opptil åtte ganger i uken, noe som er en enorm arbeidsmengde.

Jeg var veldig glad for at alt gikk etter planen. Det ble heldigvis ikke en prematur fødsel for Zola, så operasjonen kunne gjennomføres. Etter to dager på nyfødtavdelingen kunne babyen komme tilbake til moren sin. Det var veldig fint at Zola ikke bare kunne reise hjem friskmeldt, men også med et friskt barn etter alle disse utfordringene.

60 prosent kunne ikke kureres

Leger Uten Grenser har behandlet over 4750 pasienter med livmorhalskreft i Blantyre i Malawi siden prosjektet åpnet i 2018. Byen ligger 1000 meter over havet og er omgitt av fjell, og selv om det bor 800.000 mennesker der, føltes det ofte som om vi var på landsbygda. Det var mange trær på tomten vår, vi kunne høre fuglesang hele dagen og luften var frisk og klar. Hver morgen kunne jeg gå de ti minuttene til sykehuset.

De fleste av pasientene våre kom til konsultasjon da de var i et langkommet stadium. Jeg behandlet hovedsakelig kvinner som kom til undersøkelse på grunn av mistanke om livmorhalskreft, eller i sjeldne tilfeller kreft i ytre kjønnsorganer eller eggstokk. Screeningresultatene deres hadde allerede vært iøynefallende ved tidligere undersøkelser. Vi var i praksis det andre trinnet i den diagnostiske prosedyren. Vi tok prøver og brukte ultralyd for å bestemme svulstens stadium. Deretter fant vi ut om kreften fortsatt kunne opereres, om pasientene trengte cellegiftbehandling eller om det ikke lenger var mulig å kurere den. Hos 60 prosent av pasientene vi undersøkte, var det dessverre bare mulig med palliativ behandling, og de kunne ikke kureres. Det var ekstremt deprimerende.

Trivdes på tross av alle utfordringene

Gang på gang måtte jeg gi veldig unge kvinner, noen av dem alenemødre, svært dårlige diagnoser og prognoser. Det var ikke alltid like lett, og jeg prøvde derfor å holde en viss distanse. Det var mulig fordi jeg alltid jobbet i team og som regel hadde en malawisk sykepleier ved siden av meg til å oversette. Det gjorde at jeg kunne sette i gang individualisert behandling ut fra et medisinsk perspektiv uten å bli fullstendig overvældet av de vanskelige skjebnene.



En kvinne deltar i en støttegruppe for livmorhalskreftpasienter som Leger Uten Grenser har opprettet ved Queen's Elizabeth Central Hospital i Blantyre i Malawi. Fotograf/Copyrights: Diego Menjibar



Dr. Ute Schilling, spesialist i gynekologi og obstetrik i Leger Uten Grenser, under en kolposkopi utført på en pasient som mistenkes å ha livmorhalskreft. Fotograf/Copyrights: Diego Menjibar



En gruppe pasienter under en cellegiftbehandling på avdeling 4B ved Queens Elizabeth Hospital i Blantyre, Malawi. Pasientene får medisiner før behandlingen for å minimere bivirkningene av cellegift. Aliyanesa Nkunye, i midten: «Før jeg begynte behandlingen, hadde jeg store smerter og klarte ikke å spise eller sove om natten. Etter at jeg begynte, har jeg følt meg mye bedre, sier hun. Fotograf/Copyrights: Diego Menjibar

Til tross for alle utfordringene, trivdes jeg veldig godt med å jobbe i et så sammensveiset team. Jeg hadde mye ansvar selv, men vi kommuniserte likevel konstant, enten det var på det ukentlige møtet der vi diskuterte pasientenes behandlingsplaner, eller i diskusjoner med kolleger fra de palliative og psykososiale teamene. Den gjensidige støtten og den gode stemningen utgjorde en stor forskjell.

Problemet ligger i systemet

Årsakene til den dramatiske situasjonen i Malawi er sammensatte. Landet sørøst i Afrika regnes som fattig, og ifølge Verdensbanken lever over 70 prosent av befolkningen under fattigdomsgrensen. Helsevesenet er mangelfullt og har enorme hull. Når det gjelder livmorhalskreft, er følgende punkter spesielt viktige:

- Dårlig vaksinasjonsgrad: HPV står for over 95 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft. Mens rundt 50 prosent av alle jenter og nesten 30 prosent av alle gutter over 15 år i Tyskland er

vaksinert mot HPV (noe som heller ikke er en høy vaksinasjonsdekning), er bare mellom 12 og 14 prosent av jentene i Malawi fullvaksinerte. Dette skyldes både at vaksinen ikke er tilgjengelig og at det er vanskelig å nå ut til fattige befolkningsgrupper.

- Mangel på screening: Siden det nesten ikke finnes screening i det offentlige helsevesenet i Malawi, og mange pasienter har svært begrenset tilgang til gode helsetjenester, er muligheten for tidlig diagnostisering begrenset. I noen tilfeller ble kvinner feilbehandlet i månedsvis før de kom til oss.
- Nesten ingen tidlige symptomer: De tidlige stadiene av livmorhalskreft gir vanligvis ingen symptomer, som for eksempel smerter. Selv uregelmessige blødninger er ikke alltid tegn på kreft, noe som betyr at det ikke alltid blir undersøkt. Mangel på utdanning og skam knyttet til seksuell helse gjør at mange pasienter kommer til oss svært sent.
- Utilstrekkelige behandlingsoptimaliteter: Frem til begynnelsen av dette året var det ikke mulig å tilby strålebehandling kombinert

1. 325 kvinner fikk livmorhalskreft i Norge i 2023. Fem års relativ overlevelse etter livmorhalskreft er 82,6 prosent. Hvis sykdommen oppdages tidlig (stadium I), er det 96,1 prosent som overlever sin kreftsykdom i 5 år eller mer. <https://www.kreftregisteret.no/kreftformer/Livmorhalskreft/>



Etter å ha fått diagnosen blir mange kvinner utsatt for stigmatisering, og opplever å bli forlatt og ensomme. I møte med dette har det blitt opprettet pasientstøttegrupper hvor kvinner i fellesskap kan konfrontere utfordringene som kommer med sykdommen. Fotograf/Copyrights: Diego Menjibar



Kvinnene sitter i en sirkel og diskuterer kosthold under behandlingen. I løpet av samtalen legges det vekt på terapeutisk opplæring, pasientene får informasjon om bivirkningene av cellegiftbehandlingen, og om ulike rehabiliteringsøvelser de kan gjøre hjemme. Fotograf/Copyrights: Diego Menjibar



Martha Kambewa under en gruppesamling med kvinner som gjennomgår behandling ved Leger Uten Grenser livmorhalskreftprosjekt i Blantyre i Malawi. Hennes kreft har gått i remisjon etter at hun har gjennomgått fem behandlinger med cellegift og en hysterektomi. Hennes jobb er nå å snakke med kvinnene om sine erfaringer for å overbevise dem om å fullføre behandlingen til tross for vanskelighetene i prosessen. Martha begynte med dette arbeidet på egen hånd inntil Leger Uten Grenser ansatte henne på deltid. Fotograf/Copyrights: Diego Menjibar

med cellegift ved inoperable funn i Malawi. Kun en liten andel av pasientene ble sendt til Kenya for å få denne potensielt livreddende behandlingen.

- Hiv er en stor risikofaktor: Personer som lever med hiv, har seks ganger høyere risiko for å utvikle livmorhalskreft på grunn av svekket immunforsvar, og Malawi har en av de høyeste hiv-ratene i verden.

Alt dette har alvorlige konsekvenser. På en vanlig dag har jeg sett rundt 15 pasienter, hvorav rundt tolv hadde karsinom. Alvorlighetsgraden og antall tilfeller som jeg opplevde i Malawi i løpet av bare noen få måneder, var helt ukjent for meg etter ti års erfaring i Tyskland.

Behandlingsalternativene

Etter undersøkelse og diagnose ble behandlingsalternativene vurdert avhengig av alder og stadium. For de eldre pasientene

mellom 65 og 80 år var hovedfokuset på god palliativ behandling. Vi forsøkte å minimere smertene i den tiden de hadde igjen.

Det var annerledes med de yngre pasientene. Jeg ble alltid veldig lettet når en pasient kom til oss i et stadium hvor det fortsatt var mulig å operere. Hvis operasjonen kunne gjennomføres med godt resultat og patologisvarene bekreftet den tidligere vurderingen vår, var det ikke nødvendig med oppfølgende behandling. Pasienten ble da skrevet ut med en god prognose.

Alt i alt trivdes jeg veldig godt med oppdraget fordi kompetansen min passet godt til kravene i stillingen, men jeg lærte også mye. Anerkjennelsen av arbeidet mitt motiverte meg hver dag, og jeg vil alltid huske pasientenes takknemlighet, selv om det ikke lenger var mulig å kurere dem. En dag vil jeg gjerne dra tilbake til prosjektet for å se hvordan det har utviklet seg.

OLYMPUS

VISERA ELITE III



NEW

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

ENTOG exchange 2024 i Sveits



Triemli Statspital

Skrevet av Marie Svanes, LIS ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus

I år var jeg en av to som reiste fra Haukeland sykehus til Sveits og ENTOG exchange i september. Jeg hørte om utvekslingsmuligheten på jobb, og synes dette hørt skikkelig spennende ut.

Jeg ble plassert i Zurich, og skulle bo hos Julia. Julia er 2. års LIS-lege på Triemli Statspital. Det var ett av tre sykehus i Zurich. De hadde ca. 3000 fødsler i året. På Triemli var jeg sammen med en LIS fra Estland og en fra Tyrkia. Julia trivdes godt som LIS på Triemli, og de tre dagene vi fikk besøke og hospitere på sykehuset fikk vi et godt innblikk i hverdagen i Sveits. Vi fikk være én dag hver på fødeavdelingen, én dag i gynekologisk poliklinikk og én dag på operasjonsstuen. Mye var likt som slik vi har det i Norge, men jeg fikk også se store forskjeller. De hadde en høy keisersnittfrekvens på ca. 40%, og de forløste lite vaginalt. I så tilfelle brukte de kiwi-kopp. Hvor god behandling du fikk, kom an på hvor god forsikring du hadde. Hvilken forsikringsdekning du hadde var skrevet i pasientjournalen din. De med dyrest forsikring hadde en P (for private) skrevet i journalen sin, og disse hadde krav på overlege som behandlende lege. De med den aller dyreste

forsikringen hadde krav på avdelingsoverlege. I tillegg kunne de ha private pasienter.

Det var veldig hyggelig, og ikke minst lærerikt å bo hos Julia og få et innblikk i hennes liv. Hun fortalte at LIS-legene har 50-timers uker. De jobber fra 07.30-17.00 hver dag, og de fleste dager blir de sittende mye lenger. Dette fikk vi erfare vår første dag som hospitanter. Vi dro slitne fra sykehuset litt over klokken 17.00, og vi skulle da møte Julia i byen etter at hun var ferdig med papirarbeidet sitt. Det endte med at vi dro hjemover i 20-tiden, uten Julia. Hun var først ferdig klokken 20.30. Ut fra det jeg forstod, var det forventet at du ble værende på sykehuset for å behandle pasienter du enten hadde operert eller gått vitsett på i løpet av dagen, selv om arbeidstiden din var over.

Etter jobb fikk vi opplevd Zurich. Vi gikk rundt i gamlebyen, var på Lindt museum, båtutur på elven gjennom byen og spiste både fondue og raclette. Det var mange muligheter til å sosialisere og diskutere erfaringer med LIS-leger fra hele Europa. Vi diskuterte



hvordan man opplever spesialiseringen, arbeidstider, arbeidsvilkår og ambisjoner, og man fikk mange interessante synspunkter. I tillegg ble det selvfølgelig diskutert forløsninger. Dette var nok det største skillet mellom landene. I Tyrkia har de for eksempel en keisersnittfrekvens på 60%. Min tyrkiske venn fortalte at de aldri forløser vaginalt, på tross av at hodet står på bekkenbunnen. I disse tilfellene dytter de heller hodet tilbake og går til keisersnitt. Dette gjøres fordi kvinner opplever vaginal forløsning som traumati-

serende, og stort sett er veldig fornøyd i etterkant av keisersnitt. De fikk aldri klager etter keisersnitt. Mange var også sjokkerte over at man fortsatt bruker tang i Norge.

De siste to dagene var det foredrag og konferanse. En av disse handlet om prevensjon, og den andre om innovasjon. Disse dagene var veldig lærerike. Alt i alt er jeg storfornøyd med tiden i Sveits og anbefaler alle å søke ENTOG exchange!

Bethesda Spital

Skrevet av Ragnhild Grepperud, LIS ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus

Etter å ha hatt ein irsk kollega buande hjå meg då Noreg var vertsnasjon i 2022, hadde eg fått augene opp for ENTOG, så då søknadene vart lagt ut for Sveits i 2024 var eg rask med å søkje.

Eg var 3 dagar på Bethesda Spital i Basel, saman med ei fra Tsjekia og ein frå Slovakia. Bethesda Spital er eit privat sjukehus med om lag 2000 fødsler i året. Dei har ikkje høgrisikofødsler og hadde ein keisersnittfrekvens på rett under 40 prosent. Ved vaginal forløsning nytta ein berre vakum med kiwi-kopp. Som fosterovervaking nytta dei CTG, og det var kun eit fåtall av legene

som supplerte med laktatmålingar. Det var dessverre ikkje nok kollegaer som hadde anledning til

å vere vertar, så eg sov i ein airbnb. Vi vart tatt godt imot av Yannik, ein lokal LIS-lege som hadde laga eit variert og godt opplegg til oss. Vi vart plassert i gyn- og fødepoliklinikk, på føden og på operasjon. I Sveits får LIS-legene mykje trening i ultralyd, ettersom alle pasientar får ultralydundersøking kvar 4 veke gjennom heile graviditeten!



Opplegget etter jobb var også imponerende. På programmet stod blant anna båtture, fondue og middag med størstedelen av legekollegiet. Allereie første kvelden diska Yannik opp med god heimelaga middag og noko godt i glaset, sistnevnte fekk dessverre ikkje denne gravide reisande gleden av. Praten sat laust, og det var veldig spanande å høyre om ulik praksis i dei forskjellige landa.

I Sveits er helsevesenet basert på at alle har forsikringar, og for ein nordmann var det rart å høyre at dei som hadde den beste forsikringa fekk betre rom og service enn andre. Ein del operasjonar vart også styrt av kva som vart dekket av forsikringa til kvinna. Blant anna vart dei fleste polypfjerningar utført ved utskrapning etter ein titt inn med hysteroskopet, til tross for at dei hadde MyoSure tilgjengeleg. Ein morgon vart det rapportert at ei kvinne med den høgaste graden av forsikring, det dei kalla "private private", var i fødsel, og då måtte seksjonsoverlegen handtere alt som hadde med denne fødselen å gjere og LIS-ene halde seg unna.

Sjukehusromma var i ein klasse for seg sjølv, med tv-skjerm festa i sengehesten og eigen middagsmeny ein kunne velge fritt frå liggjande på nattbordet. Min tsjekkiske kollega tok mange bileter, for ho var usikker på om kollegaene hennar heime ville tru ho når ho fortalte om det.

Dagane var lengre enn heime, 7.20-18, men med 20 min kaffe-pause rett etter morgonmøte, varm god lunsj og pusterom mellom ulike arbeidsoppgåve, fekk eg inntrykk av at livet var overlevbart for desse kollegaene og. Fredagen vart alle ENTOG-deltakarane samla i Zurich for ein konferanse der årets tema var "Innovations in Gynecology and Obstetrics". Her fekk vi mange spanande foredrag om alt fra kunstig placenta til Gesca training pathway. I pausane fekk vi blant anna forsøke DaVinci-simulator, noko som var veldig kjekt!

Eg er veldig takksam over å ha fått denne moglegheiten og oppfordrer på varmaste om å søke ENTOG i Tyskland 2025!



Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetrikk - Gynekologi

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



dimeda
SURGICAL INSTRUMENTS

ELEKTRODER TIL KONISERING



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

MedGyn

CooperSurgical

ClearView[™]
Uterine Manipulator

- Enhåndskontrollert uterin manipulator med 210° bevegelsesområde
- Selvholdende roterende håndtak slik at kirurgen kan manipulere livmoren uavhengig av assistent
- Dreier ved cervical os og tillater pasienten å forbli i ryggleie
- Pakket i et sterilt brett med alt du trenger for å fullføre prosedyren



Laborie¹
FOR DIGNITY. FOR LIFE.

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 klar til bruk



MedGyn

Kiwi vakuumpopp

For vaginal forløsning og keisersnitt



Laborie¹
FOR DIGNITY. FOR LIFE.

Kiwi OmniCup[®] with
Traction Force Indicator

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

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

Mette Moen 80 år!

I september ble Mette Haase Moens 80-årsdag feiret med symposium og fest på hotel Britannia i Trondheim. Det var paljetter og champagne, men først og fremst et solid faglig program etter Mettes smak og standard. For gjestene ble kvelden en inspirerende påminnelse om hvor meningsfullt og givende det er å jobbe for bedre kvinnehelse! Mettes innsats for fag og fellesskap er formidabel. Hun er et sant forbilde og det var stor stas å få feire henne med familie, venner og kolleger.



Agnethe Lund

Vitenskapelig sekretær i NGF-styret og Overlege og PhD ved Kvinneklinikken i Bergen

Mette Haase Moen har gjennom flere tiår vært en tydelig stemme og pådriver innen kvinnehelse, og er som gynekolog og forsker en nestor på sitt felt. Særlig har hun fokusert på hormonbehandling i overgangsalderen, endometriose og premenstruelt syndrom. Mette har utvilsomt medvirket til at disse diagnosegruppene i dag har fått høyere status og bedre behandling.

Mettes karriere og bidrag kan ikke oppsummeres i få ord. Hun har engasjert seg på de fleste arenaer, også som tidligere styremedlem og leder i Norsk gynekologisk forening, senere som aktivt medlem og fast spaltist i Gynekologen med *Hormonhjørnet*. Etter pensjonsalder har hun holdt seg selv og hele fagmiljøet oppdatert i Facebook-forumet *Hormoner og endometriose*, et slags dugnadsdrevet RELIS for kvinnehelse, hvor Mette har øst av sin kunnskap og satt en høy standard for oss alle.

Til det faglige programmet inviterte Mette topp forelesere fra sitt nettverk. Kristin Offerdal og Ingrid Baasland ledet oss gjennom feiringen med glimt i øyet. Professor emerita Berit Schei drøftet *Hva er kvinnehelse?* og Anette Tønnes Pedersen fra Rigshospitalet København gav oss et historisk overblikk over *Østrogenbehandling som kom og gikk, og kom tilbake*. Angelica Lindén Hirschberg ved Karolinska Universitetssjukhuset svarte på spørsmålet *Er det betenkelig å gi p-piller til de meget unge?* Og Tina Tellum fra Oslo Universitetssykehus presenterte *Adenomyose – en ny epidemi?* Anne Vedde fra Haukeland Universitetssykehus viste interessante case og drøftet *Når skal man operere endometriose?* Til slutt beskrev Guri Majak fra Oslo Universitetssykehus og leder for Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose visjoner for *Hvordan kan vi lage et enda bedre tilbud for pasienter med endometriose i fremtiden?*

Symposiet ble avsluttet med festmiddag i Palmehaven. Lokale delikatesser ble servert, og det var morsomme taler og lystig lag. Mette er en relasjonsbygger som betyr mye for familie og venner. Vi som tilhører den store gynekologifamilien tar med oss inspirasjon til videre arbeid for kvinnehelse i Mettes ånd, og vi ønsker hjertelig til lykke med 80 år!

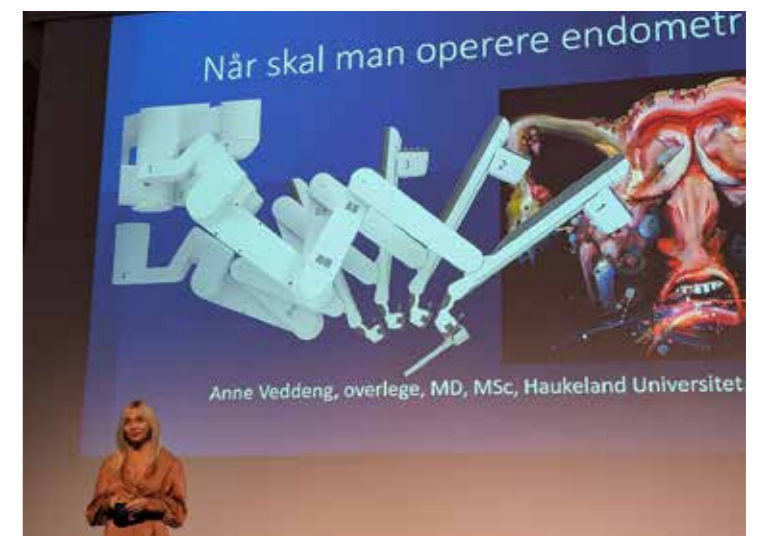
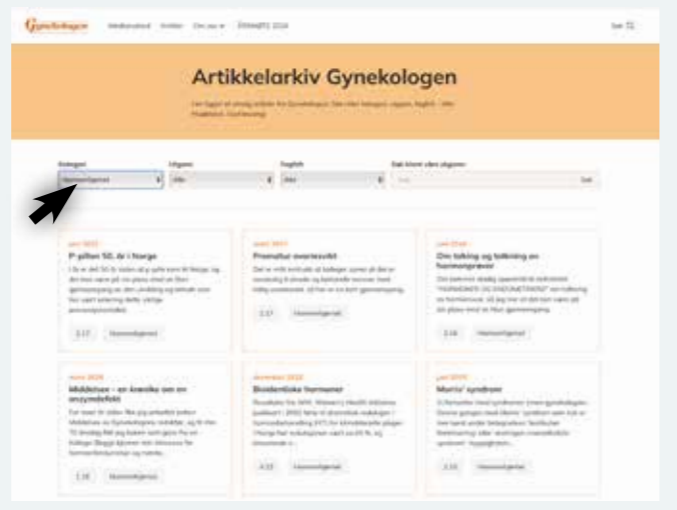
Har du ikke lest *Hormonhjørnet*?

Artiklene i Mette Moens tidligere spalte om hormoner ligger tilgjengelig på *gynekologen.no*. Klikk deg inn på *Artikler* i hovedmenyen og velg kategori *Hormonhjørnet*.

Her ligger følgende temaer ute:

- P-pillen 50 år i Norge
- Prematur ovariesvikt
- Om taking og tolkning av hormonprøver
- Middelsex – en krønike om en enzymdefekt
- Bioidentiske hormoner
- Morris' syndrom
- Turners syndrom

Kos deg!



Ny NGF-faggruppe for global kvinnehelse

Faggruppe for global kvinnehelse ble stiftet sommeren 2024 og formelt godkjent ved årsmøtet på Lillehammer i oktober. Faggruppen for global kvinnehelse har som formål å 1) Fremme kompetanse om kvinnehelse i et globalt perspektiv blant norske gynekologer og myndigheter; 2) Tilby en arena hvor NGFs medlemmer kan dele erfaringer, forskningsfunn og ny kunnskap om global kvinnehelse; 3) Øke kunnskap og bevissthet blant NGFs medlemmer om sosiale determinanter for helse og sosial ulikhet.



Andrea Solnes-Milteneburg
LIS ved Ahus

Selv om en faggruppe for global kvinnehelse ikke formelt har eksistert før, har det i mange år vært flere engasjerte kollegaer som har samlet seg og jobbet sammen og forsket på ulike temaer relatert til global kvinnehelse. Mange av problemstillingene har vært sensitive og kompliserte, slik som abort, svangerskapsomsorg, kvalitet på fødselshjelp, vold mot kvinner, tjenester i krig og konflikt, infertilitet, kvinnelig kjønnslemlestelse og obstetriske fistler. Noen kollegaer har representert Norge i FIGO og bidratt ute i felt for organisasjoner som MSF, Røde Kors og NORWAC. Vi ser et tydelig behov for en arena hvor NGFs medlemmer kan dele erfaringer, forskningsfunn og ny kunnskap om global kvinnehelse. Gjennom tidligere både uformelle og formelle sammenkomster, og innenfor våre egne institusjoner, har slike erfaringer bidratt til økt strukturell og kulturell kompetanse, som har bidratt til å styrke faget vårt både på individnivå og innenfor våre avdelinger. Selv om engasjementet i relasjon til global kvinnehelse i mange år fortrinnsvis har vært orientert i retning av lav- og middel-inntektsland, foreligger nå også økende oppmerksomhet på behov for slik kompetanse i vårt eget land.

Som følge av globalisering og økt mobilitet, men også på grunn av vedvarende krig og konflikt som i perioder har gitt økt innvandring til Norge, har befolkningen i Norge endret seg. Dette har bl.a. medført at andelen gravide og fødende med innvandrerbakgrunn har økt, og omtrent én av fire nyfødte i Norge har i dag en mor som selv er født i utlandet (1). Helsedirektoratet beskriver disse fødende som en spesielt sårbar gruppe, fordi de har mindre kjennskap til det norske helsevesenet, samt språkutfordringer og økt ressursbehov (2). Forskning viser at risikoen for uheldige svangerskapsutfall er høyere blant visse grupper av innvandrerkvinner sammenlignet med vertsbefolkningen, uten at dette nødvendigvis kan forklares av medisinske årsaker alene (3, 4)

Økt kunnskap og bevissthet blant NGFs medlemmer om sosiale determinanter for helse og sosial ulikhet, særlig for spesielt utsatte

grupper, er viktig for å sikre likeverdige helsetjenester. Kvinner som oppsøker helsehjelp kan komme fra land hvor tilgangen til helsetjenester ikke er en selvfølge, og hvor deres seksuelle og reproduktive rettigheter ikke er hensyntatt. Sammenlignet med det vi er vant til i en norsk pasientpopulasjon blir ofte kvinner fra lav- og middelsinntektsland rammet av sykdom på ulikt vis, og sykdom presenterer seg annerledes for oss som behandlere. Kvinner kan ha gått ubehandlet over lengre tid, hvilket kan medføre uttalte plager og sekundære kompliserende tilstander. Helsekompetanse blant nyankomne kvinner kan være lav, hvilket også påvirker hvordan de opplever symptomer og hva de legger vekt på i en anamnese. Disse kvinnene trenger en annen type veiledning, støtte og oppfølging enn andre kvinner som oppsøker våre klinikker. Hvordan vi som helsepersonell møter disse kvinnene kan være avgjørende for deres tillit og videre kontakt med helsetjenesten (5).

Ubevisste forutinntatte holdninger, bedre kjent internasjonalt som implisitt bias, kan påvirke NGFs medlemmer i deres arbeid med fag, forskning og utdanning, men også med tanke på hvordan helsetjenesten utøves (6). Våre holdninger i møte med pasienter og kolleger kan føre til forskjellsbehandling, noe som kan påvirke pasientbehandling og pasientsikkerhet negativt, både direkte og indirekte (7). Å anerkjenne at implisitt bias er en risikofaktor for helseulikheter i helseforskning og i helsevesenet, åpner opp for muligheter til selvrefleksjon, kulturell ydmyk praksis, og bedret kvalitet på den tjenesten som tilbys (8). Dette er alle våre pasienter tjent med.

Selv om vi i Norge kan være stolte av vårt helsevesen og tilbudet innen kvinnehelse, mener vi at NGF også har et ansvar for å løfte kvinnehelse globalt. Å opprette en faggruppe for Global Kvinnehelse vil gi muligheter for nettopp dette og samtidig styrke NGFs formål og oppgaver. Det vil også kunne styrke NGFs innflytelse og arbeid i FIGO. Vi planlegger i nær framtid å arrangere webinarer om ulike tema innen Global Kvinnehelse, hvor våre medlemmer kan presentere sine prosjekter og dele sine erfaringer. Vi planlegger også vårt første formøte for Faggruppe for global kvinnehelse i forbindelse med NGFs årsmøte 2025. Videre vil vi vurdere muligheter for samarbeid innenfor gynekologisk og obstetriske helsehjelp for migranter i nordiske land, samt identifisere potensielle andre samarbeidspartnere for videre utvikling av faggruppen. Vi ønsker flere entusiastiske medlemmer velkommen til å delta i denne spennende nye faggruppen!

NGF - NY Faggruppe Global Kvinnehelse

Mer informasjon på
vår nettside!



FIGO STATEMENT

The health, rights and wellbeing of women and girls: global, equitable and inalienable

www.figo.org/statements



Fremme kompetanse om kvinnehelse i et globalt perspektiv blant norske gynekologer og myndigheter



Tilby en arena hvor NGFs medlemmer kan dele erfaringer, forskningsfunn og ny kunnskap om global kvinnehelse



Øke kunnskap og bevissthet blant NGFs medlemmer om sosiale determinanter for helse og sosial ulikhet

Medlemmer:

Andrea Solnes Milteneburg (leder) er lege i spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Akershus universitetssykehus og førsteamanuensis ved Universitet i Oslo.

Sukhjeet Bains (LIS-representant) er lege i spesialisering i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Vestre Viken og postdoktor ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus.

Lene Gjersøe Rasmussen (Helse Sør-Øst) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, konstituert overlege ved Sykehus i Vestfold.

Jobe Smith (Helse Midt-Norge) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Volda sykehus.

Maarten Glas (Helse Nord) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Hammerfest sykehus og feltarbeider for Leger uten Grenser.

Tilde Broch Østborg (Helse Vest) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Stavanger universitetssykehus, førsteamanuensis ved Universitet i Bergen og feltarbeider for Leger uten grenser.

Øvrige medlemmer

Ellen Marie Strøm-Roum er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Akershus universitetssykehus og delegat for Røde Kors.

Vegard Weyergang Vartdal er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Vestre Viken, PhD-kandidat ved Universitet i Oslo og feltarbeider for Leger Uten Grenser.

Ingvil Krarup Sørbye er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

Patji Alnæs-Katjavivi er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege ved Oslo universitetssykehus.

Ala Jabri Haug er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Akershus Universitetssykehus og PhD-kandidat ved Universitet i Oslo.

Memona Majida, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege ved Akershus Universitetssykehus.

Johanne Sundby er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor emerita ved Universitetet i Oslo.

Lill Trine Nyfløt er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Vestre Viken, forsker ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning ved Oslo universitetssykehus og feltarbeider for Leger uten grenser.

Margit Steinholt, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer ved Helgelandssykehuset, Sandnessjøen. Erfaring fra 10 års arbeid med Tromsø mineskadesenter. Medlem i FIGOs komite for Health System Strengthening and Respectful Care.

Litteratur

1. Statistics Norway. Immigrants and Norwegian-born to immigrant parents, by immigration category, country background and percentages of the population, 2010–2021. Available from: <https://www.ssb.no/en/statbank/table/09817/>. Accessed 4 Mar 2021.
2. The Norwegian Directorate of Health. Healthcare for persons without legal residence in Norway: The Norwegian Directorate of Health; 2020. Available from: <https://www.helsenorge.no/en/foreigners-in-norway/healthcare-for-persons-without-legal-residence/>. Accessed 4 Mar 2021.
3. Bains S, Skråning S, Sundby J et al. Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women - a mixed-method study in Norway. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21: 686.
4. Gagnon 2009
5. Ziyada, M. M., Johansen, R. E. B., Berthelsen, M., Lien, I. L., & Bendiksen, B. (2023). Factors associated with general practitioners' routines and comfortability with assessing female genital cutting: a cross-sectional survey. BMC Health Services Research. doi:10.1186/s12913-023-09085-4
6. Alnæs-Katjavivi, P. (2021). Ubevisste holdninger hos leger. Tidsskrift for Den norske legeforening. URL: <https://tidsskriftet.no/2021/03/debatt/ubevisste-holdninger-hos-leger>
7. Oxtoby K. How unconscious bias can discriminate against patients and affect their care. BMJ 2020; 371: m4152.
8. Harris, S. M., Diaz, E., Binder, P. E., & Sandal, G. M. (2022). Hvordan møter leger flyktninger med psykiske lidelser?. Tidsskrift for Den norske legeforening.



Vil DU bli en av våre endometriose-ambassadører?

Nasjonalt kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose (NKTEA) ønsker å utdanne «endometrioseambassadører» som får spesialkompetanse (kunnskap og ferdigheter) innen diagnostikk og behandling av endometriose og adenomyose.

Skrevet av Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose

Ambassadørene skal være kontaktpersoner for utredning og behandling av pasienter med endometriose og adenomyose ved sin avdeling og med det forbedre helsetilbudet i eget foretak og region.

Ambassadørene skal aktivt bidra til videreutdanning og kompetansespredning til helsepersonell i egen avdeling.

Kapasiteten er begrenset til 4-8 ambassadører per år.

Utdanningsplan

Utdanningen som endometrioseambassadør består av tre moduler. Disse modulene vil dekke teoretisk gjennomgang av behandling og utredning samt praktisk en-til-en opplæring i ultralyd og kirurgisk teknikk. Modulene kan gjennomføres i valgfri rekkefølge, men forventes å være gjennomført i en periode over maks. 2 år. Det anbefales at Modul 1 gjennomføres først.

Forutsetning og søknad

Søknad om deltagelse i ambassadør-programmet rettes direkte til NKTEA på NKTEA@ous-hf.no.

Avlagt spesialitet innen Gynekologi og Obstetikk, personlig egnethet, langsiktig perspektiv og interesse for feltet forventes. Søknaden skal inkludere støtte fra avdelingens ledelse, og bekreftelse på at søker vil få tilrettelagt for deltagelse i alle deler av programmet, samt bekreftet prioritet i utredning og behandling av pasienter med endometriose og adenomyose i avdelingen. Avdelingen skal sammen med søker utarbeide en tidsplan for gjennomføring av modulene og tar ansvar for å fristille personen til læringsaktivitetene.

Kursavgifter samt reise/overnatting ved hospitering dekkes av søker/søkers avdeling.

Navn og avdeling til ambassadørene vil offentliggjøres på NKTEA sin nettside.

Modul 1: Teoretisk grunnlag

Dette består av et DNLF-godkjent kurs arrangert i regi av NKTEA. Kurset går over to dager og formidler grunnprinsippene av patofysiologi av endometriose og adenomyose, patofysiologi, medikamentell (endokrin og smerte) behandling av endometriose og adenomyose, klinisk utredning og anamnese, grunnleggende ultralyddiagnostikk, alternativ billediagnostikk inkl MR, kirurgiske behandlingsprinsipper, behandling ved infertilitet, dokumentasjon med mer.

Tidspunkt: (preliminært): 2. kvartal (Q2)

Kostnader: vanlig kursgebyr ihht til legeföreningens satser for kurs innen spesialist og videreutdanning.

Dette kurset anbefales alle ambassadører, men kan erstattes av tilsvarende kurs og utdanning fra andre internasjonalt godkjente organisasjoner. Dette vil vurderes i hvert enkelt tilfelle, og må begrunnes i søknad med vedlagt dokumentasjon.

Modul 2: Ultralyd

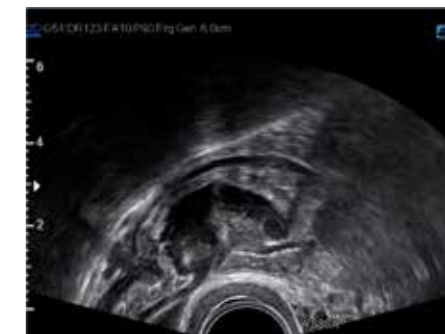
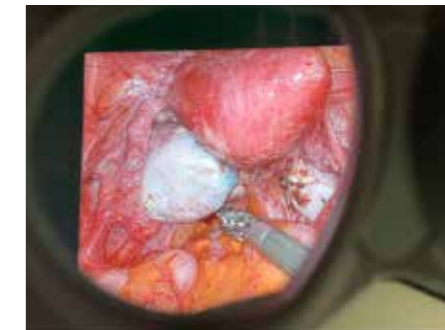
Del 1: Masterclass. 2-dagers intensivkurs i en liten deltakergruppe med ekspert-forelesninger, live-scan og hands-on øvelser hvor alle deltakere får anledning til å scanne pasienter med en-til-en veiledning. Kurset arrangeres i samarbeid med European Endometriosis League.

Ferdighetsmål er å kunne fremstille genitalia interna (inkl sacrouterinligamenter) med god bildekvalitet, kunne vurdere adenomyose, oblitasjon av fossa Douglasi og adheranser, evaluere rectovaginalfascie og rectum inkl. dyp endometriose, urinblære og ureteres.

Tidspunkt: uke 41 (for 2025: 10.+11.10.2025)

Kostnader: 650 € (EEL medlemmer),

800 € (alle andre). Kursmiddag og lunsj dekkes.



Del 2: Etter gjennomført masterclass vil ambassadøren hospitere totalt 2 dager på en tilrettelagt endometriosepoliklinikk på OUS Ullevål med konsultasjoner, hands-on undersøkelser og 1:1 veiledning.

Tidspunkt: uke 49, 50, 51 eller uke 3.

Kostnader: dekkes av NKTEA/OUS (ikke reise og overnatting)

Del 3: Deltaker skal sende inn bildedokumentasjon av minst 15 case med scan hvor god bildekvalitet og fremstilling av en rekke strukturer fremgår. Dette skal gjøres fra avsluttet del 1 (Masterclass) og over en periode av 6 mnd.

Kostnader: ingen

Modul 3: Kirurgi

Del 1: Kirurgisk kurs ved HUS. Her vil det i tillegg til teoretisk gjennomgang og kasuistikker bli praktisk trening på våt-preparater (wet-lab) og på operasjonsstuen.

Tidspunkt: (preliminært): uke 49 (2025)

Kostnader: vanlig kursgebyr ihht til legeföreningens satser for kurs innen spesialist og videreutdanning.

Del 2: Kirurgimodulen består i tillegg av totalt 2 x 2 dager hospitering ved en NKTEA-avdelingen ved OUS eller HUS.

Den valgte kirurgiske teknikken kan være både laparoskopisk og robot-assistert avhengig av søkers behov.

Her vil deltageren assistere eller utføre endometriosekirurgi under veiledning. Dette vil tilpasses ambassadørens ferdigheter ved start av programmet. Det vil i tillegg bli demonstrert og diskutert spesifikke teknikker og kasuistikker som omfatter infertilitet, endometriomer, disseksjon av ureter og n.hypogastricus, samt valg av utstyr og teknikk ved ulike presentasjoner av endometriose.

Ambassadøren forventes å ha følgende kunnskaper og ferdigheter etter avsluttet modul:

- Gjenkjenne forskjellige endometriose-fenotyper og dokumentere disse, inkl. Klassifisering og opplæring i klassifikasjonssystem.
- Detaljert kunnskap om normal og patologisk bekkenanatomisk inkl. nerver og retroperitoneale spatier;
- Utvikle evne til å identifisere og navigere rundt bekkenstrukturer under kirurgi, og minimere risiko for skade og komplikasjoner.
- Lære å utføre komplekse prosedyrer som eksisjon av peritoneum og dyp peritoneal endometriose på bekkenvegg samt ureterolyse.
- Forbedre teknikk ved laparoskopisk hysterektomi og laparoskopisk sutur.
- Kunne håndtere suturering av overflate tarm og blære samt gjennomgang av håndtering av intra og postoperative komplikasjoner.

Tidspunkt: Etter avtale

Kostnader: Dekkes av NKTEA/avdeling (ikke reise og overnatting)

Del 3: Dokumentasjon av ferdigheten ved bilde- og/eller video-dokumentasjon der mulig. 10 casus med utvalgte prosedyrer skal demonstreres i løpet av utdanningsperioden.

Kostnader: dekkes av NKTEA/avdeling (ikke reise og overnatting)

Spørsmål om konseptet og søknad rettes til koordinator Pia Skjelbred på NKTEA@ous-hf.no

Årets julegave?

Skrevet av Guri Majak, Faglig leder i Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose (NKTEA)

Kanskje ikke helt, men vi fikk i hvert fall oppmerksomheten din!

Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose ønsker å høre fra alle gynekologer i Norge om hva de tenker om deres syn på utredning og behandling av endometriose og adenomyose. Vi vil derfor invitere akkurat deg til å delta i vår statusundersøkelse som du enkelt kommer til hvis du scanner QR-koden nedenfor.

Resultatet vil gi oss mye verdifull informasjon, og ikke minst hjelpe oss videre i vårt arbeide fremover.

Undersøkelsen er anonym og åpen for alle, enten du er LIS, spesialist, avtalespesialist eller privatpraktiserende gynekolog. Din erfaring er viktig uavhengig av hvor ofte du møter disse pasientene i din hverdag.

Vi setter stor pris på at du tar deg tid til å delta og ønsker deg og dine en riktig god jull!

Med vennlig hilsen,
På vegne av alle i NKTEA
Guri Majak, faglig leder



Scann QR-koden og bli med i statusundersøkelsen



Gynekologisk Guidelinemøte

23.-24. januar 2025 - Clarion Bergen Airport

Bli med å påvirke faglige retningslinjer, bli oppdatert og treff gode kollegaer!

Til revisjon: Ungdomsgynekologi (nytt!), Sterilisering, Endometriepolypper, Kroniske smertetilstander i vulva, Hyperemesis, Seksuelle dysfunksjoner.

Legeforeningen har godkjent møtet som kurs (12 timer) slik at det kan søkes refusjon fra fond 3.

Påmeldingsavgiften er satt til kun kr 500. Forfatter som presenterer kapittelrevisjonen (oftest hovedforfatter) slipper påmeldingsavgift. Det gis ikke honorar.
(PS: Det var dessverre publisert en feilopplysning i Gynekologen 3-2024: Redaksjonen kan ikke refundere reiseutgifter - sats på Fond 3!)



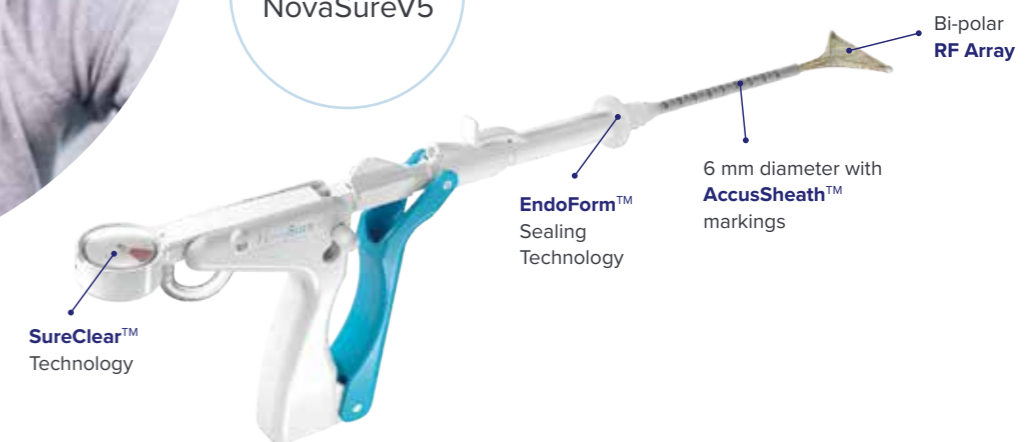
For påmelding se NGF nettsider

normedi
A Hologic Company

NovaSure® V5
Endometrial Ablation



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.



Vitenskapelig sekretær Agnethe Lund ønskes velkommen



Trond Michelsen, Juha Kere, Annetine Staff og Agnethe Lund i paneldebatt om sykdomsprediksjon innen gyn/obstetrikk



Prof Juha Kere holdt key note: "The unbearable lightness of polygenic risk scores"



Oleml Thommessen fortalte Lillehammers historie: Det kan fort gå bra!



Johan Berggren sang «Se ilden lyse»



Spreke gynekologer på tradisjonell morgen-joggetur



Referat fra årsmøtet i Norsk Gynekologisk forening på Lillehammer 23.-25. oktober 2024

Som en LIS på Lillehammer uttalte etter årsmøtet: Jeg tror det oppsummeres best på samme måte som IOC-president Juan Antonio Samaranch gjorde tilbake i -94: «You have presented to the entire world – the best årsmøte ever». Helt objektivt sett, selvfølgelig.

(På vegne av LOK, skrevet av Anne Sofie Fossum Engnæs. Bilder: LOK og Inga Vengen, nettredaktør)

Det hele startet onsdag med FUGO-kurs, *En fødselspopulasjon i endring*. Det rapporteres om et godt kurs med gode foredrag med nyttig innhold.

Lederforum og ulike formøter gikk alle som planlagt, med spennende innlegg og gode diskusjoner.

Kveldens *Get Together* ble avholdt på hotellet, der fokus var god mat og drikke, mingling, etterlengtede gjensyn og samhold. Det var nok hyggelig for mange å treffe gamle kjente, og stemningen var svært god. Det ble servert gulasj og focaccia i rikelige mengder, så maten falt nok i smak.

Torsdag morgen møtte en stor gjeng med sprekinger opp til morgen-jogg, og vi fikk en fin runde opp til hoppbakken, på turstier i området og gjennom Maihaugen til slutt. Litt strekk ble det i feltet, men sluttropen kom seg trygt fram, og det ble lagt planer for morgentur på årsmøtet i Tromsø i 2026. Den turen kommer til å bli spektakulær (men slitsom). Den som venter får se! Hotellet har et flott spa-anlegg og basseng, og dette ble også godt benyttet av gjestene.

Offisiell åpning av møtet ble gjort ved NGF-leder Solveig Bjellmo og tidligere stortingspresident Oleml Thommessen. Han er en ekte lillehamring og kulturpersonlighet på Lillehammer, og vi fikk

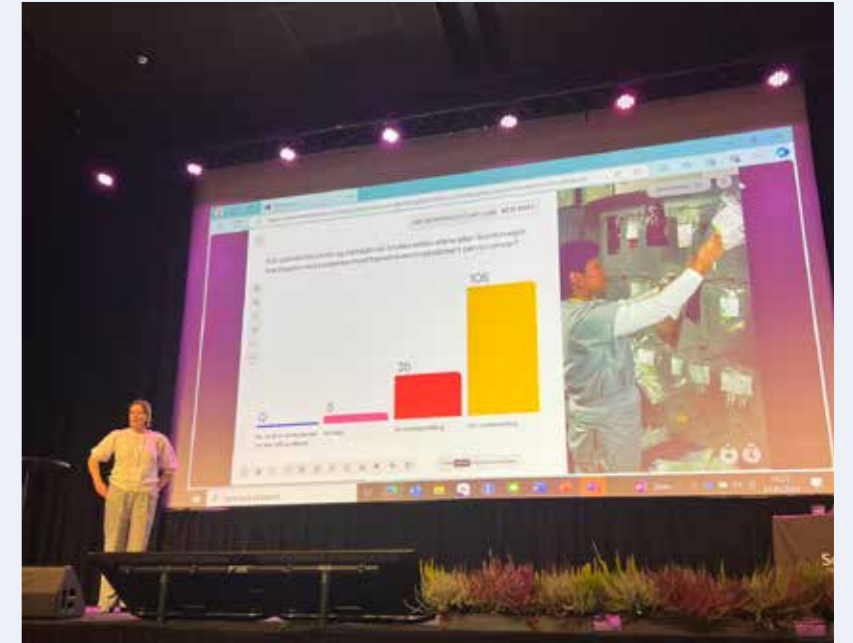
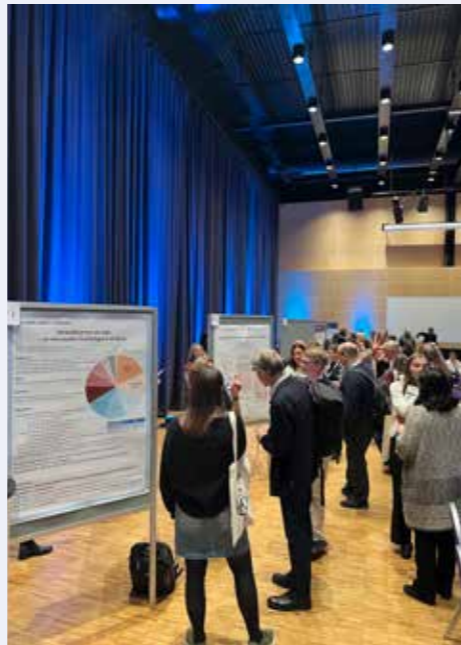
Gynekologiens røst

Gi mig de rene og ranke, de trofaste kvinner og menn,
de som har tolmod og vilje og aldri i livet går hen
og begynner på plastikkirurgen, men holder seg langt unna den.

Gi mig de bitre og steile, som ikke har frykt i sitt blikk.
Gi mig obstetriske leger, som kjenner sin Løvsets teknikk!
Som dristig vil bygge et land hvor man driver en trygg obstetrikk.

Gi mig de brennende hjerter, som aldri gir tapt for tvil,
som aldri kan kues av vakter og aldri behøver en hvil,
men møter hvert søksmål, hver klage, med samme usårlige smil.

Ja gi mig de beste blandt dere, og jeg skal gi dere alt.
Vakter til du fyller seksti, og temmelig dårlig betalt.
Vi deg til kvinnehelse! De beste blant dere er kalt.



Solveig Bjellmo leder generalforsamlingen med stødig hånd

Utstillingen av postere var bakerst i forelesningslokalet, noe som fungerte svært bra

Det var ingen anledning til å glemme at det er 30 år siden OL

Elisabeth Berge Nilsen engasjerer publikum med quiz om komplikasjoner ved immunterapi ved gynekologisk kreft.



Nye spesialister mottar diplom!

Paneldiskusjon: Norge mangler gynekologer - hva gjør vi? Med Yngvild Hannestad (avtalespesialist og leder av PSL), Marie Skontorp (nestleder i Overlegeforeningen), Anne Karin Rime (president i Legeforeningen) og Agnethe Lund (vitenskapelig sekretær NGF)

en underholdende gjennomgang av Lillehammers historie, med en rød tråd: Det kan fort gå bra. Overgangen ble fin til et musikalsk innslag ved Johan Berggren, som fremførte en stemningsfull versjon av *Se ilden lyse*.

Da var vi klare for å ta fatt på det faglige programmet, og årets Key-note speaker var Juha Kere fra Karolinska Institutet med foredraget: Can we predict complex disorders? Pre-eclampsia as an example. Han hadde en engasjerende formidlingsevne på et noe komplisert tema, så det ble veldig interessant.

I år var det rikelig med frie foredrag, og det er virkelig inspirerende å se så mange flinke folk med viktige og gode forskningsprosjekt

og gode innlegg. Det var også bra med engasjement og spørsmål fra salen, så temaene traff bredt og var interessante.

Siste sesjon torsdag ettermiddag var innen gynekologisk kreft, og det var bra med en oppdatering innen temaene borderline tumor og immunterapi, hvor det innenfor det siste temaet skjer store endringer raskt. Det hele ble avsluttet med en quiz, et morsomt pedagogisk grep.

Generalforsamlingen i NGF ble avholdt torsdag ettermiddag, angivelig uten dramatik. Ny redaktør for Gynekologen er LIS Sofie Angelteit (SUS), og ny nettredaktør er LIS Kine Haaverstad (OUS). For ytterligere detaljer kan man lese referatet.

Fredag fortsatte med svært gode frie foredrag innen alle fagfelt. Det ble høyt engasjement i salen under paneldiskusjonen: Norge mangler gynekologer, hva gjør vi? Tilstede var Anne-Karin Rime (president i legeforeningen), Yngvild Hannestad (avtalespesialist og leder i PSL) og Marie Skontorp (nestleder i overlegeforeningen). Mange brant inne med kommentarer og innspill. Dessverre fikk ikke alle sagt det de ønsket, så denne sesjonen kunne med fordel ha vært lenger.

Som en overraskelse på det vitenskapelige programmet ble det hele avsluttet med presentasjonen til deltaker i finalen av Forsker Grand Prix, Marit Sandberg. Hun hadde en nydelig, nesten poetisk fremføring om sin forskning på hjertesyke gravide. En komité

bestående av representanter fra FUGO, NGF og LOK kåret beste foredrag innen gyn og obstetrikk, som gikk til hhv. Anders Jarmund og Eirild Espeseth, vel fortjent!

Hjelp! Det var det vi i LOK tenkte etter et svært vellykket årsmøte og årsmøtemiddag i Haugesund. Hvordan skal vi hoppe etter Oscar? Ikke kunne vi få hjelp av Obstetriske menn, da de bare opererer på vestlandet, så vi måtte finne hjelp litt lenger sør i vårt eget fylke. Årsmøtemiddagen ble derfor i år ledet av Paul Håvard Østby fra Urbane Totninger. Det ble svært vellykket, og latterbrølene satt løst underveis, spesielt under foredraget «Et robust fremtidsblikk på gynekologiske foreningsgreier i et bærekraftig fugleperspektiv - no så dumt» fra Kraby konsolting. Styret



God stemning i Lillehammer-bataljonen



Festglade prisvinnere

Obligatorisk tur i fotoboksen for styret

God stemning på bordet til lokalkomiteen (LOK)

fremførte Gynekologiens Røst, en rungende flott hymne til Norges gynekologer, med istemmende allsang fra salen. Hedersprisen gikk velfortjent til Anne Flem Jacobsen, og Forbildeprisen til Jette Stær-Jensen ved Ahus. Beste utdanningsavdeling ble Bodø. De har jobbet seg iherdig oppover listen, så det fortjener ros. Flere priser ble delt ut til velfortjente vinnere og kan leses om på de påfølgende sidene av dette bladet. Det ble også delt ut diplom til nye spesialister. Middagen ble avsluttet med allsang, og stemningen var på topp da vi avsluttet med «Fångad av en stormvind» og «Lys og varme». Dansegulvet ble godt besøkt utover natta. En god gjeng fikk nok ordnet seg nachspiel i år også.

Dessverre ble det tekniske problemer under fremvisningen av videoen Ålesund hadde laget i forbindelse med årsmøtet 2025, slik at vi under årsmøtemiddagen bare fikk se siste halvdel av videoen.

De som var igjen helt til slutt på fredag ettermiddag fikk se hele videoen på nytt, og det er bare å glede seg! Ålesund kan arrangere store selskaper som prinsessebryllup, og de kommer til å gjøre det med HVILEPULS. Så vi er i de beste hender og har stor tro på at årsmøtet i Ålesund 2025 blir en suksess.

Takk for oss, det har vært en glede, og veldig godt å igjen kjenne på at man er en del av denne store, fantastiske gynekolog-familien.

Sees i Ålesund!



Nestleder, leder og vitenskapelig sekretær lader opp til årsmøtemiddag



Lillehammer flottes seg også i mørket.



Hedersprisen 2024 til Anne Flem Jacobsen

Årets hederspris gikk til en person som i likhet med mange andre av sine med-hedersmenn og -kvinner har gjort en stor innsats for faget, sine kollegaer, sine pasienter og foreningen over mange år. Høyt energinivå i kombinasjon med en stor arbeidskapasitet gjør at lista over alt hun har utrettet og er involvert i er svært lang. Anne Flem Jacobsen jobber for tiden på Østlandet, og har hatt mange ulike roller på OUS i løpet av sin karriere.

Anne ble ferdig spesialist i 1995, overlege i 1996 og var seksjonsleder ved Fødeavdelingen Ullevål fra 2007-2017. Hun tok PhD i 2008 med tittelen "Venous Thrombosis in Pregnancy and Puerperium, Epidemiology, Etiology, Treatment and Prophylaxis", og har vært professor siden 2013. Hun har vært hovedveileder for tre doktorgrader og en pågående, samt biveileder for åtte doktorgrader. Anne har også sittet i redaksjonskomiteen for Forskningshåndboken til OUS fra 2003 og til dags dato.

For Norsk gynekologisk forening har Anne hatt mange roller og er aldri vanskelig å be om stadig nye oppgaver man mener personen kan fylle. Hun har vært hovedredaktør for Obstetrikveilederen siden 2018, og under Covid-19-pandemien ble det under hennes ledelse på rekordtid organisert samarbeid mellom FHI og NGF om retningslinjer for gravide. Det ble også gjort kontinuerlige oppdateringer hver gang det kom ny kunnskap under pandemien.

I tillegg har Anne vært medlem av Kvalitetsutvalget fra 2016 til 2020 og medlem av Valgkomiteen fra 2020-2024.

Ifølge sikre kilder er Anne Flem Jacobsen en svært inspirerende modulleder for medisinstudentene i gynekologi og obstetrik, og hun er et faglig fyrttårn for hele legestaben ved Kvinneklinikken. Hun er spesielt opptatt av LIS, både av utdannelsen deres og generell ivaretagelse av dem. Anne har stått i bresjen for systematisk ivaretagelse og oppfølging av kolleger i krisesituasjoner, for eksempel ved dårlig utfall hos mor eller barn.

Hun beskrives som ekstremt sosial og gjestfri, og hun passer på når noe skal feires med blomster, pynt og taler. Ikke minst er hun kjent for sine egne fantastiske taler på rim, og at hun sammen med sin partner i alle år har åpnet huset sitt for store fester både for kolleger, studenter og venner, inklusive julefest for alle legene i avdelingen nesten hvert eneste år.

Det var dermed med stor ære at NGF-leder Solveig Bjellmo overrakte NGFs hederspris til Anne Flem Jacobsen under årets årsmøtemiddag, på vegne av Norsk gynekologisk forening.

Gynekologen gratulerer så mye!



Forbildeprisen 2024 til Jette Stær-Jensen

I en tid der både rekrutteringsvansker og dårlig økonomi truer kvaliteten på LIS-utdanning i alle helseforetak, så er forbildeprisen ekstra viktig. Hverdagen i de fleste avdelinger er kanskje travlere nå enn noen gang, og dette kan lett gå ut over utdanning av LIS.

Årets vinner av forbildeprisen jobber på en stor avdeling. Noen sider ved utdanningen er kanskje enklere på store avdelinger. Pasientstrømmen er i alle fall stor nok, det er som oftest høyere forskningskompetanse og det går raskere å fylle lister for inngrep som keisersnitt. Samtidig er det mye som kan være mer utfordrende på store universitetssykehus.

Årets vinner er en dronning når det kommer til å håndtere en travel poliklinikk uten at det går ut over LIS som vil lære. Hvis de ikke er til stede når hun finner noe gull på ultralyd, så ringer hun dem slik at de kan lære. Hvis hun selv blir ringt av en LIS som trenger råd, så slipper hun egen ultralydprobe og tar seg alltid tid. Hun minner stadig LIS på viktigheten av en systematisk og grundig undersøkelse, uansett om problemstillingen tilsynelatende er enkel.

Hun er LISenes favoritt på operasjonsstua, der hun alltid gir dem lov til å prøve seg innenfor forsvarlige grenser, samt går gjennom indikasjon og plan preoperativt. I tillegg til det tar hun seg tid til

å gå gjennom inngrepet i etterkant for å sikre best mulig læringsutbytte for LIS. Hva var lett? Hva var vanskelig?

En av setningene i nominasjonen av prisvinnerne bet vi oss spesielt merke i: Hun bidrar i stor grad til fagmiljøet, men ikke minst til arbeidsmiljøet, og dermed også til bedre pasientsikkerhet. Den LISen som skrev dette har forstått noe veldig viktig. Trivsel på jobb gir arbeids glede, noe som igjen kommer pasientene til gode. Når trivselen er dårlig så truer det både pasientsikkerheten og dermed også økonomien. Årets prisvinner bidrar til trygt konfereringsklima og passer samtidig på at flest mulig er påmeldt julebordet.

Vinneren i år var med andre ord helt soleklar. Vi i spesialitetskomiteen er avhengig av innsendte forslag for å kåre en vinner, og denne gangen fikk vi mail fra en stor LIS-gruppe som både sammen og hver for seg sendte gode begrunnelser for hvorfor akkurat denne vinneren er et stort forbilde for dem.

Årets forbildepris gikk derfor til vår kjære kollega i spesialitetskomiteen, som er overlege på Ahus, Jette Stær-Jensen.

Gratulerer så mye!



Utdanningsprisen 2024 til Nordlandssykehuset Bodø

For tredje året på rad hadde FUGO den store æren av å dele ut Utdanningsprisen til den sykehusavdelingen som har vært best på utdanning av LIS i gynekologi og obstetikk det siste året. Som vanlig sendte vi ut et spørreskjema til alle LIS i spesialiteten i sommer, og vi fikk 102 svar fra 23 forskjellige sykehus spredt over hele landet.

Årets vinner har ikke bare utmerket seg ved at de fikk den beste skåren i år, de har også hatt betydelig forbedring siden vi sendte ut spørreskjemaet første gang i 2022. Både i 2022 og 2023 lå sykehuset på 16. plass. Det fremstår altså som at avdelingen virkelig har jobbet for å forbedre LIS-utdanningen det siste året, og det fortjener de Utdanningsprisen for.

Sykehuset skiller seg positivt ut blant annet ved at alle LISene som svarte på spørreskjemaet har en individuell utdanningsplan, de får

kursdagene og fordypningsdagene sine og flertallet forventer å bli spesialister på normert tid. LISene angir at arbeidsmiljøet er svært godt, at de trives både med de andre LISene og med overlegene og at overlegene alltid er tilgjengelige hvis man har behov for hjelp. De aller fleste var helt enige i at de ønsker å fortsette på arbeidsplassen.

En av sykehusets 8 LIS skrev i spørreskjemaet at «det har nå blitt særdeles bra å være LIS på avdelingen! Her får vi stor tillit under kyndig veiledning, og det er god kultur for å slippe oss til».

Vi gratulerer Nordlandssykehuset Bodø med Utdanningsprisen 2024!

Schmitz gyn.stol | Leisegang kolposkop

medi-matic® | Kolposkop balance-o-matic stativ



Laveste seteposisjon: 47 cm



Kolposkop balance-o-matic stativ

En ny målestokk for kvalitet og design.

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

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



svas svalland as

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





Beste frie foredrag i gynekologi 2024 til *Anders Hagen Jarmund*

Anders Hagen Jarmund er nylig utdannet lege ved NTNU i Trondheim og er nå stipendiat i forskningsgruppen InPreg (Inflammation in pregnancy) ved samme universitet. Der jobber han sammen med resten av forskningsgruppen (ledet av professor Ann-Charlotte Iversen) med å kartlegge og forstå det kompliserte samspillet mellom morkaken, fosteret og mor – med et særlig fokus på hvordan immunsystemet bidrar til sykdomsutvikling ved preeklampsi og veksthemming hos foster.

Anders har allerede publisert en omfattende oversikt over hvordan mors immunaktivering forandrer seg gjennom svangerskapet, et arbeid som ble presentert på NGFs årsmøte for to år siden, i 2022. Forskningen viser videre at immunsystemet bidrar til utvikling av en rekke svangerskapskomplikasjoner, særlig de hypertensive. I prosjektet som ble presentert på årets årsmøte var fokuset

satt på en pasientgruppe med kronisk lavgradig inflammasjon, nemlig kvinner med PCOS. Basert på et årelangt samarbeid med professor Eszter Vanky, har gruppen nå undersøkt 354 svangerskap hos kvinner med PCOS og sammenlignet de som hadde hyperandrogen (77%) og normoandrogen (23%) fenotype (klassifisert etter Rotterdam-kriteriene før kvinnene ble gravide). Hensikten er å forstå hvordan PCOS-fenotype påvirker forekomsten av svangerskapskomplikasjoner og hvordan grad av immunaktivering og nivå av androgener bidrar til dette gjennom svangerskapet.

Arbeidet er under ferdigstilling for publisering, og det tyder så langt på at det å måle androgener og cytokiner under svangerskapet gir bedre forståelse av svangerskaps-spesifikke forandringer hos kvinner med PCOS sammenlignet med pre-gestasjonell fenotyping. Her er det bare å vente i spenning!



Beste frie foredrag Obstetrikk 2024 til *Eirild Espeseth*

Eirild Espeseth er lege i spesialisering ved Stavanger Universitetssjuehus. Hun er medlem av en forskergruppe bestående av blant annet lege og stipendiat Øystein Bergøy og hovedveileder og førsteamanuensis Ragnar Kvie Sande. Forskergruppen er i gang med å undersøke om blodstrømsmålinger i binyren kan være et nytt verktøy for å diagnostisere og monitorere placentasvikt.

Placentasvikt med intrauterin veksthemming er en ledende årsak til perinatal mortalitet og morbiditet. Det finnes på nåværende tidspunkt ingen behandling for intrauterin veksthemming og placentasvikt. Hos et foster med placentasvikt kan det være vanskelig å finne det rette tidspunktet for forløsning. En prematur fødsel er forbundet med økt risiko for død og varig skade. På den annen side har svangerskap med placentasvikt økt risiko for intrauterin fosterdød eller varig skade av fosteret. I møte med svangerskap med placentasvikt trenger vi gode verktøy for diagnostisering, monitorering og planlegging av forløsning.

Dyrestudier har vist at binyrenes blodgjennomstrømning øker betraktelig ved placentasvikt. Blodstrømsmålinger ved hjelp av Doppler står sentralt i diagnostikken og monitoreringen av veksthemmede fostre. Ratioer som kombinerer blodstrømsmålinger fra forskjellige kar kan øke presisjonen av slike Doppler-undersøkelser. Vi ønsker i denne studien å konstruere en ratio som kombinerer

blodstrømsmålinger i umbilikalarteriene (AU), i a. cerebri media (ACM) og i a. adrenalis inferior (AAI) og kartlegge hvordan denne fordeler seg i svangerskapet hos en lavrisikopopulasjon.

Studien er en prospektiv longitudinell observasjonsstudie utført ved Stavanger Universitetssjuehus. Vi har inkludert 145 kvinner med et lavrisikosvangerskap. Kvinnene ble fulgt med ultralyd fra uke 19 og frem til fødsel. Alle kvinnene ble undersøkt mellom 1-6 ganger, og for hver undersøkelse ble det registrert PI i AU, ACM og AAI. For å måle PI i AAI brukte vi en metode nylig utviklet av vår forskningsgruppe. Referanseverdier ble laget med kvantil regresjon for svangerskapets siste halvdel. Vi konstruerte en Umbiliko-cerebro-adrenal-ratio (UCAR) for å se på forholdet mellom karene.

Vi håper at blodstrømsmålinger i binyrenes kar kan forbedre diagnostisering og monitorering av placentasvikt. Ved å kartlegge normalverdier for blodstrømsmålinger i binyrene, og ved å konstruere ratioer hvor man sammenligner binyrene med andre føtale kar, muliggjør vi videre forskning på binyrekarenes rolle i placentasvikt. Vår forskningsgruppe er godt i gang med å undersøke fostre med placentasvikt, og vi håper at vi snart kan presentere data på dette arbeidet.

Human Embryonic Development

Effects of Physical Activity and Sleep in Physiological Pregnancies

Alexander Vietheer

Thesis for the degree of Philosophiae Doctor (PhD)
University of Bergen, Norway
2024

UNIVERSITY OF BERGEN



Beste Phd 2024 til Alexander Vietheer

De siste 20–30 årene med forskning har vist den store betydningen fosterutviklingen har for menneskers fremtidige helse og sykdomsrisiko. Det finnes solid dokumentasjon for viktigheten av sunn ernæring og fysisk aktivitet i svangerskapet. Verdens Helseorganisasjon og andre fagmiljøer har her utarbeidet konkrete anbefalinger.

Til tross for søvnens velkjente betydning for både kropp og hjerne, har det vært lite fokus på søvnens rolle før og i tidlig svangerskap. Mange anbefalinger er kun basert på undersøkelser sent i svangerskapet eller etter fødselen. Mekanismene bak observasjonene er ofte ukjente og forskningen tar sjelden hensyn til hvordan miljøfaktorer kan påvirke gutter og jenter ulikt. Plommesekken, som finnes i varierende form hos nesten alle skapninger, er nødvendig for å overføre næringsstoffer, produsere viktige proteiner og danne de første blod- og immunforsvarscellene til embryoet. Ved maskin-monitorering av både aktivitets- og søvnmengde hos

friske kvinner som planla å bli gravide, har Alexander Vietheer og hans gruppe kunnet vise at både den daglige mengden fysisk aktivitet og/eller søvn hos mor påvirker embryonalutviklingen (plommesekkens og embryoets størrelse).

Effektene var også forskjellige mellom kjønnene, og det kunne til og med være motsatt effekt ved visse tidspunkter. En antar at disse effektene er resultater av naturlige reguleringsmekanismer, basert på at observasjonene ble gjort på friske kvinner med ukompliserte svangerskap og friske barn. Med tanke på plommesekkens viktige rolle kan slike mekanismer ha betydning for barnets fremtidige helse, spesielt ved mer ekstreme former for både søvn- og aktivitetsvaner, som for eksempel hyppig nattarbeid. For fremtidig forskning og medisinsk utvikling er det viktig å ta hensyn til at noen effekter er usynlige om man ikke undersøker tidlig eller hyppig nok, spesielt hvis man ikke tar høyde for kjønnsforskjeller.



AOGS posterpris 2024 til Borghild Farsund

Borghild Farsund er nyutdannet lege ved NTNU og skrev sin hovedoppgave om «Amming og utvikling av overvekt/fedme og astma hos barn», veiledet av Melanie Rae Simpson, førsteamanuensis i forskergruppen «Kvinnehelse og PCOS» ledet av professor Eszter Vanky.

Siden 80-tallet har et stort antall publikasjoner vist at kvinner som ammer mye og lenge har en bedre metabolsk langtidshelse sammenlignet med kvinner som ikke ammer eller ammer kort tid. Denne *assosiasjonen* er ofte blitt fortolket som en *kausaltitet*, og at kvinnen kan påvirke sin langtidshelse ved å amme lenge/mye. Vår forskergruppe har tidligere vist, basert på HUNT-materiale, at kvinner som ammer lenge/mye og har god langtids helse er også de som *før graviditeten* hadde best helse målt som BMI, midjemål, blodtrykk, kolesterol, insulinnivåer og serum glukose(1). De positive effektene som man har sett hos kvinner som ammet mye ble tilskrevet brystmelken, men som i selve verket er et uttrykk for god metabolsk helse før graviditet, noe som både påvirker melkeproduksjonen og gir god metabolsk helse hos mor senere i livet. Det kalles «reverse causality».

Borghild Farsund studerer hvordan lengde på amming påvirker overvekt/fedme og astma hos barn. Det er over 45000 kvinne-barn par fra MoBa studien som inngår i materialet. Barna ble fulgt opp til 7-årsalderen. Vår hypotese er at det er mors pregravid metabolske helse som er avgjørende for om barn utvikler overvekt/fedme og astma, og at hvor lenge mor ammer er et indirekte tegn på mors metabolske helse.

Borghild brukte tre modeller; «crude analyses» der man sammenholdt amming med overvekt/fedme og astma hos barn (uten justering), Modell 1 der man justerte for faktorer (confoundere) som tidligere studier også gjorde; mors alder, røyking, sosio-økonomisk status paritet og barnets fødselsvekt, og Modell 2 der hun i tillegg justerte for mors metabolske helse, så som BMI, blodtrykk, diabetes, preeklampsi, hyperkolesterolemi.

Artikkelen er under revisjon. Vi kommer gjerne tilbake med de endelige resultatene når artikkelen er publisert.

1. Velle-Forbord V et al. Breastfeeding and long-term maternal metabolic health in the HUNT Study: a longitudinal population-based cohort study. BJOG 2019



Publikumsprisen for beste poster 2024 til Tina Tellum

Tina Tellum og hennes team ved Oslo Universitetssykehus, Jenny Alvirovic og Guri Majak, vant publikumsprisen på årsmøtet for sin poster om Accessory cavitated uterine malformation (ACUM) – en sjelden, medfødt tilstand som ofte blir misforstått og oversett. Posterens lekne uttrykk fanget oppmerksomheten, og temaet viste hvor viktig det er å øke kunnskapen rundt ACUM blant gynekologer.

«Da vi sendte inn abstraktet, hadde vi håpet å kunne vise ultralydbilder og operasjonsvideoer av kasuistikker, i tillegg til dataene fra en omfattende scoping review. Når vi fikk det akseptert som poster, måtte vi tenke nytt og valgte et litt mindre strengt visuelt uttrykk som skilte seg ut,» sier Tina Tellum. «Det var gøy å få publikumsprisen som bekrefter at konseptet fungerte!».

Studien presenterer tre tilfeller av ACUM, der kvinnene hadde forskjellige symptomer og ble diagnostisert i alderen 16 til 39

år. To av kvinnene ble behandlet med kirurgi, mens én ble fulgt opp gjennom en graviditet uten operasjon. I tillegg gjennomgikk forskerne en systematisk litteraturgjennomgang og fant 115 tilfeller som oppfylte kriteriene for ACUM (artikkelen finner du her: doi: 10.1111/aogs.14801). Typiske symptomer inkluderer sterke menstruasjonsmerter kort tid etter menarke. Diagnosen kan stilles ved ultralyd, der ACUM fremstår som en kaviter lesjon omgitt av myometriell mantel, i nærhet til livmores anterolaterale vegg. ACUM blir ofte forvekslet med myomer, andre misdannelser eller adenomyose.

«Vi ville gjøre ACUM kjent for norske gynekologer og håper at posteren bidro til å forbedre diagnostikk og behandling, slik at færre kvinner opplever unødvendige forsinkelser i sin behandling.»

Utrogestan®

(mikronisert progesteron)

– til forebygging av gjentatte spontanaborter*

NY INDIKASJON
OG STYRKE



400 mg x 2
dagligt i behandlingsperioden

Referanse: Utrogestan SPC 400 mg, 01.11.2023.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon

- **Kontraindikasjoner:** Gulsott, alvorlig nedsatt leverfunksjon, udiagnostisert vaginalblødning, karsinom i bryst-eller kjønnsorganer, tromboflebitt, tromboemboliske sykdommer, cerebral blødning, porfyri, allergi mot nøtter/soya.

Advarsler og forsiktighetsregler:

- Fullstendig medisinsk undersøkelse foretas før oppstart og regelmessig under behandling.

Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 400 mg

Indikasjon: Til forebygging av spontanabort hos kvinner som får blødning i første trimester av svangerskapet og som tidligere har opplevd spontanabort.

- Skal kun brukes ved truende spontanabort i første trimester og opptil 16. svangerskapsuke og skal kun administreres vaginalt.
- Ikke egnet som prevensjonsmiddel.
- Seponeres ved "misted abortion".

Bivirkninger: Kløe, vaginal blødning og utflod kan forekomme. **For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan SPC 400 mg, 01.11.2023.**

Dosering: 400 mg to ganger daglig (morgen og kveld). Behandlingen bør igangsettes i første trimester av svangerskapet, ved første tegn på vaginalblødning, og bør fortsette til 16. svangerskapsuke. **Pakninger og priser (AUP):** Vaginalkapsler 15 stk.: kr 259,50. Reseptgruppe C.

Gynekologen anbefaler litteratur med (varierende grad av) faglig relevans

Denne bokanmeldelsen ble først publisert i tidsskriftet Michael, *Michael 2024; 21: 358–359 doi:10.5617/michael.11672*. Republisert med tillatelse.

Denne gangen: Livmora fortener si eiga bok

Livmora
Leah Hazard
Oslo: Gyldendal, 2024 332 s.
ISBN 978820555464



I motsetnad til organ som hjarte og lever som vi ikkje kan leva utan, så kan ein fint leva utan livmor, men sjølv menneskeheita kan ikkje leva utan ho. Og det er vel ein grunn til at livmora er eit av dei meir politisk kontrollerte organa i verdshistoria. Fertiliteten er trass alt grunnlaget for sjølv livet. Det har vore lite kontroll på sæden, men kvinna sin fertilitet og den gravide kvinna er framleis lagt under kontroll på ein eller annan måte i dei fleste land.



Mette Løkeland-Stai
Ph.d. og overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus.

Forfattere Leah Hazard er journalist frå Harvard, men etter sine eigne fødsler utdanna ho seg til jordmor, og jobbar no i National Health Service i Skottland. Frå før har ho skrive boka *Hard pushed: a midwife's story* og har vorte ein hyppig brukt kommentator om kvinnehelse i Storbritannia. Den norske undertittelen på boka er *Kvinnens kroppens spektakulære og mest misforståtte organ*, medan hennar eigen er *The inside story of where we all began*.

Innhaldet i boka bærer preg av at ho er jordmor. Ho skriv mest om reproduksjon og fødsel. Boka er ikkje skriva for fagfolk, men for kvinner flest, og vinkling og tema er difor også meir opne og spørjande, filosofiske og til dels kjenslesentrerte enn medisinen som regel er. Der har vi sikkert noko å lære av di pasientane gjerne har fleire og andre viktige tankar og ønskemål enn berre harde endepunkt. Det dukkar opp kuriosa som til dømes ein studie som viste at kvinner som vart hysterektomerte, var dårlegare på å orientere seg i omgivnadane. Om det er reproduserbart, vil no visa seg.

Kapitla i boka er inndelt i livmora som organ, mens, befrukting, svangerskap, samantrekningar, fødsel, dødfødsel, keisarsnitt, post-

partum, helse, menopause og hysterektomi. Boka avsluttar med kapitla reprocid og framtida. Mitt favorittkapittel er det om *reprocid*. Det er eit nyord for systematisk reproduktiv undertrykking, som til dømes tvangssterilisering. Mykje kjende eg jo frå før, men det er godt å verta minna om korleis vi som helsepersonell kan vera overgripingar både uvitande og med meir overlegg. Mange framsteg i medisinsk historie har vorte til gjennom overgrep. Som til dømes dr. James Marion Sims (1813–1883) utvikling av spekulum og operasjonsprosedyrar på kvinner i slaveri i USA. Han forsøkte rett nok å reparere dei og oppnådde ein varig plass i medisinsk historie, men som forfattere skriv: «(...) tankene og ønskene til Lucy, Anarcha, Betsey og de andre kvinnene hvis kroppar ble fikset og slådd under alles påsyn, ble aldri nedtegned» (s. 254).

Som gynekolog sakna eg mitt eige favorittmysterium i korleis livmorhalsen og sjølv livmorkroppen heng saman som om dei var eitt organ, men har to vidt ulike funksjonar. I graviditeten skal livmora vera mjuk, tøyeleg og voksa for å romme og verne graviditeten, medan livmorhalsen skal verta fastare og oppføre seg som knuten på ballongen, for å sikre at graviditeten ikkje kjem deisande ut før det er klart for fødsel. Når kroppen gir signal om fødsel, så skal livmorhalsen på ein måte viska ut seg sjølv ved å gå frå fire cm til null og opninga frå fire mm til ti cm slik at barnet kjem ut. Samtidig skal livmora trekke seg saman og skvise ut ungen(e). Det er djupt fascinerande og eitt av verdas mirakel.

Eg koste meg då eg las den. Livmora fortener si eiga bok.



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 egglosningsproblemer. Vi har fornøyde pasienter og svært gode suksesserater. 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 embryoovervåking
- RI-Witness elektronisk sporingsystem



Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (AOGS) is looking for a new Associate Editor (AE)

A Norwegian AE is needed for AOGS. The position of AE is initially for 4 years with the possibility of extension up to a further 4 years and remunerated. The appointment will start at the beginning of 2025.

AOGS is one of the oldest journals in our specialty. In 2021, AOGS celebrated its centenary by transitioning to open access (OA) publishing. In recent years, the journal has undergone a series of changes to improve its quality, impact and visibility. Its current impact factor is 4.3. It has a distinguished international editorial staff and a worldwide distribution and readership.

We are looking for an enthusiastic, well-motivated obstetrician and gynecologist with scientific, academic and clinical credentials.

The qualifications required are:

1. Specialist training in obstetrics and gynecology.
2. Doctoral degree or equivalent degree in the field of medicine or biomedical science.
3. Communication skills and knowledge of written English.

If you yourself are interested or know of a suitable candidate, please contact the NGF office as soon as possible at leiar.ngf@gmail.com.

For more information contact

Susana Benedet

Editorial Office AOGS Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, Gothenburg, Sweden
susana.benedet@gu.se



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

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

The interplay of body mass index, gestational weight gain, and birthweight over 3800 g in vaginal breech birth: A retrospective study

Henriette Tautenhahn, Anne Dathan-Stumpf, Noura Kabbani, Holger Stepan, Massimiliano Lia
First published: 09 November 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.15002>

Introduction

Optimal counseling of women for vaginal breech birth requires consideration of both established and emerging risk factors for adverse perinatal outcomes. Currently, rising prevalences of maternal obesity and impaired glucose tolerance challenge obstetric care. We aimed to investigate the effects of these parameters on the outcome of vaginal breech birth to improve counseling practices.

Material and Methods

A total of 361 women (without previous vaginal births) attending vaginal birth of a singleton fetus in breech presentation between 01/2015 and 11/2021 were included in this retrospective single-center study. Data were derived from the hospital data base. We analyzed the effect of the maternal body mass index (BMI) at birth (compared to pre-pregnancy BMI), excessive weight gain, gestational diabetes, and neonatal birthweight on obstetrical and neonatal short-term outcomes (intrapartum cesarean delivery, performance of obstetric maneuvers (Løvset-, Bracht-, Veit-Smellie maneuver and Bickenbach's arm delivery), admission to the neonatal unit, Apgar score after 5 minutes <7, and arterial cord pH-value <7.10). Multivariable logistic regression was used for analysis and adjustment of variables.

Results

Overall, 246 women (68.1%) had a successful vaginal birth. Intrapartum cesarean delivery ($n = 115/361$; 31.9%) was independently associated with maternal BMI at birth ($p = 0.0283$, aOR = 1.87 (1.19–3.97)) if birthweight was ≥ 3800 g. The rate of intrapartum cesarean delivery was also higher in women with gestational diabetes ($p = 0.0030$, aOR = 10.83 (2.41–60.84)). A significantly higher risk of neonatal acidosis (arterial pH-value <7.10) was observed in women with BMI at birth ≥ 30 kg/m² ($p = 0.0345$, aOR = 1.84 (1.04–3.22)) without affecting other outcomes. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and BMI-gain did not significantly affect the obstetrical and neonatal birth outcomes.

Conclusions

When neonatal birthweight is ≥ 3800 g, maternal BMI at birth ($p = 0.0283$; aOR = 1.87 (1.19–3.97)) is independently associated with the rate of intrapartum cesarean delivery. However, pre-pregnancy BMI and BMI-gain during pregnancy were not associated with the need for intrapartum cesarean delivery or other adverse outcomes. Consequently, BMI at the time of birth could be more informative than pre-pregnancy BMI and may improve counseling of women attempting vaginal breech birth.

Perinatal and neonatal outcomes in gestational diabetes: The importance of the number of abnormal values in an oral glucose tolerance test

Sanna Eteläinen, Elina Keikkala, Shilpa Lingaiah, Matti Viljakainen, Tuija Männistö, Anneli Pouta, Risto Kaaja, Johan G. Eriksson, Hannele Laivuori, Mika Gissler, Eero Kajantie, Marja Väärasmäki
First published: 30 October 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.14999>

Introduction

Gestational diabetes mellitus (GDM) is defined by one or more abnormal values in an oral glucose tolerance test (OGTT). The significance/importance of the number of abnormal values in relation to adverse perinatal and neonatal outcomes is unclear. We assessed the association of these outcomes with the number of abnormal glucose values in a 2-h 75 g OGTT in a large register-based cohort.

Material and Methods

This sub-study of the Finnish Gestational Diabetes Study was based on the Finnish Medical Birth Register 2009 supplemented with OGTT laboratory data of 4869 pregnant women from six Finnish hospitals. The diagnostic cut-offs in OGTT according to the Finnish guidelines for plasma samples were ≥ 5.3 mmol/L (fasting), ≥ 10.0 mmol/L 1 h or ≥ 8.6 mmol/L 2 h after the glucose load. As per the guidelines, women with one or several abnormal OGTT values received diet and lifestyle counseling in the primary care, self-monitored their glucose values and received pharmacological therapy as needed. Women with GDM were categorized according to the number of abnormal glucose values. The primary outcomes, composites of adverse perinatal (pre-eclampsia, preterm delivery, macrosomia or primary cesarean section) and neonatal outcomes (birth trauma, neonatal hypoglycemia, hyperbilirubinemia or stillbirth/perinatal mortality), were analyzed by logistic regression adjusted for maternal age, pre-pregnancy body mass index, parity, socio-economic status and smoking.

Results

Of all the women, 877 (18.0%) had one, 278 (5.7%) two and 79 (1.6%) three abnormal OGTT values, while 3635 (74.7%) women were normoglycemic. Women with at least two abnormal OGTT values had higher proportions of adverse perinatal composite (35.0% vs. 27.5%, adjusted odds ratio 1.36; 95% confidence interval 1.03–1.81) and neonatal composite outcomes (31.1% vs. 18.9%, adjusted odds ratio 1.88; 95% confidence interval 1.40–2.52) compared to women with one abnormal value. The risks of delivery induction and neonatal hypoglycemia were increased regardless of the number of abnormal values when compared with normoglycemic women.

Conclusions

The risk of adverse perinatal and neonatal outcomes is significantly higher in women with two or more abnormal OGTT values than in those with one abnormal value.

Cardiovascular disease in pregnancy: Prevalence and obstetric outcomes in a Swedish population-based cohort study between 2000 and 2019

Teresia Svanvik, Rema Ramakrishnan, Martin Svensson, Henrik Albrektsson, Carmen Basic, Zacharias Mandalenakis, Annika Rosengren, Maria Schaufelberger, Erik Thunström, Marian Knight
First published: 24 October 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.14972>

Introduction

The prevalence of cardiovascular disease during pregnancy (cardiovascular disease diagnosed before, during or up to 6 months after childbirth) and the risk of adverse outcomes associated with it have not been previously described in Sweden. This study examined trends in prevalence of cardiovascular disease and its association with maternal and perinatal outcomes, overall and by timing of diagnosis in relation to pregnancy.

Material and Methods

This population-based observational retrospective cohort study consisted of women aged 15–49 years who were registered in the Swedish Medical Birth Register 2000–2019. Prevalence was defined as annual diagnosis of cardiovascular disease per pregnant woman as numerator and all pregnant women per year as denominator. Adverse maternal and perinatal outcomes were analyzed using time-dependent Cox regression and Poisson regression models. Outcomes were obtained during and after childbirth up to 1 year postpartum, depending on the outcome.

Results

There were 2069 107 births to 1 186 137 women (911 101 primiparous). The prevalence of cardiovascular disease among pregnant women in Sweden during 2000–2019 increased from 0.31% to 1.34%, for non-congenital cardiovascular disease, this was primarily driven by arrhythmia (0.11%–0.58%). Primiparous women with cardiovascular disease had a higher risk of eclampsia over-all (aHR 4.50, 95% CI 2.01–10.05) and when diagnosed during pregnancy (aHR 3.22, 95% CI 1.21–8.61); admission to psychiatric ward overall (aHR 2.51, 95% CI 1.30–4.83), and when diagnosed during pregnancy (aHR 2.54, 95% CI 1.21–5.34); and one-year mortality when diagnosed before pregnancy (aHR 1.67, 95% CI 1.16–2.42) and when diagnosed postpartum (aHR 6.59, 95% CI 3.38–12.84), compared to those without cardiovascular disease. Children born to women with cardiovascular disease diagnosed both overall and in relation to timing of diagnosis had an increased risk of being born preterm and small for gestational age.

Conclusions

Cardiovascular disease prevalence among pregnant women in Sweden increased during 2000–2019, primarily driven by arrhythmias. In primiparous women, the timing of diagnosis of cardiovascular disease is important for maternal and perinatal outcomes, including when diagnosed postpartum. This calls for awareness among all staff when planning pregnancy and monitoring women with cardiovascular disease throughout pregnancy and in the postpartum period.

A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of melatonin as an adjuvant agent for induction of labor: The MILO trial

Diane Quach, Ben W. Mol, Jamie Springer, Erin Tully, Chloe Higgins, Madeleine Jones, David Hennes, Yen Pham, Kamala Swarnamani, Kirsten Palmer, Miranda Davies-Tuck
First published: 24 October 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.14951>

Introduction

Melatonin has been suggested to have a biological role in the onset and progress of labor. We tested the hypothesis that the addition of melatonin during an induction of labor will reduce the need for a cesarean birth.

Material and Methods

This trial underwent protocol amendments that are detailed in the main text of the article. This trial is registered with the Australian and New Zealand Clinical Trials Registry (AC-TRN12616000311459). At a multi-center health service including secondary and tertiary obstetric hospitals, we performed a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in women with a singleton cephalic pregnancy, free of significant maternal or perinatal complications who were undergoing induction of labor (with or without cervical ripening). Women were randomized to 10 mg melatonin vs placebo, with cervical ripening as required, and then 6-h during their induction of labor to a maximum of four doses or until birth. The primary outcome was cesarean birth. Secondary outcomes included labor, maternal, and neonatal outcomes. Data were analyzed using intention to treat. Sub-group analyses based on mode of ripening and parity were also performed.

Results

Between 2019 and 2021 we randomized 189 women (103 to melatonin and 86 to placebo). The study was prematurely terminated due to logistical complications resulting from the COVID-19 pandemic. Cesarean rates were 28/103 (27.2%) in the melatonin group versus 20/84 (23.3%) in the placebo group (RR 1.17 95% CI 0.71–1.92). There were no significant differences in rate of cesarean birth between the melatonin and placebo groups for failure to progress (13.4% and 9.3%, respectively, RR 1.46; 95% CI 0.64–3.32) or suspected fetal distress (10.7% and 10.5%, respectively, RR 1.02; 95% CI 0.44–2.34). The melatonin group had significantly lower rates of spontaneous vaginal birth within 24 h (35.0% vs. 50.0%; RR 0.70 95% CI 0.50–0.98). The rates of secondary outcomes such as total length of labor, rate of postpartum hemorrhage, and instrumental birth were comparable. Babies born in the melatonin group were more likely to need admission to the special care nursery, namely for hypoglycemic monitoring (18.5% vs. 8.1% RR 2.26; 95% CI 1.00–5.10).

Conclusions

In women undergoing induction of labor, melatonin does not reduce the cesarean section rate. Melatonin use intrapartum may also be associated with neonatal hypoglycemia.

Associations of maternal sedentary behavior and physical activity levels in early to mid-pregnancy with infant outcomes: A cohort study

Emelie Lindberger, Fredrik Ahlsson, Henrik Johansson, Tryfonas Pitsillos, Inger Sundström Poromaa, Anna Wikman, Anna-Karin Wikström
First published: 21 October 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.14983>

Introduction

Physical activity during pregnancy is beneficial for the woman and the fetus. However, non-objective methods are often used to measure physical activity levels during pregnancy. This study aimed to evaluate objectively measured maternal early to mid-pregnancy sedentary behavior and physical activity in relation to infant well-being.

Material and Methods

This cohort study included 1153 pregnant women and was performed at Uppsala University Hospital, Uppsala, Sweden, between 2016 and 2023. Sedentary behavior and physical activity levels were measured by accelerometers during 4–7 days in early to mid-pregnancy. Outcome measures were infant birthweight standard deviation score, small-for-gestational-age, large-for-gestational-age, preterm birth (<37 weeks' gestation), spontaneous preterm birth, iatrogenic preterm birth, Apgar <7 at 5 min of age, umbilical artery pH ≤ 7.05 , and admission to the neonatal intensive care unit (NICU).

Results

There were no associations of sedentary behavior and physical activity levels with infant birthweight standard deviation score, small-for-gestational-age, or large-for-gestational-age. After adjustment for BMI, age, smoking, parity, maternal country of birth, and a composite of pre-pregnancy disease, the most sedentary women had higher odds of preterm birth (adjusted odds ratio (AOR) 2.47, 95% confidence interval (CI) 1.17–5.24, $p=0.018$), and NICU admission (AOR 1.93, CI 1.11–3.37, $p=0.021$) than the least sedentary women. The most physically active women had lower adjusted odds for NICU admission (AOR 0.45, CI 0.26–0.80, $p=0.006$) than the least physically active women.

Conclusions

Objectively measured levels of sedentary behavior and physical activity in early to mid-pregnancy were not associated with standardized infant birth size. Sedentary behavior was associated with an increased likelihood of preterm birth and NICU admission, while high level of physical activity was associated with a decreased likelihood of admission to NICU.

Reproductive outcomes after antenatal corticosteroids: Secondary analysis of 50-year follow-up of the Auckland steroid randomized trial

Sophie L. St Clair, Anthony G. B. Walters, Caroline A. Crowther, Stuart R. Dalziel, Carl Eagleton, Gregory D. Gamble, Christopher J. D. McKinlay, Barry J. Milne, Jane E. Harding, for the ANCHOR Study Group
First published: 04 October 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.14984>

Introduction

Antenatal corticosteroids are widely used to prevent morbidity and mortality after preterm birth, but there are ongoing concerns about the possible risk of long-term adverse effects, including perturbation of endocrine systems, with potential implications for reproduction. A small number of animal studies have suggested possible adverse effects on reproduction after antenatal exposure to corticosteroids, but there is a paucity of human data.

Material and Methods

This is a secondary cohort analysis of the 50-year follow-up of the Auckland Steroid Trial (1969–1974) comparing antenatal exposure to corticosteroids or placebo. Participants whose mothers took part in the placebo-controlled randomized trial of antenatal corticosteroids completed a questionnaire reporting reproductive outcomes at 50 years of age. The main outcome was at least one pregnancy ≥ 20 weeks or fathered at least one pregnancy ≥ 20 weeks. Additional outcomes included a number of pregnancies or fathered pregnancies ≥ 20 weeks, outcomes relating to female reproductive lifespan (including age at menarche and menopause), and outcomes relating to their offspring (including birthweight and gestation).

Results

Of 917 eligible participants, 415 (45% of eligible) completed the questionnaire at a mean (SD) age of 49.3 (1.0) years. The proportion of participants who had experienced at least one pregnancy ≥ 20 weeks or fathered at least one pregnancy ≥ 20 weeks was similar in betamethasone and placebo-exposed groups (163/217 [75%] vs. 136/190 [72%]; RR 1.08, (95% CI 0.95 to 1.22); $p=0.23$). Participants exposed to betamethasone had a slightly higher number of pregnancies or fathered pregnancies ≥ 20 weeks compared to those exposed to placebo (mean 1.89 vs. 1.60; marginal mean difference 0.20, (95% CI 0.03–0.37); $p=0.03$). Other outcomes, including female reproductive lifespan and offspring-related outcomes, were similar in both randomized groups. There were also no differences in any outcomes between those born preterm and those born at term.

Conclusions

Antenatal exposure to corticosteroids appears to have no clinically important effect on reproductive outcomes to 50 years.

Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies

Laura Katrina Fraser, Naomi Cano-Ibáñez, Carmen Amezcua-Prieto, Khalid Saeed Khan, Ronald F. Lamont, Jan Stener Jørgensen
 First published: 15 September 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.14962>

Introduction

Obstetric violence, or mistreatment of women in obstetric care, can have severe consequences such as fear of future childbirth, post-traumatic stress disorder, and depression.

Material and Methods

The primary objective was to estimate the prevalence of obstetric violence in high-income countries. The secondary objective was to extract the main domains of obstetric violence perceived by women from qualitative studies. Following prospective registration (PROSPERO CRD42023468570), PubMed, Web of Science, Scopus, CINAHL, Embase, and Cochrane Library were searched with no restrictions. Included studies were cross-sectional, cohort, mixed methods, and qualitative studies based on populations from high-income countries. The review was conducted by two independent reviewers. Risk of bias was assessed. Rates of obstetric violence were pooled using random effects model, computing 95% confidence intervals (CI) and assessing heterogeneity using I² statistic. Funnel plots and Egger's test were used to detect potential reporting biases and small-study effects.

Results

Of the 1821 records screened, 25 studies were included: 14 quantitative and 2 mixed methods studies, comprising 60987 women, and 9 qualitative studies were included, comprising an additional 4356 women. 81.25% of quantitative studies, including the quantitative component of the mixed methods studies, were considered satisfactory or better regarding risk of bias. The prevalence of obstetric violence was overall 45.3% (95% CI 27.5–63.0; I²=100.0%). The prevalence of specific forms of mistreatment was also estimated. Lack of access to analgesia was 17.3% (95% CI 6.9–27.7; I²=99.7%). Ignored requests for help was 19.2% (95% CI 11.7–26.6; I²=99.0%). Shouting and scolding 19.7% (95% CI 13.0–26.4; I²=98.7%). The use of fundal pressure during the second stage of labor (Kristeller maneuver) was 30.3% (95% CI 22.1–38.5; I²=97.6%). There was no funnel asymmetry. Lack of information and/or consent were the most frequent domains extracted from the qualitative articles and the qualitative component of the mixed methods studies.

Conclusions

The results demonstrate that obstetric violence is a prevalent problem that women in high-income countries experience. Lack of information and/or consent were the domains most frequently described in the qualitative studies and the qualitative component of the mixed methods studies.

Large language models to facilitate pregnancy prediction after in vitro fertilization

Ping Cao, Ganesh Acharya, Andres Salumets, Masoud Zamani Esteki
 First published: 28 October 2024
<https://doi.org/10.1111/aogs.14989>

We evaluated the efficacy of large language models (LLMs), specifically, generative pre-trained transformer-4 (GPT-4), in predicting pregnancy following in vitro fertilization (IVF) treatment and compared its accuracy with results from an original published study. Our findings revealed that GPT-4 can autonomously develop and refine advanced machine learning models for pregnancy prediction with minimal human intervention. The prediction accuracy was 0.79, and the area under the receiver operating characteristic curve (AUROC) was 0.89, exceeding or being at least equivalent to the metrics reported in the original study, that is, 0.78 for accuracy and 0.87 for AUROC. The results suggest that LLMs can facilitate data processing, optimize machine learning models in predicting IVF success rates, and provide data interpretation methods. This capacity can help bridge the knowledge gap between data scientists and medical personnel to solve the most pressing clinical challenges. However, more experiments on diverse and larger datasets are needed to validate and promote broader applications of LLMs in assisted reproduction.

NO-FCM-2400004 202411

**CHECK ID.
 CONSIDER IV.
 DOSE
 CORRECTLY.
 REPEAT.¹⁻⁴**

Ferinject (jern(III)karboksylmaltose)

Jernpreparat. ATC-nr.: B03AC. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. **INFUSJONS-INJEKSJONSVEKKE, dispersjon 50 mg/ml.**
Indikasjoner: Behandling av jernmangel når orale jernpreparater er uten virkning, ikke kan brukes eller det er klinisk behov for hurtig tilførsel av jern. Diagnosen jernmangel må baseres på laboratorieprøver. **Dosering:** Pasienten skal overvåkes nøye for tegn og symptomer på overfølsomhetsreaksjoner under og etter hver administrering. Skal kun administreres når personell som er opplært i å vurdere og behandle anafylaktiske reaksjoner er i umiddelbar nærhet, og når komplett gjenopplivingsutstyr er tilgjengelig. Pasienten bør observeres for bivirkninger i minst 30 minutter etter injeksjon. **Trinn 1: Bestemmelse av jernbehov:** Bestemmes på bakgrunn av pasientens kroppsvekt og hemoglobinnivå (Hb) iht. tabell 1 i SPC. **Trinn 2: Beregning og administrering av maks. individuell(e) jerdose(r):** Voksne og ungdom fra 14 år: En enkelt dose skal ikke overskride: -15 mg jern/kg kroppsvekt (ved i.v. injeksjon) eller 20 mg jern/kg kroppsvekt (ved i.v. infusjon). -1000 mg jern (20 ml Ferinject) eller 200 mg jern hos pasienter med hemodialyseavhengig kronisk nyresykdom. Ikke studert hos barn <14 år med hemodialyseavhengig kronisk nyresykdom, og bruk anbefales derfor ikke. **Tilberedning/Håndtering:** Skal kun fortynnes ved i.v. infusjon, se Administrering. Skal ikke fortynnes ved bolusinjeksjon og dialyse. Bruk bare hetteglass uten bunnfall, og med homogen dispersjon. Hvert hetteglass er kun ment for engangsbruk. Ved fortynning skal det ikke brukes andre typer intravenøse fortynningsoppløsninger eller terapeutiske stoffer enn steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning, da dette kan føre til utfelling og/eller interaksjon. Kompatibiliteten med beholdere laget av annet enn polypropylen, polyetylen og glass er ukjent. **Administrering:** Skal kun administreres i.v. ved uførtynnet bolusinjeksjon eller uførtynnet under en hemodialysesesekvens gjennom dialysatoren, eller fortynnet ved infusjon. Skal ikke administreres s.c. eller i.m. **I.v. injeksjon:** Opptil 1000 mg jern (opptil maks. 15 mg/kg kroppsvekt hos voksne og ungdom i alderen 14 år og eldre) kan administreres via i.v. injeksjon av uførtynnet dispersjon iht. tabell 2 i SPC. Hos barn i alderen 1 til 13 år er den maksimale enkelt dosen 15 mg jern/kg kroppsvekt, men 750 mg jern må ikke overskrides. **I.v. infusjon:** Kan administreres fortynnet via i.v. infusjon opptil en maks. engangsdose på 1000 mg jern (opptil maks. 20 mg/kg kroppsvekt hos voksne og ungdom i alderen 14 år og eldre). Hos barn i alderen 1 til 13 år er den maksimale enkelt dosen 15 mg jern/kg kroppsvekt, men 750 mg jern må ikke overskrides. Ferinject må kun fortynnes i steril 9 mg/ml natriumkloridoppløsning iht. tabell 3 i SPC. Av stabilitetsårsaker skal ikke Ferinject fortynnes til konsentrasjoner <2 mg jern/ml (ikke inkl. volumet til jernkarboksylmaltose-dispersjon). **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Kjent alvorlig overfølsomhet for andre parenterale jernpreparater. Anemi som ikke er knyttet til jernmangel, f.eks. annen mikrocytisk anemi. Tegn på jernoverskudd eller forstyrrelser i utnyttelsen av jern. **Forsiktighetsregler: Overfølsomhetsreaksjoner:** Kan gi overfølsomhetsreaksjoner, inkl. alvorlige og potensielt dødelige anafylaktiske reaksjoner. Overfølsomhetsreaksjoner etter tidligere bivirkningfrie doser av parenterale jernkomplekser er også rapportert. Det er sett overfølsomhetsreaksjoner som har utviklet seg til Kounis syndrom (akutt allergisk koronar arteriespasme som kan resultere i hjerteinfarkt). Risikoen er økt ved kjent allergi, inkl. legemiddelallergi, herunder tidligere alvorlig astma, eksem eller annen atopisk allergi. Pasienter med immunitets- eller inflammatoriske tilstander (f.eks. systemisk lupus erythematosus, revmatoid artritt) har også økt risiko for overfølsomhetsreaksjoner. Ferinject skal kun administreres når personell som er opplært i å vurdere og behandle anafylaktiske reaksjoner er i umiddelbar nærhet, og når komplett gjenopplivingsutstyr er tilgjengelig. Pasienten bør observeres for bivirkninger i minst 30 minutter etter hver administrering. Behandlingen må stoppes umiddelbart ved overfølsomhetsreaksjoner eller tegn på intoleranse under administreringen. Utstyr for hjerte-/åndedretts-gjenopplivning og utstyr for håndtering av akutte anafylaktiske reaksjoner skal være tilgjengelig, inkl. en injiserbar 1:1000-adrenalinoppløsning. Ytterligere behandling med antihistaminer og/eller kortikosteroider skal gis ved behov. **Hypofosfatemisk osteomalasi:** Symptomatisk hypofosfatemi som fører til osteomalasi og benbrudd som krever kliniske inngrep (inkl. kirurgi) har blitt rapportert. Pasienter bør oppsøke legehjelp hvis de opplever forverring av utmattelse (fatigue) med myalgi eller smerter i skjelett. Fosfat i serum skal overvåkes hos pasienter som får administrert flere høye doser eller langvarig behandling, og hos pasienter som har eksisterende risikofaktorer for hypofosfatemi. I tilfeller av vedvarende hypofosfatemi skal behandling med jern(III)karboksylmaltose revurderes. **Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Ved funksjonsforstyrrelse i leveren skal parenteralt jern kun administreres etter en grundig nytte-/risikovurdering. Parenteralt jernadministrering skal unngås hos pasienter med hepatisk funksjonsforstyrrelse der jernoverskudd er en utløsende faktor, spesielt ved porphyria cutanea tarda (PCT). Grundig overvåkning av jernstatus anbefales for å unngå jernoverskudd. Sikkerhetsdata er ikke tilgjengelig for hemodialyseavhengige kroniske nyrepasienter som får enkelt doser >200 mg jern. **Infeksjon:** Parenteralt jern må brukes med forsiktighet ved akutt eller kronisk infeksjon, astma, eksem eller atopiske allergier. Det anbefales at administreringen avbrytes ved pågående bakteriemi. Ved kronisk infeksjon må det foretas en nytte-/risikovurdering, der undertrykking av erytropoese tas i betraktning. Ekstravasasjon: Det skal utvises forsiktighet for å unngå paravenøs lekkasje ved administrering. Paravenøs lekkasje kan gi hudirritasjon og potensiell langvarig brun misfarging på administreringsstedet. Ved paravenøs lekkasje må administreringen avbrytes øyeblikkelig. **Hjelpestoffer:** 1 ml uførtynnet Ferinject inneholder opptil 5,5 mg (0,24 mmol) natrium. Dette må tas i betraktning for pasienter på saltfattig diett. Administrer ikke 20 ml (1000 mg jern) som injeksjon eller infusjon mer enn 1 gang i uken. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no og se SPC. **Graviditet og amming:** **Graviditet:** Grundig nytte-/risikovurdering er påkrevd før bruk under graviditet, og preparatet skal ikke brukes under graviditet med mindre det er strengt nødvendig. Jernmangel som oppstår i løpet av 1. trimester kan i mange tilfeller behandles med oralt jern. Behandling med Ferinject bør begrenses til 2. og 3. trimester, hvis fordelene anses å oppveie potensiell risiko for både mor og foster. Føtal bradykardi kan oppstå etter administrering av parenterale jernpreparater. Det er vanligvis forbigående og en konsekvens av en overfølsomhetsreaksjon hos mor. Fosteret skal overvåkes nøye under i.v. administrering av parenterale jernpreparater hos gravide. **Amming:** Overgang i morsmelk er ubetydelig (<1%). Med grunnlag i begrenset informasjon fra ammende er det usannsynlig at preparatet utgjør en risiko for barnet som ammes. **Bivirkninger: Vanlige (>1/100 til <1/10):** Generelle: Reaksjoner på injeksjons-/infusjonsstedet. Kar: Rødming, hypertensjon. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypofosfatemi. De mest alvorlige ADR-ene er anafylaktiske reaksjoner (sjeldne); dødsfall har blitt rapportert. **Pakninger og priser (pr. 03.01.2024):** 10 ml (hettegl.) kr 1429,50. 20 ml (hettegl.) kr 2822,90. **Blå resept:** Nei. **Byttbar:** Nei. **Basert på SPC godkjent av SLV/JEMA:** 03.01.2024. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Vifor France, 100-101 Terrasse Boieldieu, Tour Franklin La Défense 8, 92042 Paris La Défense Cedex, Frankrike. **Kontakt (repr.):** Vifor Pharma Nordiska AB, Gustav III:s boulevard 46, 169 73 Solna, Sverige, e-post: info.nordic@viforpharma.com. **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no**

ved kjent allergi, inkl. legemiddelallergi, herunder tidligere alvorlig astma, eksem eller annen atopisk allergi. Pasienter med immunitets- eller inflammatoriske tilstander (f.eks. systemisk lupus erythematosus, revmatoid artritt) har også økt risiko for overfølsomhetsreaksjoner. Ferinject skal kun administreres når personell som er opplært i å vurdere og behandle anafylaktiske reaksjoner er i umiddelbar nærhet, og når komplett gjenopplivingsutstyr er tilgjengelig. Pasienten bør observeres for bivirkninger i minst 30 minutter etter hver administrering. Behandlingen må stoppes umiddelbart ved overfølsomhetsreaksjoner eller tegn på intoleranse under administreringen. Utstyr for hjerte-/åndedretts-gjenopplivning og utstyr for håndtering av akutte anafylaktiske reaksjoner skal være tilgjengelig, inkl. en injiserbar 1:1000-adrenalinoppløsning. Ytterligere behandling med antihistaminer og/eller kortikosteroider skal gis ved behov. **Hypofosfatemisk osteomalasi:** Symptomatisk hypofosfatemi som fører til osteomalasi og benbrudd som krever kliniske inngrep (inkl. kirurgi) har blitt rapportert. Pasienter bør oppsøke legehjelp hvis de opplever forverring av utmattelse (fatigue) med myalgi eller smerter i skjelett. Fosfat i serum skal overvåkes hos pasienter som får administrert flere høye doser eller langvarig behandling, og hos pasienter som har eksisterende risikofaktorer for hypofosfatemi. I tilfeller av vedvarende hypofosfatemi skal behandling med jern(III)karboksylmaltose revurderes. **Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Ved funksjonsforstyrrelse i leveren skal parenteralt jern kun administreres etter en grundig nytte-/risikovurdering. Parenteralt jernadministrering skal unngås hos pasienter med hepatisk funksjonsforstyrrelse der jernoverskudd er en utløsende faktor, spesielt ved porphyria cutanea tarda (PCT). Grundig overvåkning av jernstatus anbefales for å unngå jernoverskudd. Sikkerhetsdata er ikke tilgjengelig for hemodialyseavhengige kroniske nyrepasienter som får enkelt doser >200 mg jern. **Infeksjon:** Parenteralt jern må brukes med forsiktighet ved akutt eller kronisk infeksjon, astma, eksem eller atopiske allergier. Det anbefales at administreringen avbrytes ved pågående bakteriemi. Ved kronisk infeksjon må det foretas en nytte-/risikovurdering, der undertrykking av erytropoese tas i betraktning. Ekstravasasjon: Det skal utvises forsiktighet for å unngå paravenøs lekkasje ved administrering. Paravenøs lekkasje kan gi hudirritasjon og potensiell langvarig brun misfarging på administreringsstedet. Ved paravenøs lekkasje må administreringen avbrytes øyeblikkelig. **Hjelpestoffer:** 1 ml uførtynnet Ferinject inneholder opptil 5,5 mg (0,24 mmol) natrium. Dette må tas i betraktning for pasienter på saltfattig diett. Administrer ikke 20 ml (1000 mg jern) som injeksjon eller infusjon mer enn 1 gang i uken. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no og se SPC. **Graviditet og amming:** **Graviditet:** Grundig nytte-/risikovurdering er påkrevd før bruk under graviditet, og preparatet skal ikke brukes under graviditet med mindre det er strengt nødvendig. Jernmangel som oppstår i løpet av 1. trimester kan i mange tilfeller behandles med oralt jern. Behandling med Ferinject bør begrenses til 2. og 3. trimester, hvis fordelene anses å oppveie potensiell risiko for både mor og foster. Føtal bradykardi kan oppstå etter administrering av parenterale jernpreparater. Det er vanligvis forbigående og en konsekvens av en overfølsomhetsreaksjon hos mor. Fosteret skal overvåkes nøye under i.v. administrering av parenterale jernpreparater hos gravide. **Amming:** Overgang i morsmelk er ubetydelig (<1%). Med grunnlag i begrenset informasjon fra ammende er det usannsynlig at preparatet utgjør en risiko for barnet som ammes. **Bivirkninger: Vanlige (>1/100 til <1/10):** Generelle: Reaksjoner på injeksjons-/infusjonsstedet. Kar: Rødming, hypertensjon. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypofosfatemi. De mest alvorlige ADR-ene er anafylaktiske reaksjoner (sjeldne); dødsfall har blitt rapportert. **Pakninger og priser (pr. 03.01.2024):** 10 ml (hettegl.) kr 1429,50. 20 ml (hettegl.) kr 2822,90. **Blå resept:** Nei. **Byttbar:** Nei. **Basert på SPC godkjent av SLV/JEMA:** 03.01.2024. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Vifor France, 100-101 Terrasse Boieldieu, Tour Franklin La Défense 8, 92042 Paris La Défense Cedex, Frankrike. **Kontakt (repr.):** Vifor Pharma Nordiska AB, Gustav III:s boulevard 46, 169 73 Solna, Sverige, e-post: info.nordic@viforpharma.com. **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no**

Abbreviations: ID, iron deficiency; IV, intravenous. **References:** 1. McDonagh TA et al. Eur Heart J 2021;42(36):3599–726. 2. Adamo M et al. Eur J Heart J 2022;43:440–441. 3. Ferinject® SPC, www.felleskatalogen.no. 4. McDonagh et al. European Heart Journal (2023) 44, 3627–3639. 5. Favrat B et al. PLoS ONE. 2014;9(4):e94217





Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av svangerskapskvalme og -oppkast¹

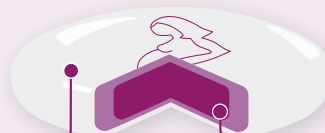
Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum¹

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

