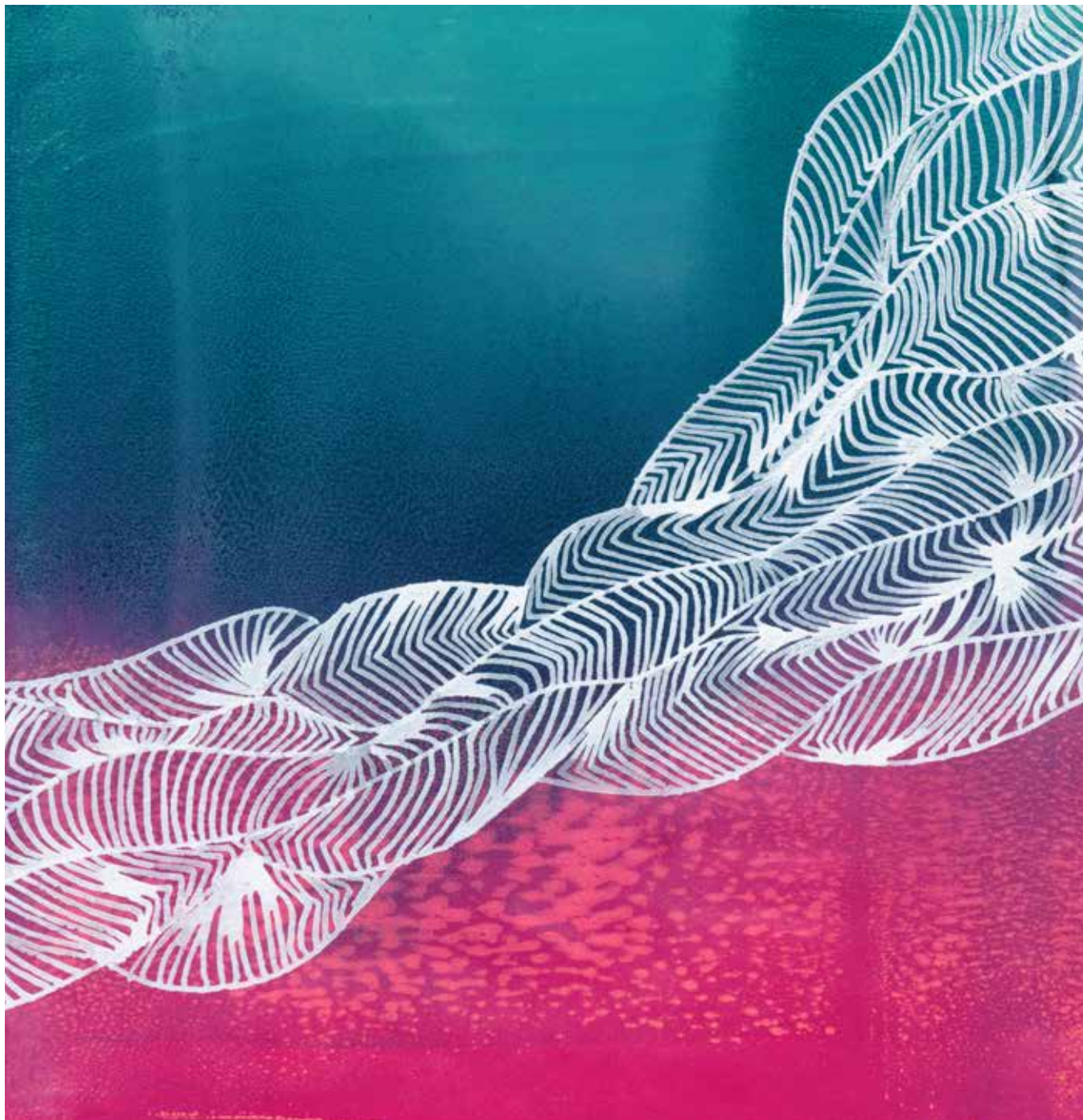


Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2020



Endret svangerskapsomsorg og fosterdiagnostisk tilbud til norske kvinner s. 16

Ny bioteknologilov gir mulighet for bedre preeklampscreening og -forebygging i Norge – med bedre helse for mor og barn s. 22

Hormonbehandling i klimakteriet
Hva er historien, og hvor står vi i dag? s. 28



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



NYHET

Diveen® reduserer stressinkontinens. Nå tilgjengelig i prøvepakke.



DIVEEN®

KJENN PÅ FRIHETSFØLELSEN!

Klinisk dokumentert effekt ved stressinkontinens hos kvinner.⁽¹⁾

Godkjent i Blåreseptordningen

For mer informasjon, les på vår hjemmeside:
www.bbraun.no eller scan qr-koden:



B. Braun Medical AS | Kjernåsveien 13 B | 3142 Vestskogen | Norge
Tlf. 33 35 18 00 | www.bbraun.no | E-post: kundeservice.no@bbraun.com

⁽¹⁾Comu J.N et al. 75NC007 device for noninvasive stress urinary incontinence management in women: a randomized control trial. International Urogynecology Journal 2012, 23 (12): 1727-34



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
Stud.med., UiB
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Irina Eide
PSL, Bodø
irina.eide@gmail.com

Liva Helleland
LiS, Haukeland universitetssykehus
liva.helleland@gmail.com

Cecilie Fredvik Torkildsen
Klinisk stipendiat UiB, Overlege SUS
cecilie.torkildsen@gmail.com

Nettredaktør

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

Layout, annonsesalg og produksjon

Cox Oslo AS
www.cox.no
Kongensgate 6, 0153 Oslo

GYNEKOLOGEN på internett
www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2020
Nr. 4 4/11

Opplag: 1300



GYNEKOLOGEN

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

Forsidefoto: GettyImage

INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret	8
Styret i Norsk gynekologisk forening	9

ÅRSMØTE 2020

Generalforsamling NGF 2020	12
Program for Webinar	13
Oversikt over NGFs utvalg og komiteer høst 2020	14

GYNEKOLOGEN OM BIOTEKNOLOGILOVEN

Endret svangerskapsomsorg og fosterdiagnostisk tilbud til norske kvinner	16
Eggdonasjon – Gynekologiske perspektiver på ny bioteknologilov	20
Ny bioteknologilov gir mulighet for bedre preeklampscreening og -forebygging i Norge – med bedre helse for mor og barn	22

FAGLIG PÅFYLL

Hormonbehandling i klimakteriet. Hva er historien, og hvor står vi i dag?	28
Oppdatert	31
Kunnskapsbasert praksis. Tre anledninger til å misbruka studier	32

FUGO

Kjære alle LIS og FUGO-medlemmer!	34
FUGOteket	36
Boksen går – videre!	38

SPECIALITETSKOMITÉEN	40
-----------------------------------	----

PhD

Birgitte Heiberg Kahrs disputerte 5.6.2020 ved NTNU	
Ultralød før vakuumbefruktning	42

NORGE RUNDT

Sykehuset Telemark	46
--------------------------	----

GYNEKOLOGER IMELLOM

NFOG e-textbook ble lansert 1.9.2020!	50
---	----

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

Tema-faggrupper på facebook	52
-----------------------------------	----

ÅRSRAPPORTER 2019

Norsk gynekologisk forening	54
Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER)	60
Endoskopiutvalget	61
Kvalitetsutvalget	61
NFOG vitenskapelige komite	62
FIGO	62
European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG)	64
FUGO	66
Referansegruppe for fødselsovervåking	67
NFOG	68
Spesialitetskomiteen	70

Topp 5 grunner for å velge Angusta®

Angusta®
(misoprostol)

Den eneste godkjente orale behandlingen for induksjon av fødsel¹

- 1 Kvinner foretrekker oral behandling ved induksjon**
Mer enn 4 av 5 kvinner foretrekker oral misoprostol igjen ved en fremtidig fødsel.²
- 2 100.000 babyer**
Angusta har hjulpet mer enn 100.000 kvinner under en fødsel.³
- 3 Klar til bruk**
Riktig dosering av misoprostol er pakket i et blister som har en dobbel aluminiumsfolie.¹
- 4 Angustas® sikkerhetsprofil**
Sikkerhet ved bruk av Angusta er vist i et compassionate use program.¹
- 5 Nature's helping hand**
Enkel peroral administrasjon gir kvinnen mulighet til å bevege seg under det første stadiet av fødselen. Dette kan redusere tid før aktiv fødsel, samt redusere risikoen for keisersnitt.³



Referanser
1. Angusta® SmPC, 2019-08-12. 2. Mundle S, Bracken H, Khedikar V et al. Foley catheterisation versus oral misoprostol for induction of labour in hypertensive women in India (INFORM): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2017 Aug 12;390(10095):669-680. doi:10.1016/S0140-6736(17)31367-3. 3. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ and Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4. *Basert på salgsstatistikk

Prostaglandin. ATC-nr.: G02A D06 **TABLETTER 25 µg:** Hver tablett inneholder: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. Sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrasjon av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. Spesielle **pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/bevis på at barnets liv er i fare før induksjon (f.eks. unormal nonstresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arveav fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Ved korioamnionitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnene >48 timer før administrasjon, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk før uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal føtal hjerterytmeløp (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytmeløp (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale krampeler. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentaløsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 18.07.2019. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 137,10 (April 2020).

Azanta

Because life matters



Styret i Norsk gynekologisk forening

Leder: Kirsten Hald
Oslo universitetssykehus
khald@online.no T: 95224181

Nestleder: Nils-Halvdan Morken
Haukeland Universitetssykehus
nhmorken@online.no T: 92257114

Kasserer: Hans Kristian Opøien
Akershus Universitetssykehus
hans.kristian.opoien@ahus.no T: 92889396

Vitenskapelig sekretær: Ragnar Kvie Sande
Stavanger universitetssykehus
ragnar.sande@gmail.com T: 97977379

Medlem (PSL): Yngvild Skaatun Hannestad
yngvild.hannestad@uib.no T: 91695885

LiS-representant: Anders Einum
aeinum@gmail.com T: 48053086

«Årsmøteutgave»?

Formålet med bladet du holder mellom hendene er ikke nødvendigvis å ha det under armen på NGFs årsmøte, slik det gjerne oppfordres til i årsmøteutgaven. Finn det gjerne frem når du logger deg på foreningens Webinar/Årsmøtesubstitutt den 22. oktober, men denne gangen er abstracts erstattet med en blanding av tidløse og tidsaktuelle fagartikler.

I denne utgaven av *Gynekologen* deler representanter fra det fostermedisinske miljøet i Norge sitt syn på årets endringer i bioteknologiloven. Noen sider senere gjøres det rede for hvordan tidlig ultralyd kan brukes til å screene for preeklampsi. Dersom dette er gunstig, hva annet bør vi vurdere å screene for? Under samme fane kan du lese argumenter som ble brukt mot utvidet screening med tidlig ultralyd og NIPT i bioteknologirådet. Kanskje vi ikke burde screene likevel, men heller innføre tiltakene som ekstra svangerskapsoppfølging uten å anse det som fosterdiagnostikk? Men det er vel umulig – eller?

Spørsmålene som følger av lovendringene er mange, kompliserte og uavklarte. Det jobbes nå på spreng for å utarbeide et system som gir likhet og kvalitet i tilbudet til alle kvinner, og vi er mange som er spente på resultatene.

Jeg håper denne fyldige utgaven inspirerer til debatt og gir faglig påfyll. Det er tydelig at vi stadig tilpasser oss pandemisituasjonen. Digitale læringsressurser som podcaster, nytt FUGOtek, NFOG nye digitale lærebok og faglige facebookgrupper roses av flere i årets høstutgave. Betydningen av skriftlige kunnskapskilder og diskusjonsfora synes å øke når fysiske møtepunkter begrenses. Blant slike tekstbaserte kommunikasjonsmedier finner du også *Gynekologen*, til tross for papirformat og noe tregere svarrespons i «kommentarfeltet».

Med vennlig hilsen

Tale Meinich
Redaktør



HICURA HAND INSTRUMENTS

The Complete Range for Laparoscopic Surgery.

Adapted jaw mechanism

The two dedicated joint mechanisms (CAM and SL) give surgeons adapted tissue control during grasping and dissection. The CAM grasping mechanism and the SL dissection mechanism offer optimized tissue manipulation: The CAM mechanism provides higher grasping forces and is therefore designed for firm grasping, whereas the SL mechanism is designed for optimized dissection because the jaws open at a wider angle.



Different hands – different needs

HICURA offers two different handle sizes: Size M for small to medium hands, and Size L for medium to large hands. HICURA handles are designed to enhance usability and user comfort during laparoscopy. Depending on preferences and the area of application, handles with ratchet, deactivatable ratchet, or no ratchet are available.



Assembly and disassembly have never been easier – just click it!

HICURA's modular system allows intuitive and easy assembly in just three steps. Acoustic feedback confirms that the instrument has been correctly assembled.



Kjære venner og kolleger!

Dette nummeret av Gynekologen skulle vært fylt med årsmøtstoff, men det blir det dessverre ikke. Fremdeles legger viruset et lokk over oss og mye av det vi ønsker å gjøre. Men, til tross for pandemi og restriksjoner har medlemmene i foreningen vår vært aktive. Ny revidert veileder i obstetikk ble publisert 26.juni. Utarbeidelse av veilederne våre er et av de aller viktigste arbeidene som gjøres i Norsk Gynekologisk Forening. Vi har ledet an blant de fagmedisinske foreningene siden 1995 med dette dagnadsarbeidet, som er kjent for å ha svært god kvalitet. Den nyeste utgaven fremstår i tråd med denne gode tradisjonen. Mange kollegaer har lagt ned et stort og grundig arbeid i sin fritid, ikke minst redaksjonskomiteen med Anne Flem Jacobsen i spissen. Tusen takk til dem og til alle som har bidratt med innsats, kunnskap og erfaring! Nå er også ny revidert veileder i gynekologi like rundt hjørnet.

Da Stortinget vedtok endringer i bioteknologiloven og nye tilbud om fosterdiagnostikk den 26.mai kom det svært brått på de fleste av oss. Flere medlemmer har ytret seg i media med varierende stemmer, både med begeistring og skepsis. Det er flott at vi som fagfolk er med i debatten slik at den kan nyanseres og relateres til fakta. Endringene som Stortinget vedtok på forsommeren har stor betydning for vårt fag og vår arbeidshverdag. Uansett hva man måtte mene om vedtakene, er det nå viktig at vi som forening er med på å forme utviklingen og gjøre de nye tilbudene likt tilgjengelig over hele landet og med like god kvalitet til alle. Vi må også arbeide for at nye oppgaver ikke tar ressurser fra de oppgaver vi allerede har, men tvert imot gir oss bedre handlingsrom til mer utdanning og bedre arbeidsforhold, og dermed kan gi enda

bedre behandling til pasientene våre. Dette er mandatet til NGF's representanter i Helsedirektoratets grupper som arbeider med dette nå.

At norske gynekologer er opptatt av å stadig lære og holde seg faglig oppdatert er interessen for de nye faglige Facebookgruppene et godt bevis på. Gruppen om *Hormoner og Endometriose* har bare eksistert i 4 måneder, men har over 600 medlemmer. Her svarer Mette H. Moen utrettelig på spørsmål og deler fremdeles generøst av sin store erfaring og kunnskap. Populært har det også vært at Ameli Tropé i sommer opprettet gruppen *NFK-Norsk Forening for Kolposkopi*, som i dag har 374 medlemmer. Jeg oppfordrer de som ikke har oppdaget disse gruppene ennå til søke dem opp og se og delta selv. Her kan man både lese og spørre eller komme med innspill. Og, når man først er der kan man jo gå inn på NGF sin egen Facebookgruppe og få med seg siste nytt!

Når vi nå ikke har anledning til så mye ekte fysisk kontakt får vi trøste oss med de digitale mulighetene vi tross alt har – og glede oss til vi igjen kan se hverandre i øynene uten en skjerm mellom oss. Vi i NGF-styret håper derfor på stor oppslutning til årsmøte-substituttet: NGF Webinaret 22.oktober.

Vi sees da – og håper på bedre tider i Tønsberg i 2021!

Vennlig hilsen

Kirsten

Nytt fra NGF-styret

Siden forrige rapport er det avholdt to ordinære styremøter: 2/6 (web) og 1/9 i Oslo. I tillegg ble det avholdt et ekstraordinært web-møte den 10/6.

HDIR

Stortinget vedtok 8. juni 2020 endringer i bioteknologiloven og ba samtidig regjeringen om å sørge for tilbud om tidlig ultralyd og fosterdiagnostikk til alle gravide.

Som følge av dette inviterte Helsedirektoratet representanter for de berørte faggrupper til et innledende innspillmøte 11.06.20 om tidlig ultralyd og NIPT.

Stine Andreasen og Kirsten Hald deltok som representanter for NGF. Hovedbudskapet fra NGF på dette møtet var at det må sikres et likt tilbud av god kvalitet til alle gravide i Norge, og at dette ikke må gå på bekostning av annen helsehjelp innen kvinnesykdommer og fødselshjelp.

Helsedirektoratet utarbeider nå retningslinjer for implementering av de vedtatte endringene i tilbudene til gravide, med frist 1. november 2020. I gruppen som arbeider med dette sitter det fostermedisinere, genetikere, gynekologer og jordmødre. Det er opprettet en referansegruppe som skal vurdere utkastene. Her har NGF to representanter; Marit Lieng og Ingrid Petrikke Olsen. I tillegg består referansegruppen blant annet av representanter fra jordmorforeningene, Norsk Allmennelegeforening, Nasjonalt faglig nettverk for fødselshjelp og Fagnettverk for fostermedisin.

HDIR er nå i ferd med å opprette en arbeidsgruppe som skal lage retningslinjer for implementering av eggdonasjon. Også her vil NGF få to representanter i en referansegruppe.

Nettsiden /Facebook

Nettredaktør arbeider med å få lagt ut NGF-veilederen på Helsebiblioteket. Nyheter om implementering av ny bioteknologilov og tilbud om fosterdiagnostikk, samt andre

aktuelle nyheter, legges ut på disse sidene så snart det er mulig.

Samarbeid med FHI:

FHI har svart på forespørsel om presisering av hvilke tiltak som anbefales som smittevern under fødsel og ved ultralyd-undersøkelser av gravide uten kjent Covid-19-smitte. Hovedbudskapet er at vanlige basale smittevernsregler skal følges ved risiko for søl av kroppsvæsker. (se link til FHIs anbefalinger på NGFs nettsider)

Håndtering av/råd til gravide, 3. utgave av retningslinjer (Gry Findal/Anne F Jacobsen m/flere) ble ferdigstilt i mai/juni. Retningslinjen er publisert på FHI og NGFs nettsider.

Veiledere

Veileder i obstetrikk ble publisert 26. juni 2020. Veileder i gynekologi er under arbeid i slutfasen.

NFOG

Styret i NGF vil gå inn for at NFOGs Guideline Committee nedlegges. Komiteen er lite produktiv. Som alternativ er det foreslått at det bør opprettes hurtigarbeidende felles-nordiske komiteer som kan utarbeide guidelines når det oppstår spesielle problemstillinger. Dette skal diskuteres på neste NFOG board-møte 2. november.

Provosert abort

Gruppen som arbeider med en prinsipptekst knyttet til provosert abort har blitt forsinket i arbeidet på grunn av Covid-19-situasjonen og vil derfor ikke kunne fremlegge noe forslag på kommende generalforsamling. Styret mener uansett at det ikke er ønskelig å diskutere denne saken i web-format.

Årsmøtewebinar

Webinar og generalforsamling vil som tidligere annonsert bli avholdt 22. oktober fra kl 18-21. Se detaljer i dette nummer av Gynekologen. Følg også med på NGFs nettsider og Facebook-siden for oppdateringer.



Styret i Norsk gynekologisk forening



Kirsten Hald

Leder NGF.
Overlege PhD, Gynekologisk avdeling, Avdelingsleder FoU, Kvinneklubben, OUS. Spesialinteresser fag: endoskopi, myomer, misdannelser. Fritid: Seiling, ski, basketball-mamma.



Nils-Halvdan Morken

Nestleder NGF.
Overlege Haukeland Universitetssjukehus og Professor Universitetet i Bergen. Interessert i obstetrikk, reprodutiv epidemiologi, ølbrygging og sykling.



Ragnar Kvie Sande

Vitenskapelig sekretær.
Spesialist i gynekologi og obstetrikk og PhD i ultralyd i 2013. Seksjonsoverlege på fostermedisin ved Stavanger Universitetssjukehus og 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen. På fritiden spiller han gitar og leser bøker.



Hans Kristian Opøien

Kasserer NGF.
Overlege v/ Kvinneklubben AHUS. PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose.



Yngvild Skåtun Hannestad

PSL/avtalespesialist.
Doktorgrad om urinlekkasje, men generalist i praksis. Medlem i Spesialitetskomiteen, vara PSL Hordaland, leder PSL forskningsutvalg. Ellers: aktiv innenfor basketball og er i styret i Filosofisk poliklinikk i Bergen



Anders Einum

Sekretær NGF, styremedlem FUGO. LIS Haukeland Universitetssjukehus. På fritiden spiller han gitar og rydder i garasjen.

Medifa

Undersøkesstol for gynekologi og urologi

Høstsalg!

15% ved bestilling i 2020

Eva Colpo

Smart kolposkopi



Gjelder modell 550 og 570



Visualisere

Deling og samhandling

Lagring og integrasjon

Notere og dokumentere

Analysere og utdanne

MEDITEK™
Medisinsk utstyr

Rigedalen 15, 4626 Kristiansand S
Telefon: 38098900 Fax: 38046000
E-post: meditek@meditek.no

Vagifem® 10 µg: Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.

Reseptfri bruk: Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.

Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer bør den laveste effektive dose brukes over kortest mulig tid.

Bivirkninger:

- Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hodepine, magesmerter, vaginal blødning, utflod og vaginal ubehag.
- Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Kvalme, hetetokter, hypertensjon, utslett, vulvovaginal mykotisk infeksjon, økt vekt.

Se SPC vedrørende risikoestimer for brystkreft, ovariekreft, venøs tromboembolisme, koronar arteriell sykdom og iskemisk slag.

Advarsler og forsiktighetsregler:

Risiko kontra nytte vurderes grundig minst en gang pr. år og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør bare forsettes så lenge nytten oppveier risikoen.

Referanser: 1. Sturdee DW & Panay N, Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. Climacteric 2010;13(6):509-522 2. DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, et al. The Association Between Vulvovaginal Atrophy Symptoms and Quality of Life Among Postmenopausal Women in the United States and Western Europe. Journal of women's health 2015;24(9):713-722 3. R.E. Nappi & M. M. Kokot-Kierepa, (2012) Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (MVA) -results from an international survey, Climacteric, 15(1): 36-44, DOI: 10.3109/13697137.2011.647840 4. Vagifem® 10 µg SPC avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.8 og 5.2 (sist oppdatert 05.09.2018) 5. Dugal R, Hesla K, Sordal T, et al. Comparison of usefulness of estradiol vaginal tablets and estril vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79(4):293-297 6. Simon J, Nachtigall L, Gut R, et al. Effective treatment of vaginal atrophy with an ultra-low-dose estradiol vaginal tablet. Obstet Gynecol. 2008;112(5):1053-1060. 7. Hosseinzadeh, P. Ghahiri, A. Daneshmand, F. et al. A comparative study of vaginal estrogen cream and sustained-release estradiol vaginal tablet (Vagifem) in the treatment of atrophic vaginitis in Isfahan, Iran in 2010-2012, Journal of Research in Medical Sciences, 2015 Dec; 20(12) 1160-1165

Vagifem 10 µg «Novo Nordisk»

CF Østrogen.

ATC-nr.: G03C A03

VAGINALTABLETTER 10 µg: Hver vaginaltablett inneholder: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 10 µg, laktose, hjelpestoffer. Filmradsjerte.

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. **Reseptfri bruk:** Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.

Dosering: Lokal østrogenbehandling. **Startdose:** 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Behandlingen kan startes på en hvilken som helst passende dag. **Vediikeholdsdose:** 1 vaginaltablett 2 ganger i uken.

Generelt: Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør lavest effektiv dose brukes over kortest mulig tid. Siden systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå, anbefales ikke tillegg av gestagen. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Vaginale infeksjoner bør behandles før behandling med Vagifem startes. **Glemt dose:** Bør tas så snart pasienten husker det. Dobbel dose bør unngås. **Administrering:** Føres inn i skjeden vha. applikator. Følg nøye bruksanvisning som beskrevet i pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Kjente, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente, tidligere eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel eller antrithrombinmangel). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Ved behandling av postmenopausale symptomer bør hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. I alle tilfeller bør nytte/risiko vurderes grundig minst 1 gang pr. år, og HRT bør bare forsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en nøye generell klinisk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) bør foretas før behandling initieres eller gjeninsettes. Under behandlingen bør pasienten følges opp rutinemessig. Kvinnen bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. egnet billeddiagnostikk, f.eks. mammografi, bør foretas iht. gjeldende screeningpraksis og tilpasses den enkelte. Data viser at det er svært lav systemisk absorpsjon av østradiol under behandling, men siden Vagifem er et HRT-preparat er det imidlertid nødvendig å ta følgende tilstander i betraktning, spesielt ved langtidsbehandling eller ved gjenopptatt behandling. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges nøye opp: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer, f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, kolelitiasis, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Residiv eller forverring av tilstandene nevnt over er mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykkssøkning, nye anfall av migrenelignende hodepine og graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger av ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes spesielt nøye for å utelukke mulig hyperstimulering/malignitet av endometriet før behandlingsoppstart. Langtidsbehandling med systemiske østrogen alene ved intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinom. Siden systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå ved bruk av Vagifem, anbefales ikke tillegg av gestagen. Under behandling kan det hos noen pasienter forekomme en liten grad av systemisk absorpsjon, spesielt i løpet av de første 2 ukene med administrering 1 gang daglig. Endometriesikkerhet ved langtidsbruk (>1 år) eller gjenopptatt bruk av lokal vaginal administrert østrogen er uklart. Derfor bør behandlingen, hvis den gjenopptas, evalueres minst 1 gang pr. år, spesielt med henblikk på alle mulige symptomer på endometriehyperplasi eller karsinom. Østrogensubstitusjonsbehandling bør ikke forskrives i >1 år uten at ny legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk undersøkelse.

Ved blødning eller sporblødning under behandlingen bør årsaken utredes. Dette kan inkludere endometriebiopsi for å utelukke endometrialmalignitet. Kvinnen bør rådes til å kontakte legen ved blødning eller sporblødning. Stimulering med østrogen alene kan føre til premalign eller malign transformasjon i gjenværende endometrioesev. Det anbefales derfor å utvise forsiktighet ved bruk hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, spesielt hvis det er kjent at de har rester igjen av endometriosen. *Risiko for følgende er forbundet med systemisk HRT, og gjelder i mindre grad for Vagifem hvor systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå, risikoene bør imidlertid vurderes ved langtidsbruk eller ved gjenatt bruk av dette preparatet: Brystkreft:* Bevis tyder på økt risiko for brystkreft ved inntak av kombinert østrogen-gestagen, og muligens også systemisk østrogen gitt alene ved HRT, og at risikoen er avhengig av varigheten av HRT. Den økte risikoen blir tydelig innenfor få års bruk, men går tilbake til baseline innen få år (maks. 5 år) etter avsluttet behandling. *Ovariekreft:* Epidemiologiske funn fra en stor metaanalyse antyder noe økt risiko hos kvinner som bruker systemisk HRT med østrogen alene. Økt risiko vises innen 5 års bruk, og avtar over tid etter at behandlingen er avsluttet. *Venøs tromboembolisme:* Systemisk HRT er forbundet med en høyere risiko (1,3-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten av et slikt tilfelle er mer sannsynlig i det 1. året av behandlingen. Pasienter med kjente trombofile tilstander har en økt risiko for VTE, og HRT kan øke denne risikoen ytterligere, HRT er derfor kontraindisert hos disse. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, anbefales det å stoppe HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobilisert igjen. HRT er kontraindisert ved familier trombofil tilstand som har gitt seg utslag i trombose hos et familiemedlem, eller hvis det foreligger en alvorlig koagulasjonsdefekt (f.eks. antitrombin-mangel, protein S-mangel, protein C-mangel eller en kombinasjon av defekter). For kvinner som allerede får kronisk antikoagulasjonsbehandling kreves det grundig vurdering av nytte/risiko ved bruk av HRT. Pasienten bør informeres om å kontakte lege umiddelbart ved mulige symptomer på tromboemboli (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselig brystsmerte, dyspné). *Koronar arteriesykdom:* Data har ikke vist noen økt risiko for koronar arteriell sykdom hos hysterektomerte kvinner som behandles med systemisk østrogen alene. *Iskemisk slag:* Systemisk behandling med østrogen alene er forbundet med en opp til 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko forandres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseline er likevel svært avhengig, og total risiko for slag ved bruk av HRT vil øke med alderen. *Andre tilstander:* Østrogener kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor følges opp nøye. Kvinner med pre-eksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da sjeldne tilfeller av forhøyede plasmatriglyseridnivåer har ført til pankreatitt. Østrogener øker tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt tyreoidhormon. Opptak av T3 resin reduseres, noe som reflekterer forhøyet TBG. Konsentrasjonene av fritt T4 og fritt T3 er uforandret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være forhøyet i serum, og gi økte konsentrasjoner av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Andre plasmaproteiner kan økes (angiotensinogen/renin substrat, alfa-1-antitrypsin, ceruloplasmin). Den minimale systemiske absorpsjonen av østradiol ved lokal vaginal administrering resulterer sannsynligvis i mindre uttalt effekt på plasmabindende proteiner enn systemiske hormoner. Bruk av HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Det er noe evidens for økt risiko for sannsynlig demens hos kvinner som starter behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene etter fylte 65 år. Intravaginal applikator kan forårsake et mindre alvorlig lokalt traume, spesielt hos kvinner med sterk uttalt vaginal atrofi. Det er begrenset med evidens vedrørende risikoen knyttet til HRT i behandlingen av premenstruell menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan likevel balansen av nytte og risiko være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre kvinner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Pga. vaginal administrering og minimal systemisk absorpsjon er klinisk relevante interaksjoner usannsynlig. Interaksjoner med annen lokal vaginal tilført behandling bør i midlertid vurderes. **Graviditet, amming og fertilitet:** Ikke indisert ved graviditet eller amming. Blir kvinnen gravid skal behandlingen avsluttes umiddelbart. **Bivirkninger: Fra kliniske studier: Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsgener/bryst: Vaginal utflod, vaginalblødning, vaginal ubehag. Nevrologiske: Hodepine. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Utslett. Infeksjoner: Vulvovaginal mykotisk infeksjon. Kar: Hetetokter, hypertensjon. Undersøkelser: Vektøkning. **Etter markedsføring:** Spontanrapportert med Vagifem 25 µg og som har mulig sammenheng med behandlingen: Svært sjeldne (<1/10 000): Gastrointestinale: Diaré. Generelle: Ineffektiv legemiddel. Hud: Erytematøst utslett, genital kløe, kløende utslett, urticaria. Immunsystemet: Systemisk hypersensitivitetsreaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon/sjokk). Kar: Dyp venetrombose. Kjønnsgener/bryst: Endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal ulcerasjon, vaginalsmerte, vaginalismerter, vaginisme. Nevrologiske: Forverret migrene. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Svulster/cyster: Brystkreft, endometriecancer. Undersøkelser: Vektøkning, økt østrogennivå i blod. **Bivirkninger ved systemisk østrogen/gestagen-behandling (ukjent om disse gjelder lokal behandling):** Galleblæresykdom, kloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura, Mulig demens >65 år. **Klasseeffekter forbundet med systemisk HRT (gjelder i mindre grad Vagifem hvor systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå):** Se SPC vedrørende risikoestimer for brystkreft, ovarialkreft, venøs tromboembolisme og iskemisk slag. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er ikke sannsynlig pga. lav østradioldose. **Behandling:** Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogener G03C på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: Klassifisering: Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. **Virkningsmekanisme:** Substituerer redusert østrogenproduksjon, og lindrer symptomene på vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og inducerer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er østrogenavhengig. Østrogener øker antall overflateceller og intermedieære celler og inducerer antall basaleceller i vaginalt utstryk. Østrogener opprettholder vaginal pH på normalnivå (ca. 4,5), noe som fremmer normal bakterieflora. **Absorpsjon:** Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mage-tarmkanal. First pass-metabolisme unngås ved vaginal administrering. **Metabolisme:** Hovedsakelig i leveren til sulfat- og glukuronidkonjugater. **Utskillelse:** Via urin.

Pakninger uten resept: 18 vaginaltabletter er unnatt fra reseptplikt. **Pakninger og priser:** 18 stk. (bliester) kr * 24 stk. (bliester) kr 310,30.

Sist endret: 07.05.2020 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 05.09.2018 **Pris per september 2020**

*Denne pakningen selges uten resept, maksimal utsalgspris kan derfor ikke angis.



Novo Nordisk Norway AS

Nydalsveien 28, Postboks 4814 Nydalen, 0484 Oslo · NO 918 229 353 MVA

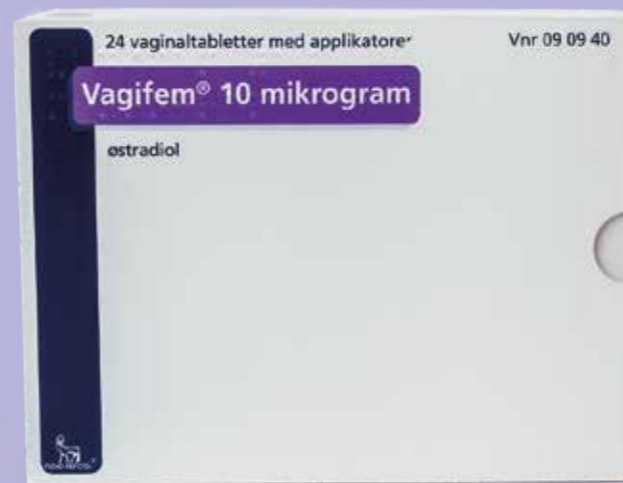
Kundeservice tel.: 22 18 50 51 · kundeservice-norge@novonordisk.com · www.novonordisk.no

Vagifem®10
10 µg 17-β-østradiol

NO20V/G00052 September 2020

NYHET

Vagifem® 10 mikrogram – nå også reseptfritt[□]



MINSTE
PAKNING KAN
KJØPES
RESEPTFRITT PÅ
APOTEK[□]

Vaginal atrofi rammer omtrent halvparten av alle postmenopausale kvinner, som følge av at østrogenproduksjonen avtar^{1,2}

Smerter og ubehag i vagina som følge av vaginal atrofi påvirker kvinners sexliv negativt³

Vagifem® 10 µg

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner.

Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.⁴

Reseptfri bruk: Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode):

Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.



Lokalbehandling med
lav systemisk absorpsjon⁴

Gir mindre lekkasje enn vagitorier** og
er mer hygienisk i bruk enn kremer^{***5,7}

Lindrer plagsomme symptomer som tørrhet, kløe, sårhet,
smertefull vannlatning og smerter ved samleie⁶

□ Fra og med juni 2020 er Vagifem® 10 mikrogram vaginaltabletter 18 stk. tilgjengelig som reseptfritt legemiddel på apotek. Les mer på www.vagifem.no

* I en 12 ukers studie så man at gjennomsnittlig plasma konsentrasjoner av østradiol forble innenfor normalt postmenopausalt nivå for alle personer behandlet med Vagifem® 10 µg.

** Andel kvinner som rapporterte lekkasje i en studie: 6% versus 65%, P ≤ 0.0001. *** Andel kvinner som rapporterte hygieniske problemer i en studie: 0% versus 23%, P < 0.001.

NO20V/G00052 September 2020



Vagifem®10
10 µg 17-β-østradiol



Generalforsamling NGF 2020

Torsdag 22. oktober 2020

Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere.

- Minnestund
- Årsmelding 2019
- Regnskap 2019
Regnskapet legges på nettsiden senest 3 uker før generalforsamlingen.
- Revidert budsjett 2020
- Budsjett 2021
- Solidaritetsfondet
- Fastsettelse av ekstrakontingent
- Årsrapporter: Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, Fosterovervåkningsgruppen, Spesialitetskomiteen, FUGO, NFOG vitenskapelig komite, EBCOG m.fl.
- **Saker fremlagt av styret:**
 1. Forslag til obligatorisk etterutdanning for spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer
 2. Finansiering av formøtene til årsmøtet ved hjelp av egen påmeldingsavgift til disse.
Det foreslås et mindre beløp, for eksempel kr 150 per deltager.
- **Saker fremlagt av medlemmene:**
 - Ingen
- **Valg:**
Kvalitetsutvalget, Valgkomiteen

Oslo 09.09.20
Kirsten Hald,
leder NGF



Kjære medlemmer!

På grunn av Covid-19 situasjonen er det i 2020 ikke mulig å gjennomføre eit tradisjonelt årsmøte for Norsk Gynekologisk Forening. Vi seier oss svært lei for dette, ber om forståing for dei vurderingane som ligg til grunn og håpar å kome sterkt attende i 2021.

Som ei erstatting for årsmøtet inviterer vi til eit webinar 22/10 kl 18:00 – 21:00 der vi tar for oss korleis covid-19 situasjonen har ramma vårt fag, samt noko om dei pågåande endringane i bioteknologilova. Vi håpar de vil finne dette av interesse. I forlenginga av webinarret kjem vi til å halde ei digital generalforsamling.

Vi håpar flest mulig har høve til å ta del under webinar og generalforsamling.

Styret i Norsk Gynekologisk Forening

Program for Webinar som erstatting for avlyst årsmøte i Norsk Gynekologisk Forening 2020

Tema: Covid-19

Torsdag 22/10 18:00 – 21:00

- 18:00 – 18:10 **Velkomen og takk til dei frammøtte**
Kirsten Hald
- 18:10 – 18:30 **Foreløpige resultat frå FHI si forskning på gravide og SARS-CoV-2**
Hilde Engjom
- 18:30 – 18:50 **Erfaringar frå arbeid med gravide og SARS-CoV-2 på nasjonalt nivå**
Jone Trovik
Gry Findal
- 18:50 – 19:00 **Kulturelt innslag**
- 19:00 – 19:20 **Håndtering av covid-19 epidemien ved landets største kvinneklinikk**
Marit Lieng
- 19:20 – 19:40 **Orientering om arbeidet fram mot utvida rett til 1. trimester ultralyd**
Birgitte Kahrs
- 19:40 – 20:00 **Kloke val - omlegging til meir hensiktsmessig praksis driven av hensyn til Covid-19**
Bente Kristin Johansen
- 20:00 – 21:00 **Generalforsamling**
Kirsten Hald

Oversikt over NGFs utvalg og komiteer høst 2020

NFGO - Norsk forum for gynekologisk onkologi:
 Leder: Tone Skeie Jensen
 Nestleder: Ane Gerda Zahl Eriksson
 Kasserer: Martin Lindblad
 Sekretær: Ingvild Vistad
 Webansvarlig: Elisabeth Berge Nilssen
 UNN: Martin Lindblad
 vara Elise Sletten
 St.Olav: Marit Sundset
 vara Merethe Ravlo
 OUS: Ane Gerda Zahl Eriksson
 vara Torbjørn Paulsen
 OUS: Tone Skeie Jensen
 vara Anne Dørum
 HUS: Kathrine Woie
 vara Line Bjørge
 Andre: Ingvild Vistad
 vara Bent Fiane
 NGF representant: Stine Andreasen

Kvalitetsutvalget
 Anne Cecilie Hallquist (leder)
 Anne Flem Jacobsen
 Jørg Kessler
 Kathrine Woie

Spesialitetskomiteen
 Marte Myhre Reigstad (leder)
 Camilla Kleveland
 Christine Hancke
 Jette Stær-Jensen
 Renate Torstensen

Yngvild Skaatun Hannestad
 Kristine Heien Hansen
 Mari Bunkholt Elstrand

FUGO
 Hilde Bastøe Sellevoll, Leder,
 NFYOG, ENTOG
 Anders Einum, Representant Norsk Gynekologisk Forening (NGF)
 Marianne Omtvedt, Representant Endoskopiutvalget, kursansvarlig.
 Liva Helleland, Kasserer.
 «Abortkomité» for NGF.
 Mark Lewis Barbero, sekretær.
 ENTOG, NFYOG.
 Øystein Bergøy, Nestleder. Gynekologen.
 Mathias Sonstad, Vara,
 web- og facebookansvarlig.

EBCOG
 Yngvild Skaatun Hannestad
 Nils-Halvdan Morken

FIGO
 Margit Steinholt

Nettredaksjonen
 Inga Thorsen Vengen

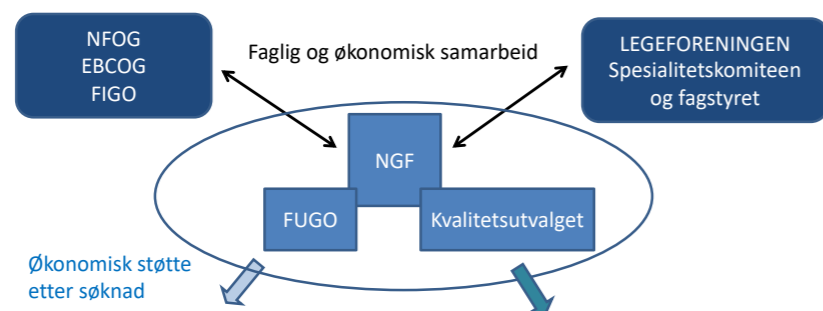
Endoskopiutvalget
 Anne Veddeng (leder),
 Haukeland Universitetssjukehus
 Klaus A. Oddenes, Haugesund Sjukehus

Guri Majak, Oslo Universitetssykehus
 Jenny Alvirovic, Oslo Universitetssykehus
 Seema Mathew, St Olavs hospital
 Marianne Omtvedt FUGO representant

Referansegruppe for fosterovervåking
 Branka M. Yli, PhD,
 Oslo Universitetssykehus (Leder)
 Jørg Kessler, Overlege, PhD,
 Haukeland universitetssykehus
 Thomas Hahn, Overlege,
 Haugesund sykehus
 Heidi Overrein, Overlege,
 OUS Ullevål Universitetssykehus
 Kristin Sunnevåg, jordmor,
 Haukeland universitetssykehus,
 Jordmorforbundet NSF
 Lillian Lairvik, jordmor,
 Akershus Universitetssykehus,
 Den Norske Jordmorforening

NFOG
 Espen Berner (Secretary general)
 Marit Lieng (Scientific committee)
 Kirsten Hald (Board member)

Gynekologen
 Tale Meinich (redaktør)
 Irina Eide
 Liva Helleland
 Cecilie Fredvik Torkildsen



Faggrupper: <ul style="list-style-type: none"> • For endoskopi • For urogynekologi (NUGG) • For fosterovervåking (referansegruppe) • For maternelle dødsfall (auditgruppe) 	Gynekologiske nasjonale registre: <ul style="list-style-type: none"> • Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) • Norsk kvinnelig inkontinensregister (NKIR)
Underforeninger: <ul style="list-style-type: none"> • Norsk kolposkopiforening • Norsk forening for gynekologisk onkologi(NFGO) Finansieres fra HDIR 	Andre registre med representanter fra NGF: <ul style="list-style-type: none"> • Kreftregisteret • Fødselsregisteret



Remifemin®

Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Det er utført mange kliniske studier med bruk av *Cimicifuga racemosa* mot plager i overgangsalderen¹. Remifemin gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert^{1,2}.



- ✓ Mot hetetokter og nattesvette
 - ✓ Reseptfritt legemiddel
 - ✓ Plantebasert uten østrogen
- ➕ Fås på alle apotek

¹ **Remifemin®** Middel mot overgangsplager. ATC-nr: G02C X04 Reseptfritt legemiddel. Tørket ekstrakt av rotstokk av klaseormedue (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg. Inneholder laktosemonohydrat. Legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. 1 tablett 2 ganger daglig. Effekt sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Anbefales ikke for gravide og ammende. Ved samtidig bruk av østrogen, ved nåværende eller tidligere hormonavhengig kreft eller ved leversykdom må Remifemin® kun brukes i samråd med lege. Ved tegn til leverskade skal behandlingen avsluttes. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Bivirkninger: Tilfeller av levertoksitet er rapportert ved bruk av preparater som inneholder *Cimicifuga*. Pakning: 100 stk., blisterpakning. Sist endret: 24.03.2015

Referanser: 1. Henneicke-von Zepelin, HH. 60 years of *Cimicifuga racemosa* medicinal products. Wien Med Wochenschr (2017) 167: 147.
 2. Briese V, Stammwitz U, Friede M. Black cohosh with or without St. John's wort for symptom-specific climacteric treatment. Maturitas 57 (2007) 405-414.

Endret svangerskapsomsorg og fosterdiagnostisk tilbud til norske kvinner

26. mai i år vedtok Stortinget endringer i bioteknologiloven som medfører betydelige endringer i undersøkelsestilbudet for de gravide (1). Endringene innebærer at alle gravide skal ha tilbud om ultralydundersøkelse i første trimester gjennom offentlig svangerskapsomsorg og at Non Invasiv Prenatal Testing (NIPT) skal være tillatt å gjennomføre for alle som ønsker slik undersøkelse.



Ragnhild Glad

Avdelingsoverlege ved Medisinsk Genetisk avdeling, UNN



Torbjørn Moe Eggebø

Seksjonsoverlege ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin og Professor ved NTNU

Fostermedisinsk fagmiljø har uttrykt støtte for lovforslagene i den offentlige debatten (2). Tidlig diagnostikk øker mulighetene til å identifisere foster som har økt risiko for sykdom og svangerskap som trenger nærmere oppfølging og tilleggsundersøkelser. Tidlig diagnostikk vil trolig gi reduksjon i antall senaborter, bedre mulighet til å oppdage vekstsvik og medføre tidligere klassifisering av flerlingsvangerskap (3). Lik tilgang til kvalitetssikret rutineundersøkelse i offentlig helsevesen vil bidra til å utjevne geografiske og sosio-økonomiske forskjeller blant gravide.

Allmennleger, gynekologer, genetikere og jordmødre erfarer at svært mange gravide ønsker informasjon om sitt svangerskap og om forhold som kan ha betydning for framtidige barns helse. Slik informasjon kan i stor grad framskaffes gjennom ultralydundersøkelse og undersøkelser av fosterets arvestoff (kromosomer og gener). Ultralydundersøkelse i tidlig fase av svangerskapet kan avklare hvorvidt fosteret er avdødt, og for mange gravide bidrar undersøkelsen til å skape tilknytning til svangerskapet (4, 5).

Ultralydundersøkelser i tidlig svangerskap utføres allerede i utstrakt grad av norske gravide, både i privat og offentlig sektor, med og uten medisinsk indikasjon for undersøkelsen (6). Det er grunn til å tro at innhold og kvalitet på undersøkelsene som gjennomføres av de gravide varierer og at kvalitetskrav knyttet til slik ultralydundersøkelse mangler.

Ultralydundersøkelse som har til hensikt å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret er i eksisterende lovverk definert som fosterdiagnostikk (7, 8).

Ultralydundersøkelse som gjennomføres i første trimester på medisinsk indikasjon (blødning, smerter etc) defineres derimot ikke som fosterdiagnostikk, til tross for at utviklingsavvik hos fosteret også kan påvises ved slik undersøkelse (7). Skillet mellom ultralyd som ledd i den offentlige svangerskapsomsorgen og fosterdiagnostikk er uklart og medfører utfordringer for undersøkeren, da det å «se etter» strukturelle avvik hos fosteret og ta stilling til fosteranatomi er en naturlig del av all ultralydundersøkelse uavhengig av hva indikasjonen til undersøkelsen er. Ultralydundersøkelse i 1. trimester gir, uavhengig av indikasjon for undersøkelsen, verdifull informasjon om fosteret og danner grunnlag for oppfølging og håndtering av det videre svangerskapet (9). Med lovvedtaket om tidlig ultralydundersøkelse til alle gravide viskes skillet mellom fosterdiagnostikk og annen ultralydundersøkelse ut – undersøkelsen blir del av svangerskapsomsorgen snarere enn fosterdiagnostikk. Like viktig er det imidlertid at undersøkelsene ledsages av god informasjon til kvinnen og at det stilles kvalitetskrav til undersøkelsens innhold.

En ultralydundersøkelse starter med å undersøke hele livmoren. Er det ett eller flere foster? Er fosteret eller fostrene vitale? I første trimester er det lett å klassifisere type flerlingsvangerskap (3). De viktigste målingene er hode-isse lengden (crown-rump-length, CRL) og biparietal diameter (BPD) for å bestemme svangerskapslengden. Undersøkelse av fosteranatomen hører med til en fullstendig ultralydundersøkelse i første trimester (9, 10). Man vurderer kraniet og om midtlinjen er komplett. Nakke, rygg, hender og føtter undersøkes. I thorax skal man se at det ikke er unormal væske og at begge lungene er tilstede. Hjerterundersøkelsen kan være krevende, men man skal undersøke hjertefrekvensen og forsøke å framstille et firkammersnitt. Ved hjelp av farge-Doppler er det enklere å se at begge hjertekamrene fylles og at avgangskarene krysser (11), men retningslinjer for ultralydundersøkelse inneholder ikke krav om slik undersøkelse. Magesekkens plassering på venstre side i bukhulen, vurdering av hvorvidt bukveggen er intakt og framstilling av urinblæren inngår i undersøkelsen.

Størrelsen på nakkeoppklaringen (nuchal translucency, NT) er assosiert med strukturelle fosteravvik, bl. a. hjertefeil, risiko for kromosomavvik samt flere genetisk betingede tilstander hos fosteret (10-12). Måling av NT skal kun gjøres hos kvinner som har fått informasjon om hva målingen innebærer og som ønsker det.

Muligheter for å analysere fritt foster-DNA sirkulerende i den gravides blod revolusjonerte fosterdiagnostikk-feltet da metoden ble introdusert for mer enn 20 år siden (13, 14). Ved Non Invasive Prenatal Testing eller Screening (NIPT/NIPS) kan man undersøke fosterets arvestoff ved en blodprøve fra den gravide og med stor grad av presisjon rapportere risiko for utvalgte kromosomavvik hos fosteret (15). Metoden har vært benyttet til å screene gravide for hyppig forekommende trisomier hos fosteret siden 2012, og flere større studier, gjort i ulike land, har bidratt med et omfattende kunnskapsgrunnlag om metoden benyttet for dette formål (16). Kunnskapsgrunnlaget for metodens egnethet for å avdekke også mer sjeldne kromosomavvik er mindre, men erfaringer fra implementering av «genomvid» NIPT i Nederland og Belgia har bidratt til kunnskap også om dette (17).

Analyse av cellefritt føtalt DNA har siden 2012 vært godkjent i offentlig helsesektor i Storbritannia (NHS), til bruk for diagnostikk av utvalgte genetiske sykdomstilstander og utviklingsavvik som skyldes forandringer i enkeltgener. Slik diagnostikk betegnes Non Invasive Prenatal Diagnosis (NIPD) og er forbundet med både tekniske og analytiske utfordringer (18, 19). NIPD for utvalgte skjelettdysplasier og tilstander forårsaket av nyoppståtte eller paternelt nedarvede genvarianter tilbys i dag gjennom NHS. NIPD er også tilgjengelig for føtal kjønnsbestemmelse ved kjent X-bundet tilstand hos den gravide og for enkelte recessive tilstander (f. eks. cystisk fibrose) der fosteret har arvet ulike mutasjoner fra mor og far (20). Analyse av cellefritt DNA for å påvise monogen recessiv sykdom hos fosteret er foreløpig betydelig mer ressurskrevende og kostbart sammenlignet med tradisjonelle invasive metoder (21). Slik diagnostikk forutsetter også kjennskap til bærerstatus hos den gravide og hennes partner.

Økende bruk av NIPT som prenatalt screeningverktøy har resultert i viktige erfaringer knyttet til ulik implementering av metoden og aktualiserer etiske problemstillinger knyttet til slik screening (22).

NIPT baserer seg på undersøkelse av cellefritt DNA i den gravides blod. DNA-et stammer fra morkaken (trofoblastceller) og fra den gravides egne celler. Cellefritt DNA er korte DNA-sekvenser som kommer fra ulike kromosomer. Det er utfordrende å skille mellom DNA som stammer fra mor (maternelt DNA) og DNA som stammer fra morkakecellene («føtalt» DNA). Mengden føtalt cellefritt DNA øker med svangerskapslengden. Alle kommersielt tilgjengelige NIPT-tester baserer seg på analyse av den totale mengden cellefritt DNA, altså både maternelt DNA og «føtalt» DNA. Kvinner med høy kroppsmasse indeks har høyere andel maternelt DNA i sin blodbane og den føtale andelen cellefritt DNA er dermed lavere hos disse gravide. Dette fører til at NIPT-test i denne gruppen gravide oftere resulterer i inkonklusivt resultat. Maternelle neoplasier og bruk av lavmolekylært heparin i svangerskapet kan også påvirke den materielle fraksjonen cellefritt DNA og forårsake inkonklusivt NIPT-resultat (23).

Det finnes en rekke ulike NIPT-tester. Felles for alle testene er at samtlige er mer presise enn KUB-testen (kombinert ultralyd og blodprøve) til å predikere trisomi hos fosteret. Falsk negativ rate ved de fleste NIPT-tester er <1% for trisomi 21, 18 og 13 og samlet sensitivitet for trisomi 21 er >99 % (24). Et negativt prøvesvar er derfor svært sikkert.

Spesifisitet er >99% for testene samlet (24), men hvis testen brukes i en uselektert populasjon gravide vil det, på samme måte som for andre morkakeprøver, resultere i noen falskt positive prøvesvar. Årsakene er i all hovedsak fysiologiske, eksempelvis kan morkaken inneholde ulike cellelinjer med ulikt kromosominnhold (begrenset placentamosaikk). Dette forekommer i 1-2 % av svangerskap og betyr at morkakeceller kan ha trisomi mens fosteret har normalt antall kromosomer. Diskrepans mellom morkakens og fosterets arvestoff er en velkjent problemstilling ved morkakeanalyser, og det er viktig at den gravide er informert om dette i forkant av slik prøve. Falskt positivt NIPT-resultat kan også skyldes trisomi hos en avgått tvilling («vanished twin») og kromosomavvik hos mor (mosaikk form vanligst). Problemet med falskt positivt NIPT-svar er størst for trisomi 13, men foster med slikt kromosomavvik har nesten alltid strukturelle avvik som kan oppdages gjennom ultralydundersøkelse i første trimester. Det er derfor svært nyttig å kombinere ultralydundersøkelse og analyse av cellefritt DNA, da undersøkelsene gir størst verdi samlet. Positive NIPT-svar anbefales alltid bekreftet med invasiv prøve, fortrinnsvis en direkte prøve fra fosteret (fostervannsprøve). Begrenset morkakemosaiikk for trisomi 21 forekommer sjeldnere, og positivt NIPT-svar for trisomi 21 kan eventuelt bekreftes med en gjentatt morkakeprøve; morkakebiopsi (CVS).

En sjelden gang kan DNA fra kreftceller hos den gravide fanges opp ved NIPT-analysen og gi et avvikende prøvesvar. Slike falske positive NIPT-svar skiller seg ofte fra andre funn og utgjør mindre problem ved tolkningen av svaret. Imidlertid kan det representere en stor utfordring klinisk, da metoden har potensiale til å avdekke tidlig kreftsykdom som ikke er erkjent hos den gravide.

Utfordringer knyttet til tidlig ultralydundersøkelse er at mange utviklingsavvik kan være vanskelig å avdekke i første trimester, og usikkerhet om at noe er galt kan uroe de gravide unødige. Noen gravide opplever at funn som gjøres i tidlig svangerskap setter dem i et vanskelig dilemma – om de skal søke svangerskapsavbrudd eller fortsette svangerskapet. For noen gravide er det bedre å ikke vite, og det er viktig at alle undersøkelser som kan gi verdifull informasjon om fosteret og barnets framtidige helse er frivillige og resultat av et bevisst valg hos den gravide. God og balansert informasjon om hva undersøkelsene innebærer og hva de kan påvise er en av de viktigste faktorer som må tas i betraktning når man nå innfører et nytt undersøkelsestilbud i norsk svangerskapsomsorg. Undersøkelsene må ikke framstilles som obligatoriske svangerskapsundersøkelser med en ledsagende forventning om at den gravide vil velge alle undersøkelsene hun har tilbud om.

Tilpasset informasjon og genetisk veiledning før, under og etter undersøkelsene er en forutsetning for informerte valg hos den gravide. Avvikende funn må kommuniseres forståelig og ledsages av nyansert veiledning om mulig utfall for svangerskapet og barnet. Oppfølging og støttesamtaler med både gynekolog, genetiker, barnelege og jordmor er avgjørende for best mulig ivaretagelse av den gravide. Der viktig informasjon om fosteret kan formidles tidlig i svangerskapet får den gravide ofte bedre tid til beslutningsprosessen, og mulighetene for gjentatt informasjon og multidisiplinær tilnærming blir større. Med veletablerte rammer rundt fosterdiagnostiske undersøkelser vil helsepersonell kunne tilby gravide kvalitetssikrede undersøkelser og oppfølging, mens

Eggdonasjon – Gynekologiske perspektiver på ny bioteknologilov

Etter en lang utredningsfase og en akutfase som innebar montering av pleksiglass for å begrense smittefare, stemte Stortinget 26. mai 2020 endelig fram en modernisert bioteknologilov.



Hans Ivar Hanevik
Gynekolog og medlem av bioteknologirådet

Lederen av Bioteknologirådet, Ole Fridjof Norheim, uttalte i mai at lovarbeidet hadde gått både for sakte og for fort. I den treige fasen unnlot en serie av regjeringer å behandle bioteknologiloven i frykt for interne splittelser. I den hurtige fasen satt Frp, Ap og Sv utenfor regjering og skrev ny lovtekst i ekspressfart med tilhørende (svært) begrensede høringsrunder. Mangt kan sies om prosessen, men uansett er situasjonen nå at mye beslutningsmyndighet omkring bioteknologi er overført fra ulike nemder og råd til oss i det gynekologiske fagmiljøet. Det forplikter.

En av endringene innebærer at enslige kvinner nå kan få assistert befruktning i Norge. De undersøkelser som er gjort så langt viser at barn som vokser opp hos selvvalgt enslige mødre har en oppvekst som ikke skiller seg negativt ut sammenlignet med befolkninga for øvrig. Da mener jeg det skal sterkere argumenter til for å forby enslige kvinner slik behandling enn de som forelå. Det er imidlertid langt mellom norske sæddonorer for tida, og prioritering mellom mottakere av donorsæd er vanskelig: Skal vi prioritere par som trenger donorsæd fordi mannen har Klinefelters syndrom på lik linje med kvinner som trenger donorsæd fordi de ønsker å være enslig mor?

Eggdonasjon har fått mye medieoppmerksomhet de siste åra, uten at det har tilkommet nye argumenter i debatten av den grunn. Barn født etter eggdonasjon går det like bra eller dårlig med som andre barn, og til slutt ble tiden moden også i Norge for å skille lag med det romerske rettsprinsippet at «mater semper certa est». Fra januar 2021 er det tillatt med eggdonasjon, og det pågår i høst et arbeid for å utforme dette tilbudet. Som for sæddonasjon er det flere som trenger eggdonasjon enn som ønsker å donere egg,

og igjen kommer prioriteringen til å bli vanskelig. Resipientens alder trekkes ofte fram som avgjørende, i den betydning at kvinner i 20 åra som finner ut at de har ovarialsvikt skal stå lenger fram i køen enn de som finner ut det samme i 40 åra. Samtidig er det ikke åpenbart i et likestillingsperspektiv at de som finner seg en partner og vil ha barn tidlig i 20 åra skal prioriteres foran de som venter med å undersøke ovarialkapasiteten sin til etter at de er ferdig med utdanning og tidlig karriere.

Da bioteknologirådet hadde disse to sakene oppe til diskusjon, stemte jeg i favør av endringene som nå finnes i lovteksten. Jeg stemte imidlertid imot deler av endringen som flest gynekologer vil møte i sin arbeidshverdag, nemlig utvidet screening av gravide med tidlig ultralyd og NIPT. Jeg ser flere fordeler enn ulemper med tidlig ultralyd, men jeg mener at en bred åpning for bruk av NIPT i svangerskapsomsorgen nå er uforsiktig. NIPT brukes i dag hovedsakelig for trisomidiagnostikk, men gir også andre muligheter som vi i dag ikke har full oversikt over. Eksempelvis kan NIPT allerede brukes til å screene for mange monogene sykdommer, og det vil snart bli mulig også i klinikken å sette funn fra NIPT inn i risikomatriser for flere vanlige polygene sykdommer. Det blir en utfordring for oss gynekologer å rådgive om slike undersøkelser på en verdinøytral og kunnskapsbasert måte, og jeg tror det kan bli lokale variasjoner i bruken av undersøkelser. Slike variasjoner er også grunnen til at jeg stemte imot nedleggelsen av PGD-nemda som nå har hatt sitt siste møte. Jeg er bekymret for at en fragmentering av vurderingene omkring PGD vil føre til ulikheter i tilbudet om preimplantasjonsdiagnostikk avhengig av hvilket universitetssykehus man sogner til, og betalingsevne.

Alt i alt har endringene som Stortinget vedtok gitt oss gynekologer utstrakt mulighet til å påvirke hvordan disse nye mulighetene som ligger i faget vårt skal komme pasientene og samfunnet som helhet til gode, uten at politikerne blander seg i detaljene. Samtidig er det som kjent der djevelen ligger begravet, og jeg ser fram til mange brede fagdebatter i tiden framover der vi viser oss verdig tilliten vi har fått.



Intrarosa®
Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorie



Et lite vagitorie med dobbel effekt

Hovedsakelig
ANDROGENE
effekter

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

KOMPLETTERENDE
effekter av østrogen
og androgener

- Påvirker epitelet, lamina propria og muscularis
- Vaginal gjennomblødning

Hovedsakelig
ØSTROGENE
effekter

- Vaginal pH



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

Intrarosa «EndoCeutics»

ATC-nr.: G03XX01

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

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

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

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

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

Interaksjoner: Samtidig bruk av systemisk HRT (østrogen, østrogen-progestogenkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale østrogen har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Ikke indisert til premenopausale kvinner i fertil alder, inkl. graviditet. Amming: Ikke indisert ved amming. Fertilitet: Ikke indisert til fertile kvinner.

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

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylning.

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

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

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

Pakninger og priser: 28 stk. (blister med appl) nok 219,90, varenr 098502. **Basert på SPC sist endret 12/2019**

Ny bioteknologilov gir mulighet for bedre preeklampsiscreening og -forebygging i Norge – med bedre helse for mor og barn



Annetine Staff

Forskningsleder /overlege Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus Professor I, Universitetet i Oslo.

Introduksjon

Preeklampsi og andre hypertensive svangerskapskomplikasjoner er potensielt livstruende for gravide og deres fostre/nyfødte. Primærforebygging har som hensikt å redusere andelen gravide som får de mest alvorlige formene. Kvinner med preterm preeklampsi (ofte definert pragmatisk som forløsning før uke 37⁰) har ikke bare høyest dødelighets- og sykkelighetsrisiko, men også høyest risiko for gjentakelse i neste svangerskap, samt for hjerte- og karsykdom senere i livet. Dette gjør at forebygging av preterm preeklampsi er spesielt viktig. Det kliniske målet er forbedret helse på kort og lang sikt, for både mor og barn. Flere internasjonale kliniske retningslinjer anbefaler nå en utvidet screening i svangerskapsuke 11-14, der multiple risikofaktorer for preeklampsi inkluderes i en algoritme som regner ut kvinnens risiko. Dersom denne er forhøyet anbefales kvinnen profylakse med lavdose acetylsalicylsyre (aspirin/ASA). Dersom aspirinprofylaksen tas korrekt (daglig inntak fra uke 11-14), oppnås stor reduksjon i risiko for å føde før termin (< uke 37⁰) pga. preeklampsi, samt mindre risiko for lav fostervekt (ift. gestasjonsalder, dvs SGA – small for gestational age). Slik aspirinforebygging gir en sterk reduksjon i prematuritetsfare og opphold ved nyfødtafdeling for barnet. Mindre risiko for prematur fødsel pga. alvorlig preeklampsi er en viktig helsefremmende mulighet i kjølvannet av den nye bioteknologiloven med tilbud om 11-14 ukers screening – en mulighet som nærmest ikke har blitt omtalt blant politikere våren 2020. Denne artikkelen gir en oppsummering om bakgrunnen for en slik mulighet for preeklampsi-screening.

Hvordan har vi vurdert preeklampsi-risiko i Norge frem til i dag – og hvordan forebygge?

Veilederen i fødselshjelp oppsummerer i 2020-utgaven kjente risikofaktorer for preeklampsi (1). Forslag til mekanismer for hvordan disse påvirker risikoen er oppsummert i min oversiktsartikkel

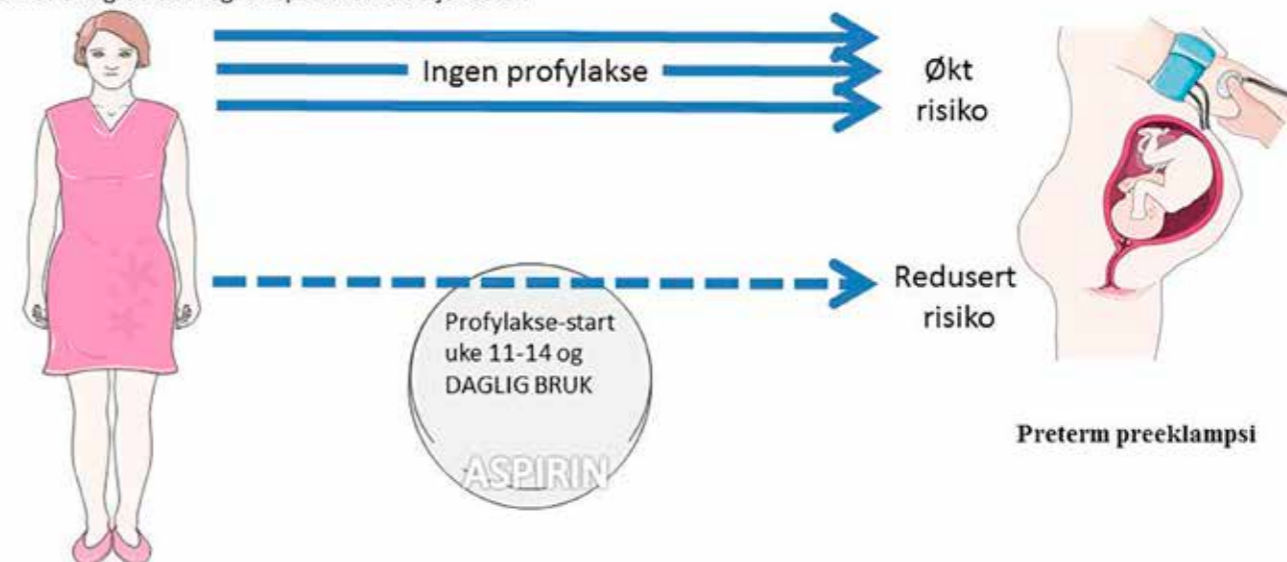
fra 2019 (2). Første trimester er et godt tidspunkt i graviditeten for å vurdere slike risikofaktorer, fordi forebygging av preeklampsi med lavdose aspirin har liten effekt dersom profylaksen startes etter svangerskapsuke 16 (3). Imidlertid er det å foretrekke at kvinner med kroniske sykdommer som øker preeklampsisrisikoen, slik som kronisk hypertensjon, diabetes, overvekt og nyresykdom, får veiledning og livsstilsråd også før graviditeten. Slik veiledning har som mål å optimalisere kroniske sykdommer, og dermed legge til rette for optimal placenteringsprosess og et ukomplisert svangerskap. Preeklampsi er bare ett blant flere syndromer med placentadysfunksjon (2). Andre er residiverende spontanaborter, spontan prematur forløsning, intrauterin fosterdød, abruptio placenta og føtal tilveksthemming. En sunn livsstil, inkludert normalisering av kroppsvekt, anbefales derfor generelt enhver fertil kvinne (1).

Både norske (1), britiske (4) og amerikanske (5, 6) retningslinjer anbefaler i dag at man vurderer epidemiologisk kjente risikofaktorer for å identifisere kvinner med høy risiko for preeklampsi. En risikofaktor klassifisert som en stor risiko (slik som nyresykdom, kronisk hypertensjon) eller to eller flere moderate risikofaktorer (slik som førstegangsfødende, overvektig, høy maternell alder) kvalifiserer i disse retningslinjene som høy risiko for preeklampsi, og dermed anbefaling av forebygging med lavdose aspirin (75-150 mg daglig i norske/britiske anbefalinger og 81 mg i amerikanske anbefalinger) fra ca. 12 ukers graviditet. God profylaktisk effekt er avhengig av aspirin-start før svangerskapsuke 16 (3) og at medikamentet tas hver dag (7).

Mekanismene for forebygging av preeklampsi med aspirin er ikke fullstendig forstått, og heller ikke hvorfor tidligere start enn uke 11-14 ikke ser ut til å ha effekt hos grupper med høy risiko (8). Aspirin medfører en endret balanse av tromboksan og prostaglandin, og dermed mindre blodplateaktivering og vasokonstriksjon, og det har også generell antiinflammatorisk effekt. De kliniske effektene av aspirin bidrar til å utsette oppstart av klinisk sykdom (9) og derved redusert risiko for føtal prematuritet, i tillegg til redusert føtal tilveksthemming/SGA (10). Effekt på maternell mortalitet og morbiditet er vanskelig å utforske i randomiserte kliniske studier, da dette er sjeldne hendelser i de fleste land som praktiserer slik profylakse.

Gravid i uke 11-14 med klinisk høy risiko for preeklampsi:

Dagens retningslinjer for preeklampsiscreening kan forbedres ved nytt tilbud om ultralydscreening i uke 11-14 for alle gravide i regi av spesialisthelsetjenesten



Figur ved Staff A, modifisert fra SMART (Servier Medical ART)

Hvilken dose aspirin og hvorfor screening (kan ikke alle gravide anbefales aspirin)?

De effektive aspirindosene som er brukt i randomiserte studier for preeklampsi-profylakse har stort sett vært mellom 75 og 162 mg daglig. Noen metaanalyser konkluderer med bedre profylaktisk effekt av en aspirindose på 100 mg eller mer daglig (3), men det foreligger ingen randomiserte kliniske studier som sammenligner for eksempel 75 og 150 mg direkte. ASPRE-studien fra 2017 (11) demonstrerte en signifikant reduksjon i preterm preeklampsi (forløsning før svangerskapsuke 37⁰) etter inntak av 150 mg aspirin hver kveld fra svangerskapsuke 11-14 til svangerskapsuke 36⁰. Risikoscreeningen var basert på omfattende svangerskapscreening (ved 11-14 uker) med blodtrykksmåling, blodstrømsmønster i arteria uterina (UtA PI) og den gravidens blodkonsentrasjon av proteinet placentalt growth factor (PIGF: se under). Effekten av aspirin var avhengig av at den gravide brukte medikamentet daglig (høy compliance) (11). Forekomsten av prematur preeklampsi hos høyrisikokvinnene ble redusert fra 4,3% til 1,6% med aspirin (11), men hos kvinner med kronisk hypertensjon (og som var screening-positive) hadde aspirin imidlertid ingen effekt på preeklampsiforekomsten (11). Sekundæranalyser viste at opphold for barna ved nyfødt-intensivavdeling ble dramatisk redusert (i andel og varighet) ved aspirinbruk hos den gravide, hovedsakelig på grunn av stor reduksjon i prematur fødsel før svangerskapsuke 32⁰ (12).

Dosen på 75 mg aspirin daglig er den som tradisjonelt har vært brukt i Storbritannia og Norge for preeklampsi-profylakse, mens 81 mg har tradisjonelt vært brukt i USA. Anbefalingene har vært å bruke 75/81 mg frem til fødsel, uansett om denne skjer til eller etter termin. Slik lavdose aspirin er vist å ikke medføre økt blødning eller abruptio i flere studier, mens noen studier har antydnet økt blødning (13). En fersk epidemiologisk registerstudie

fra Sverige konkluderer med noe økt blødning under og etter fødsel hos mor ved aspirinbruk, mens det er veldig små (økte) tall for den nyfødte (14). Selv om dette ikke var en intervensjonsstudie, rimer studieresultatene godt med at aspirin ikke bør anbefales alle gravide, men heller anbefales brukt etter en screening sammen med en risiko- og nyttevurdering for hvert svangerskap. Den høyere lavdosen på 150 mg aspirin er ikke blitt testet lenger enn til uke 36⁰ i ASPRE-studien (11), slik at sikkerhetsdata for maternell/føtal blødning ved bruk etter uke 36⁰ mangler for denne dosen.

Veileder i fødselshjelp fra Norsk Gynekologisk Forening fra 2020 foreslår derfor (1) (i samsvar med NICE-retningslinjer fra 2019) (4) at «klinikeren vurderer det totale kliniske bildet og samlede risikofaktorer for preeklampsi før oppstart med ASA-forebygging. Flere risikofaktorer vil veie tyngre enn få risikofaktorer, men mulige ulemper må også vurderes. Hvilke konkrete risikogrupper som har best effekt av ASA-profylakse, og av den høyeste dosen ASA, er altså ikke godt utredet, ei heller om det er doseavhengige (sjeldne) ugunstige kort- eller langtidseffekter for mor eller barnet. Flere studier er på gang der forskjellige doseringer testes i RCT-design, i tillegg til utprøving av lavdose ASA til større grupper av gravide» (13). Veilederen anbefaler pragmatisk (i påvente av ny dokumentasjon) at: «kvinner med høy risiko for preeklampsi anbefales inntak av lavdose acetylsalicylsyre (75-150 mg) per os om kvelden fra svangerskapsuke 12 og frem til fødsel (ved 75 mg daglig) ELLER til uke 36 (ved 150 mg daglig)» (1).

Tidlig svangerskapscreening i uke 11-14 kan gi mer presis vurdering av preeklampsi-risiko og dermed mer målrettet forebygging

Kombinasjoner av risikofaktorer gir generelt bedre prediksjon av preeklampsi enn bruk av enkeltfaktorer alene. For eksempel kan

blodstrømsmålinger av arteria uterina (UtA PI) oppdage tidlige forandringer i uteroplacental sirkulasjon assosiert med endret placentafunksjon, slik som ved preeklampsi og tilveksthemmet foster. Som individuell risikoinndikator for preeklampsi har imidlertid UtA PI en lav følsomhet og spesifisitet, men kan være nyttig i mer komplekse prediksjonsalgoritmer fra første og andre trimester (15).

Prediksjonsmodellene vi bruker for preeklampsi i Norge er i dag begrenset til medisinsk og obstetrisk sykehistorie og har sannsynligvis moderat suksess. Retningslinjene fra Storbritannia (NICE; National Institute for Health and Care Excellence) (4), som bruker liknende kliniske risikofaktorer som de norske (1), oppdager 40% av gravide som utvikler preeklampsi, med en 10% falsk positiv deteksjonsrate (16). Mer omfattende screeningsmodeller har derfor blitt utviklet og testet i løpet av det siste tiåret, slik som en modell utviklet av Fetal Medicine Foundation i 2009 (17). Denne modellen inkluderer de velkjente kliniske risikofaktorene for preeklampsi (slik som primiparitet, høy BML, flerlinger etc), men legger til informasjon om gjennomsnittlig arterielt blodtrykk (MAP), uteroplacental Doppler-blodstrøm (UtA PI), samt sirkulerende nivå av PIGF (i den gravides blod) (18). Tillegg av et annet sirkulerende placenta-relatert protein (PAPP-A; pregnancy-associated plasma protein-A) har ikke bedret prediksjonsverdien (19). En graviditet anses som høyrisiko for preeklampsi når den beregnede risikoen er > 1 av 100 basert på denne modellen (15). Denne algoritmen (basert på 11-14 uker screening) er mer presis enn tradisjonelle kliniske retningslinjer (slik som fra NICE) (20), og identifiserer 75% av svangerskap med høy risiko for prematur preeklampsi (og 45% av enhver form for preeklampsi) med en falsk positiv rate på 10%, i en blandet europeisk befolkning (21). Tilsvarende resultater ble funnet i en asiatiske befolkning (22), etter justeringer av modellen på grunn av lavere medianverdier av PIGF ved 11-14 ukers screening (23).

Hva er angiogenetiske proteiner og hvorfor kan de predikere preeklampsi (og annen form for placentasvikt)?

Preeklampsi-utviklingen er kompleks, og placenteringsproblemer er viktig for den tidlige formen, som ofte er ledsaget av tilveksthemming. Den sene formen (forløsning $\geq 37^{\circ}$), har sjelden tegn på dysfunksjonell placentering, dvs sjelden et tilveksthemmet foster. Alle former for preeklampsi kjennetegnes av maternell systemisk vaskulær inflammasjon, som gir opphav til hypertensjon, proteinuri og evt. andre former for organsvikt som sees ved preeklampsi. Den rådende teorien er at inflammatoriske substanser frigjort fra en dysfunksjonell placenta bidrar til denne endotelaktivering og vaskulær inflammasjon. Dysregulerte angiogenetiske faktorer spiller med stor sannsynlighet en viktig rolle i samspeillet mellom en dysfunksjonell placenta og denne maternelle vaskulære inflammasjonen (2). Vi har foreslått en preeklampsi-sykdomsmodell som passer med de kliniske formene og med at de angiogenetiske proteiner målt i den gravides blod i uke 11-14 (slik som lav PIGF) bare predikerer den tidlige formen, ikke den sene (24, 25).

Vi oppsummerte i 2011 noe av bakgrunnen for de angiogenetiske proteinene som nå brukes i flere land ved preeklampsievaluering (26). I 2003 ble det angiogenetiske proteinet sFlt1 (soluble fms-like tyrosine kinase 1), også kalt VEGF-R1 (vascular endothelial growth factor receptor 1), foreslått som en viktig bidragsyter til den maternelle kar-responsen ved preeklampsi (27). VEGF (vascular endothelial growth factor) er den viktigste angiogenetiske

vekstfaktoren og en viktig overlevelsesfaktor for vaskulært endotel. sFlt1-proteinet i morens sirkulasjon fungerer som "lokkedue" for de sirkulerende angiogenetiske faktorene VEGF og PIGF (placental growth factor) ved at disse molekylene bindes sFlt1, noe som gir lavere konsentrasjon av fritt sirkulerende VEGF og PIGF. Dette medfører hypertensjon, proteinuri og dermed klinisk preeklampsi, sannsynligvis via forstyrret VEGF-aktivering av maternelt endotel og dermed redusert aktivering av eNOS (endothelial nitrogen oxide synthase) og NO-produksjon (27). sFlt1 produseres i større mengder fra placenta ved preeklampsi enn ved normotensive svangerskap. Klinisk etablert preeklampsi karakteriseres ved lav maternell serumkonsentrasjon av fritt PIGF, samt høy serumkonsentrasjon av sFlt1 sammenlignet med normotensive svangerskap. Den mest brukte ELISA-metoden for å måle VEGF er ikke sensitiv nok for de lave VEGF-konsentrasjonene hos gravide, og derfor kan ikke fritt VEGF brukes i dag som prediktor for preeklampsi.

Konsentrasjonen av PIGF i maternelt blod har vist seg å være mest nyttig for preeklampsi-prediksjon blant de sirkulerende faktorene som er testet i uke 11-14. De «angiogenetiske» proteinene gir imidlertid best prediksjonsverdi jo nærmere sykdomsstart de måles, men en sen start med aspirin har ikke preventiv effekt, og derfor er blodprøver fra uke 11-14-screningstidspunktet best egnet. Ratioen sFlt1/PIGF har i flere studier vist seg å være bedre prediktor for preeklampsiutvikling enn sFlt1 eller PIGF målt hver for seg (28). Vi fant i en studie fra Norge at en liten stigning i PIGF-konsentrasjonen og en stor stigning i sFlt1-konsentrasjonen fra første til andre trimester økte risikoen for preeklampsiutvikling 35 ganger sammenliknet med gruppen med stor PIGF-stigning og liten sFlt1-stigning (29). Vi har i 2015 foreslått at det er cellulært stress (i placentas syncytiotrofoblastceller) som bidrar til det økte nivået av sFlt-1 i maternell sirkulasjon, og dermed til lavere PIGF-nivå i den gravides blod (pga. sFlt-1-binding av fritt PIGF) (25). Vår modell forklarer hvorfor sen preeklampsi ikke kan predikeres ved PIGF i uke 11-14, fordi denne gruppen ikke har en dysfunksjonell placenta på dette tidspunktet (og dermed ikke høy sFlt-1-produksjon) (2, 25, 30).

I flere land (inkludert Storbritannia, etter anbefaling fra NICE) (4, 31) er nå angiogenetiske blodprøver i svangerskapet anbefalt å tas hos kvinner med mistanke om preeklampsi (men ikke bekreftet med vanlig klinisk diagnostikk) mellom svangerskapsuke 20 og 35. Dette er fordi normale verdier av disse markørene (sFlt-1/PIGF og PIGF) har vist å kunne utelukke preeklampsi (i over 99%), og dermed redusere behov for sykehusinnleggelse innen de neste 1-2 uker (32, 33). Laboratorieanalysene for disse biomarkørene er ikke refusjonsberettiget i Norge i dag. Folkehelseinstituttet utførte i 2019-20 en medisinsk metodevurdering (health technology assessment) og anbefaler videre forskning for å vurdere om denne biomarkørtestingen vil medføre bedret kliniske utfall og økonomiske innsparinger også i Norge.

Vi bør i Norge sammen teste nytten av 11-14 ukers preklampsi-screening

Selv om vi i Norge skulle ta i bruk en mer effektiv screeningsalgoritme enn tidligere vil mange preeklampsitilfeller fortsatt være uforutsigbare i første trimester. I tillegg vil antakelig 25% av kvinnene som vurderes som høyrisiko og tar profylaktisk aspirin fortsatt utvikle prematur preeklampsi, til tross for høy compliance (> 90%) (15). Den optimale preeklampsi-screeningmetoden er

dermed ikke etablert ennå, og lokale kostnads-nytteanalyser med helseøkonomiske evalueringer er nødvendig, i tråd med store globale forskjeller i tilbud og ressurser for fødselshjelpen (15). FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) anbefaler fra 2019 en utvidet første trimester-screening for preeklampsi, men anbefaler, der ressursene er begrenset, at UtA PI og PIGF reserveres for noen grupper som ikke er høyrisiko ut fra vanlige kliniske kriterier, men der de likevel anses som mulig risikogruppe (15).

I Norge har vi nå en unik mulighet for å teste utvidet preeklampsi-screening, i forbindelse med et nytt tilbud til alle gravide om tidlig screening i svangerskapet (uke 11-14).

Noen kan hevde at resultatene for mor og barn er så gode i Norge i dag at det er feil prioritering av ressurser med tillegg av PIGF-måling og blodstrømsmåling av arteria uterina, sammenlignet med dagens kliniske screening. MAP er enkelt å legge til i fremtidens screening i Norge, da blodtrykkmåling gjøres uansett, dog ikke alltid på en systematisk måte (eller i uke 11-14) med validerte blodtrykksmålere for svangerskap etc. Mitt tips er at de familier som har opplevd fødsel (og evt død) av premature barn, samt oppfølging av barn med potensielle store og varige funksjonsutfordringer, ville mene at vi ikke har råd til å la være å teste en slik screeningsmulighet i Norge. Imidlertid må en ny utgift til biomarkørtesting (og utgifter til opplæring og gjennomføring av blodstrømsmålinger i 11-14 ukers screening) settes opp mot andre utgifter og eventuelle innsparinger. Mange gravide må screenes for at ett tilfelle av tidlig preeklampsi skal kunne forebygges med lavdose aspirin. Noen kvinner screenes falskt positivt og kan muligens bli skremt unødig. Den reelle

Referanser

- Staff A, Kvie A, Langesaeter E, et al. Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og preeklampsi. Veileder i Fødselshjelp Web site. <https://www.legeforeningen.no/forening-sledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fødselshjelp/hypertensive-svangerskapskomplikasjoner-og-eklampsi/>. Published 2020. Accessed July 2020, 2020.
- Staff AC. The two-stage placental model of preeclampsia: An update. *J Reprod Immunol.* 2019;134-135:1-10.
- Roberge S, Bujold E, Nicolaidis KH. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(3):287-293. e281.
- Excellence) NNifHaC. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline 133. NICE. Published 2019. Accessed 2019.
- ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):e1-e25.
- ACOG Committee Opinion No. 743: Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;132(1):e44-e52.
- Wright D, Poon LC, Rolnik DL, et al. Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention trial: influence of compliance on beneficial effect of aspirin in prevention of preterm preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(6):685.e681-685.e685.
- Chaemsaitong P, Cuenca-Gomez D, Plana MN, Gil MM, Poon LC. Does low-dose aspirin initiated before 11 weeks' gestation reduce the rate of preeclampsia? *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(5):437-450.
- Wright D, Nicolaidis KH. Aspirin delays the development of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(6):580.e581-580.e586.
- Tan MY, Poon LC, Rolnik DL, et al. Prediction and prevention of small-for-gestational-age neonates: evidence from SPREE and ASPRE. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;52(1):52-59.
- Rolnik DL, Wright D, Poon LC, et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med.* 2017;377(7):613-622.
- Wright D, Rolnik DL, Syngelaki A, et al. Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention trial: effect of aspirin on length of stay in the neonatal intensive care unit. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(6):612.e611-612.e616.
- Mone F, Mulcahy C, McParland P, et al. Trial of feasibility and acceptability of routine low-dose aspirin versus Early Screening Test indicated aspirin for pre-eclampsia prevention (TEST study): a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018;8(7):e022056.
- Hastie R, Tong S, Wikström AK, Sandström A, Hesselman S, Bergman L. Aspirin use during pregnancy and the risk of bleeding complications: A Swedish population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2020.
- Poon LC, Shennan A, Hyett JA, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;145 Suppl 1:1-33.
- Poon LC, Nicolaidis KH. First-trimester maternal factors and biomarker screening for preeclampsia. *Prenat Diagn.* 2014;34(7):618-627.

effekten av ny screening for preeklampsi er ukjent i Norge, men ca 1/3 med preeklampsi forløses preterm, dvs ca 600 per år (av totalt 1800 med preeklampsi i Norge). Det er sannsynlig at vi, med målrettet aspirinprofylakse, vil få en signifikant nedgang i andel svangerskap med tidlig preeklampsi, men en økning av mildere former (svangerskaps hypertensjon og sent innsettende preeklampsi). Et slikt skifte vil kunne gi betydelige fordeler for barnet. Det maternelle kortidsutfallet av preeklampsi er veldig godt i Norge i dag, men en positiv effekt på redusert maternell hjerte- og karsykdom kan ikke utelukkes, dersom den gravide unngår å få den tidligste formen (30, 34).

En ny prediksjonsmodell må tilpasses befolkningen i Norge, inkludert testing av medianverdier av PIGF ved 11-14 ukers screening (23). En klinisk forskningsstudie på effekter av forbedret screening og mer persontilpasset aspirinprofylakse bør følge opp effekter på alle typer svangerskapskomplikasjoner assosiert med placenteringsproblematikk (2), ikke bare preeklampsi. En nasjonal dugnad kan også gi oss mer kunnskap om reell blødningsfare hos mor og barn ved målrettet aspirinprofylakse, etter systematisk registrering av dosering og compliance.

Ny bioteknologilov har gitt oss en mulighet til å teste om vi kan gjøre det enda bedre i svangerskapsomsorgen i Norge, ved bedre å skreddersy oppfølging av hver gravide kvinne og hennes foster.

Dersom forekomsten av prematuritet reduseres, slik som i ASPRE-studien (11), vil slik utvidet screening gi mange nyfødte en bedre start på livet og lette omsorgsbyrder for mange familier og for hele samfunnet.

- Poon LC, Kametas NA, Maiz N, Akolekar R, Nicolaidis KH. First-trimester prediction of hypertensive disorders in pregnancy. *Hypertension.* 2009;53(5):812-818.
- Foundation TFM. Risk assessment for preeclampsia. The Fetal Medicine Foundation. <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia/first-trimester>. Accessed June 9, 2020.
- O'Gorman N, Wright D, Syngelaki A, et al. Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks gestation. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(1):103.e101-103.e112.
- Tan MY, Wright D, Syngelaki A, et al. Comparison of diagnostic accuracy of early screening for pre-eclampsia by NICE guidelines and a method combining maternal factors and biomarkers: results of SPREE. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;51(6):743-750.
- Poon LC, Nicolaidis KH. Early prediction of preeclampsia. *Obstet Gynecol Int.* 2014;2014:297397.
- Chaemsaitong P, Pooh RK, Zheng M, et al. Prospective evaluation of screening performance of first-trimester prediction models for preterm preeclampsia in an Asian population. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(6):650.e651-650.e616.
- Chaemsaitong P, Sahota D, Pooh RK, et al. First-trimester pre-eclampsia biomarker profiles in Asian population: a multicenter cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019.
- Redman CW, Sargent IL, Staff AC. IFPA Senior Award Lecture: Making sense of pre-eclampsia - two placental causes of preeclampsia? *Placenta.* 2014;35 Suppl:S20-S25.
- Redman CW, Staff AC. Preeclampsia, biomarkers, syncytiotrophoblast stress, and placental capacity. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(4 Suppl):S9-4.
- Rosseland NL, Barbero ML, Staff A. [Can pre-eclampsia be predicted?]. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2011;131(8):806-807.
- Maynard SE, Min JY, Merchan J, et al. Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction, hypertension, and proteinuria in preeclampsia. *J Clin Invest.* 2003;111(5):649-658.
- Staff A. Circulating predictive biomarkers in preeclampsia. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health.* 2010;1:28-42.
- Vatten LJ, Eskild A, Nilsen TI, Jeansson S, Jenum PA, Staff AC. Changes in circulating level of angiogenic factors from the first to second trimester as predictors of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(3):239-236.
- Staff AC. Why Do Circulating Biomarkers Predict Early-Onset Preeclampsia, and Can They Also Predict Future Maternal Cardiovascular Health? *Hypertension.* 2019;Hypertension-ha11913722.
- Excellence) NNifHaC. PIGF-based testing to help diagnose suspected pre-eclampsia. *Diagnosis Guidance 23.* NICE. Published 2016. Accessed 2019.
- Chappell LC, Duckworth S, Seed PT, et al. Diagnostic accuracy of placental growth factor in women with suspected preeclampsia: a prospective multicenter study. *Circulation.* 2013;128(19):2121-2131.
- Zeisler H, Lurba E, Chantraine F, et al. Predictive Value of the sFlt-1:PIGF Ratio in Women with Suspected Preeclampsia. *N Engl J Med.* 2016;374(1):13-22.
- Staff AC. Long-term cardiovascular health after stopping pre-eclampsia. *Lancet.* 2019.

Hormonbehandling i klimakteriet

Hva er historien, og hvor står vi i dag?



Mette Haase Moen
Professor Emerita (NTNU)



Ole-Erik Iversen
Professor Emeritus (UIB)

Etter hvert kom negative studier om MHT. Lenge trodde vi at MHT med naturlig østradiol eller konjugert østrogen, i motsetning til p-pillar med ethinyløstradiol, ikke øket risiko for trombose, men i 1996 kom første studie (2) som viste at MHT økte tromboserisikoen, omtrent som for p-pillar, med størst risiko i starten av behandlingen

PEPI-trial fra 1996 (3) dokumenterte nødvendigheten av gestagentilskudd for å unngå endometriehyperplasi og -cancer. I gruppen som fikk CEE (konjugert, ekvint østrogen) utviklet 62% ulike grader av hyperplasi i løpet av en treårs studieperiode.

Man var på 70- og 80-tallet ikke spesielt bekymret for mulig øket risiko for mammacancer. Bildet var uklart inntil vi fikk den første store reanalysen av alle publiserte studier (4) som viste at MHT medførte RR på 1.35 for 5 års MHT.

Fra slutten av 80-tallet kom flere studier om redusert risiko for colorektal cancer ved bruk av MHT. En metaanalyse av 18 studier (5) viste ca. 20 % redusert risiko både for insidens og mortalitet. Coloncancer er nest hyppigste kreftform hos kvinner, med høyere dødelighet enn brystkreft.

I forhold til redusert risiko for hjerte-karsykdommer, anså man at en lett øket risiko for brystkreft med MHT var akseptabel, da hjerte-karsykdommer var langt vanligere årsak til sykdom og død hos postmenopausale kvinner enn brystkreft. Den tilsynelatende beskyttende effekt av MHT mot colorektal cancer fikk heller liten oppmerksomhet.

Første store, randomiserte studie angående hjerte-karsykdommer og MHT var HERS-studiene (6, 7), der MHT ble gitt som sekundærprofylakse til postmenopausale kvinner med diagnostisert hjerte-karsykdom. Resultat av 6,8 år med MHT versus placebo viste ingen beskyttende effekt, men heller ikke øket risiko for residiv, bortsett fra første behandlingsåret, der det var en lett øket risiko, sannsynligvis på grunn av initial øket tromboserisiko (7). Det var skuffende at en stor randomisert studie ikke kunne vise effekt av MHT, men det var dels eldre kvinner (nesten 67 år ved start av studien) og dels kvinner som allerede hadde hjerte-karsykdom. Vi så frem til den igangværende store studien, WHI, der resultatene var ventet i 2005.

WHI (Women's Health Initiative). Et vendepunkt.

WHI var en gigantisk amerikansk studie som ble igangsatt 1991 av den første kvinnelige direktør for National Institute of Health, Bernadine Healy. Totalt skulle ca. 160.000 kvinner inkluderes i



Dagbladet 17. juli 2002

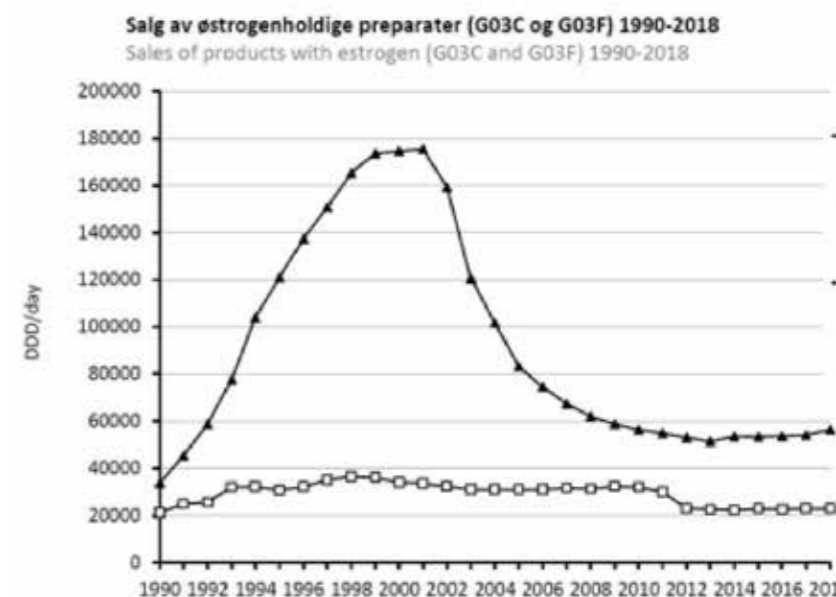
studien som hadde flere armer, bla. en randomisert studie med ca. 26.000 kvinner som skulle få MHT eller placebo i 8,5 år.

På en kjølig juledag i 2002 kom sjokket. WHI-studien var stoppet allerede etter 5,2 år fordi interimanalyser viste at MHT gjorde mer skade enn gevinn (8). Det var øket forekomst av brystkreft hos de som fikk MHT (her CEE og MPA), og det var signifikant større forekomst av trombose, hjerneslag og – overraskende – av hjerte-karsykdom. På den andre siden var det signifikant redusert forekomst av frakturer og colorektal kreft. Det var ingen forskjeller i endometriekreft eller total dødelighet. Totalt sett var risiko med MHT større enn gevinsten.

Gruppen av hysterektomerte kvinner som fikk ren østrogen (CEE) hadde gunstigere resultater og kunne fortsette i studien, men etter 6,8 år stoppet man forsøket, da MHT ga signifikant øket risiko for hjerneslag (9). Risiko for lårhalsbrudd var signifikant redusert. I behandlingsarmen var det redusert risiko for hjerte-karsykdom og for brystkreft, men ikke signifikant reduksjon. Det var ingen forskjell i dødelighet.

Resultatet av WHI-studien, spesielt de første resultatene, fikk stor oppmerksomhet. De negative resultatene kom på forsiden av tabloid-pressen, mens de positive fikk beskjeden omtale. Effekten av WHI viste seg etter kort tid på salgstall for MHT, i Norge med en reduksjon på nesten 70%. Noe tilsvarende så man i alle vestlige land. Kvinner turte ikke fortsette behandling eller startet med MHT, og leger var restriktive med å behandle. En slik berg-og-dal-bane har man neppe sett med andre legemidler.

WHI-studiene reiste flere spørsmål, og reanalyser og oppfølgingsstudier fulgte. Kritikken av WHI var at kvinnene i studien ikke



Salg av østrogenholdige preparater fra 1990-2018

Bakgrunn

I Gynekologen 2020-2 omtaler LIS Øystein Bergøy 'medisinsk reversering' og bruker som eksempel MHT (menopausal hormone treatment), der resultat av WHI-studien (Women's Health Initiative) viste en uventet negativ effekt på hjerte-karsykdommer som førte til 'reversering' av bruken av MHT.

Som seniorer (emerita og emeritus) i gynekologi har vi opplevd denne 'reverseringen' og ønsker å gi en oppdatering om MHT gjennom de ca. 50 år vi har vært i faget.

Tiden før Women's Health Initiative

Østrogen har vært brukt som behandling for klimakterieplager siden 50-tallet. I Norge har østradiol vært markedsført i ca. 50 år, og nye produkter har kontinuerlig tilkommet.

Det hersker ikke tvil om at østrogen er eneste effektive behandling for klimakterieplager. På 80-90 tallet fikk vi kunnskap om at østrogen kunne beskytte mot/behandle osteoporose, og østrogen ble av Legemiddelverket ansett å være førstebehandling for osteoporoseprofylakse hos kvinner under 70 år.

På 90-tallet kom resultater fra observasjonsstudier som viste at kvinner som hadde brukt østrogen hadde redusert risiko for hjerte-karsykdommer. I en oversiktsartikkel (1) oppsummeres fra prospektive cohort-studier og angiografiske studier at østrogenbehandling halverte risikoen for hjerte-karsykdommer, og man anså at denne effekten neppe kunne forklares med 'confounding factors' eller 'selection bias' ('healthy user effect'). Randomiserte studier ble etterlyst.

Bemerk at hverken i Norge eller i andre land har MHT hatt indikasjonen profylakse mot hjerte-karsykdommer

var kvinner som man ville starte på hormonbehandling: De var i gjennomsnitt 63 år, de hadde ingen eller meget lette symptomer, og behandlingen de fikk, oral CEE og MPA, var ikke ideell. Subanalyser og oppfølging av WHI-materialet har gitt mer nyanserte resultater, spesielt interessant angående rent østrogen. En oppfølgingsstudie av WHI på totalt 10,7 år (10) viste redusert risiko (RR 0.77; CI 0.62-0.95) for brystkreft hos de som hadde fått østrogen i 5,9 år og ingen signifikant forskjell i andre sykdommer, inkludert kreft. En WHI-langtidsoppfølging på 18 år viste ingen økt dødelighet hos de som hadde brukt MHT i 5,6 år (11).

Hvor står vi i dag? Retningslinjer basert på oppdaterte studier

Indikasjon for MHT bør være klimakterielle symptomer, ikke beskyttelse mot sykdom. Ett unntak er forebygging av osteoporose hos kvinner med øket risiko, der andre legemidler ikke kan brukes (Felleskatalogen).

Timing: MHT bør startes senest 10 år etter menopause og før 60 års alderen, før det kommer aldersrelaterte forandringer i arteriene (12).

Hjerte-karsykdom: I en dansk randomisert langtidsstudie ble det funnet halvert risiko for hjerte-karsykdom hos kvinner som startet med MHT tidlig etter menopause (13), altså samme effekt som tidligere påvist i epidemiologiske studier (1).

Endometriekreft og brystkreft: Ren østrogen gir liten eller ingen risikøkning for brystkreft (9). I randomiserte og epidemiologiske studier (8, 14, 15, 16) er det vist at kombinasjonen av østrogen og gestagen øker risiko for brystkreft. Relativ risiko på 1.2 til 3.0 er rapportert. I Million women study er det kalkulert at behandling

med østrogen/gestagen gitt til 1000 kvinner i ti år har forebygget 10 tilfeller av endometriekreft, men har fremkalt 14 tilfeller av brystkreft (14). Hva velger man? Pest eller kolera?

Vi har trodd at gestagenspiral var en trygg måte å beskytte endometriet, men i en nyere oversiktsartikkel ble det påvist øket risiko for brystkreft, spesielt hos spiralbrukere over 50 år (17). I PEPI-studien omtales at man i spesielle situasjoner kan gi ren østrogen med årlig kontroll av endometriet (3), men ved overvekt og middels til høy østrogendose bør man nok avstå fra slikt regime. Nye gestagener og progesteron er muligens gunstigere.

Tidligere brystkreft er kontraindikasjon for MHT, men familiær risiko (inkl. BRCA-mutasjon) er ikke kontraindikasjon.

Trombose: Øket risiko for trombose, lungeemboli og slag er vist ved peroral MHT i WHI-studiene (8, 9). Flere studier har vist at transdermal MHT ikke øker tromboiserisiko og at naturlig progesteron er gunstig fordi det ikke påvirker koagulasjonen (18). Franske studier har vist at transdermal MHT ikke gir tilleggs-økning hos de som har trombofili (19). Tidligere trombose anses fortsatt som kontraindikasjon for MHT.

Dødelighet: I 18 års oppfølging av WHI-studien (11) ble det ikke påvist øket dødelighet blant de som hadde fått MHT, men mortaliteten av brystkreft blant de som hadde fått ren

østrogen var signifikant lavere, RR 0.55. Dødelighet av Alzheimer og demens var også signifikant redusert, RR 0.85.

Internasjonale anbefalinger: International Menopause Society, IMS, kommer regelmessig med oppdaterte anbefalinger. I oppdateringen fra 2016 (20) poengteres at sikkerheten med MHT avhenger av valg av preparat og oppstart av behandling. Ved oppstart av behandling kort tid etter menopause hos friske kvinner under 60 år vil positive effekter oppveie risiko. IMS vurderer at det er gestagen som i større grad enn østrogen er årsak til øket risiko for brystkreft. Start av MHT omkring menopausen gir beskyttelse mot osteoporotiske frakturer, hjerte-karsykdommer og reduserer total dødelighet. I anbefalingene fra North American Menopause Society, NAMS, fra 2017 omtales at det ikke er aldersgrense for fortsatt bruk av MHT, og det beskrives at ca. halvparten får residiv av symptomer etter seponering (21).

Konklusjon

Vi har gitt en kort historisk oversikt over utviklingen av MHT gjennom årtier. Vi er bekymret for om den rådgivning og behandling som i dag tilbys kvinner med klimakterielle plager er oppdatert og tilstrekkelig nyansert. I stor grad har diskusjonen dreiet seg om å vurdere balanse mellom positive og negative bieffekter av MHT, men vi må ikke glemme at det viktigste er effektiv behandling av plagsomme symptomer, og langt på vei må det være kvinnen som tar den endelig avgjørelse om behandling.

Referanser

- Stampfer MJ, Colditz GA. Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assessment of the epidemiologic evidence. *Prev Med.* 1991 Jan;20(1):47-63
- Daly E, Vessey MP, Hawkins MM, Carson JL, Gough P, Marsh S. Risk of venous thromboembolism in users of hormone replacement therapy. *Lancet.* 1996 Oct 12;348(9033):977-80.
- The Writing Group for the PEPI Trial. Effects of Hormone Replacement Therapy on Endometrial Histology in Postmenopausal Women The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial (JAMA. 1996;275:370-375)
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet.* 1997 Oct 11;350(9084):1047-59.
- Grodstein F, Newcomb PA, Stampfer MJ. Postmenopausal hormone therapy and the risk of colorectal cancer: a review and meta-analysis. *Am J Med.* 1999 May;106(5):574-8
- Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group *JAMA.* 1998 Aug 19;280(7):605-13.
- Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, Hsia J, Hulley S, Herd A, Khan S, Newby LK, Waters D, Vittinghoff E, Wenger N; HERS Research Group. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA.* 2002 Jul 3;288(1):49-57.
- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* 2002 Jul 17;288(3):321-33.
- Anderson GL et al. Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial *JAMA* 2004 Apr 14;291(14):1701-12. doi: 10.1001/jama.291.14.1701.
- LaCroix AZ, Chlebowski RT, Manson JE, Aragaki AK, Johnson KC, Martin L, Margolis KL, Stefanick ML, Brzyski R, Curb JD, Howard BV, Lewis CE, Wactawski-Wende J; WHI Investigators. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with prior hysterectomy: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2011 Apr 6;305(13):1305-14.

- Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Chlebowski RT, Howard BV, Thomson CA, Margolis KL, Lewis CE, Stefanick ML, Jackson RD, Johnson KC, Martin LW, Shumaker SA, Espeland MA, Wactawski-Wende J; WHI Investigators. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. *JAMA.* 2017 Sep 12;318(10):927-938.
- Bassuk SS, Manson JE. The timing hypothesis: Do coronary risks of menopausal hormone therapy vary by age or time since menopause onset? *Metabolism.* 2016 May;65(5):794-803
- Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, Stilgren L, Eiken P, Mosekilde L, Køber L, Jensen JE. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ.* 2012 Oct 9;345:e6409
- Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362:419-427
- Sarah Sæther T, Kjersti Bakken, Eiliv Lund. The risk of breast cancer linked to menopausal hormone therapy. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2012 Jun 12;132(11):1330-4.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence *Lancet* 2019 Sep 28;394(10204):1159-1168.
- Conz L, Mota BS, Bahamondes L, Teixeira Dória M, Françoise Mauricette Derchain S, Rieira R, Sarian LO. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and breast cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020 Aug;99(8):970-982.
- Scarabin P-Y, Canonico M, Plu-Bureau G et al. Menopause and hormone therapy in the 21st century: why promote transdermal estradiol and progesterone? *Heart* 2020 Aug;106(16):1278
- Céline Straczek 1, Emmanuel Oger, Marianne Beau Yon de Jonage-Canonico, Geneviève Plu-Bureau, Jacqueline Conard, Guy Meyer, Martine Alhenc-Gelas, Hervé Lévesque, Nathalie Trillot, Marie-Thérèse Barrellier, Denis Wahl, Joseph Emmerich, Pierre-Yves Scarabin, Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. Prothrombotic mutations, hormone therapy, and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration. *Circulation* 2005 Nov 29;112(22):3495-500.
- R J Baber, N Panay, A Fenton, IMS Writing Group 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* 2016 Apr;19(2):109-50
- NAMS. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2018 Nov;25(11):1362-1387

Oppdatert

Akutt obstettrikk er noko mange eg snakker med synest er både det mest spennande og skumlaste med faget vårt. Når barnet er forløynt og mor er flytta til intensivten kan eg ofte kjenna meg som ein fisk på særstort land. Der driv dei på med rare ting som å ta invasive MAP-trykk, og blodprøvesetta inneheld mykje eg ikkje er vand med. Her kjem det to podcastar som hovudsakeleg omhandlar den kritisk sjuke obstetriske pasienten.

Sjølv om eg ikkje har tru på at podcastar kan erstatta praktisk trening i å handtera akutte situasjonar, kan dei komplementera den med å gje ei betre innføring i teorien og prinsippa bak det som trenast på. Kanskje kan dei gje deg betre grunnlag for å sjå tilstanden litt frå anestesiologyen si side.

The critical care obstetrics podcast

Amerikansk podcast som tek føre seg alle moglege problemstillingar som er relevante for å ta vare på den kritisk sjuke obstetriske pasienten, frå biokjemiske prosessar til strukturelle utfordringar ved sjukehusorganisering. Podcasten forklarar tema som ein vagt husker frå studiet på ein veldig pedagogisk og klinisk relevant måte. Sjekk for eksempel ut episoden "sepsis simplified", "DKA made simple" og "what is DIC". Denne podcasten er laga av eit firma som driv med simuleringar, og nokre podcastepisodar omhandlar korleis ein kan optimalisera simuleringstreningane.

Kjem ut vekentleg og varer 10-20 min.



Obsgynaecritcare

Australsk podcast produsert av ein anestesiology, og vinklinga på ein del av temaa synast å bera preg av det. Det er for eksempel mykje fysiologisknakk og diskusjonar rundt anestesiologyiske prosedyrer som f.eks. intubering. Podcasten synast imidlertid å vera klar over at dei har ein del lyttarar som er obstetrikarar, så dei fleste ting blir forklart slik at me klarer å henga med. Det er mange gode diskusjonar her der ein kan læra om faget vårt frå ein litt annan ståstad enn det me kanskje er vande med. Episodane er litt uregelmessige for tida, men har til vanleg kome ut eit par gonger per mnd. Varigheit er som regel rundt ein halvtime. Dei første episodane er av betydeleg dærligare kvalitet enn det dei siste er.



Kunnskapsbasert praksis

Tre anledningar til å misbruka studier

Det er noko ufyseleg privilegert over å sjå positive effektar av ein verdsomspennande pandemi. For nerdar i medisinsk kunnskapshistorie er det likevel interessant å oppleve kunnskapsoppbygging rundt ein ny sjukdom. Utviklinga frå laboratoriestudier til dei første randomiserte kontrollerte studiane har på kort tid romma fleire medisinske reverseringar, som eksempelvis hydroksylorokin. Du husker medisinsk reversering? Omgrepet for ein praksis som viser seg å ikkje vera basert på tilstrekkeleg kunnskap (sjå førre nummer av Gynekologen for meir). Pandemien har illustrert korleis reverseringar oppstår. Praksis basert på enkeltstudier, studier av suboptimal kvalitet eller å bruka ein studie som ikkje direkte svarer på det du eigentleg lurar på, medfører høgt sannsyn for ei medisinsk reversering. Pandemiar tvinger beslutningstakarar til å ta avgjersler på avgrensa grunnlag. Likevel bør me læra av dette. Avgrensa grunnlag bør ikkje bety feil grunnlag. Lat oss difor sjå på ulike årsaker til medisinske reverseringar.



Øystein Bergøy

LiS ved Stavanger Universitetssykehus og nestleder i FUGO

Sjå på dette som ein smaksprøve av fleire emner som me vil gå grundigare inn på seinare. Merk at eg konsentrerer meg om faktorar me kan påverka sjølve. Interessekonflikter, ulike insentiver, politikk og lobbyverksemdar er sjølvsagt også viktig.

Me kan kategorisera årsakane til medisinsk reversering i tre hovudkjelder (sjå figur):

1. Idéen bak og planlegginga av studien

Fleire ting som påverkar planlegginga og designet av ein studie kan auka sjansane for at den blir årsak til medisinsk reversering. For det første må forskarane klara å formulera eit klart spørsmål og deretter designa studien til å svara på det. Dette kan vera ei svært vanskeleg oppgåve. Sei at du eigentleg lurar på om kvinner med endometriose får eit betre liv ved å bruka gnrh-analogar. Dersom du designar ein studie som ser på eventuelle forskjellar i antal dagar med magesmerter mellom gnrh-analogar og placebo, får du då svar på det du lurar på? Kva om den eine gruppa har fleire dagar med smerter, men smerten er langt mildare? Kva om den andre gruppa får plagsame biverknadar? Når du les ein studie, ha difor klart føre deg nøyaktig kva det er studien er laga for å svara på. Du bør unngå freistinga av å lata som at studien svara på noko anna enn det den har. Er det magesmerter den utforsker, så er det det og ikkje nødvendigvis livskvalitet.

Av praktiske årsaker kan det vera vanskeleg å designa ein studie som svarer nøyaktig på spørsmålet ein vil ha svar på. Ein må då forsøka å finna ein måte å koma så nært dette svaret som mogleg. Randomiserte kontrollerte studier er det beste me har for å etablere årsakssamanheng, for eksempel om ein intervensjon er betre enn andre behandlingar (1). Observasjonsstudier brukast ofte

der det er vanskeleg å utføra ein randomisert kontrollert studie. Hovudproblema med observasjonsstudier er at det er vanskeleg å sikra seg mot seleksjonskeivheiter og konfunderande faktorar. Dette er omgrep som me skal ta føre oss seinare, men dei gjer at ein aldri kan sikkert bevisa årsakssamanheng med observasjonsstudier (2). Dei brukast trass dette ofte for å anbefala praksisendringar (3). På den andre sida har observasjonsstudier sine fordelar når det gjeld å sjå etter hendingar som inntreff sjelden eller lang tid etter ei eksponering, for eksempel biverknadar ved ei behandling, sidan dette er dyrt og upraktisk å gjera med randomiserte kontrollerte studier (4). Dei kan også vera viktige supplement til randomiserte studier, sidan observasjonsstudien ofte ikkje har så strenge kriterier til deltakarane i studien. Dermed får ein sett effekten av ein intervensjon på ein meir representativ pasientpopulasjon.

Ein annan måte å omgå problemet med at eit utfall kan inntreffa sjeldan eller seint etter ein intervensjon, er ved å bruka surrogatutfall og komposittutfall. Surrogatutfall, eller "vikarutfall" som eg liker å kalla det, er utfall som ein meiner har så god samanheng med det ein eigentleg vil utforska at ein kan bruka det som vikar for det eigentlege utfallet. Hypertensjon er eit eksempel på eit surrogatutfall for kardiovaskulær sjukdom. Det er viktig at ein ikkje berre tek for god fisk at ein studie bruker eit surrogatutfall. Ein må sjekka om det er validert for dette i egne studier. Progresjonsfri overleving er eit eksempel på eit svært omdiskutert surrogatutfall i onkologien, sidan det i liten grad er korrelert med korkje total overleving eller livskvalitet (5-7). Likevel brukast studier som kun viser dette som grunnlag for å godkjenna kreftmedisiner. Eit nyleg eksempel er PARP-hemmarar for ovarialkreft (8). Komposittutfall på si side samler fleire ulike utfall saman til eitt utfall. Dersom ein deltakar i studien oppnår eitt av desse, registrerast deltakaren som å ha oppnådd komposittutfallet. Det er viktig å sjekka at desse ulike utfalla som utgjer komposittutfalla er av nokonlunde lik alvorgrad. Slike studier bør også oppgje kor hyppig dei ulike utfalla inntraff slik at ein kan gjera seg opp ei mening om kva som "driv" komposittutfallet. I HYPITAT-studien, som har vore viktig for dei stadig strengare induksjonskriteriene for hypertensive svangerskapskomplikasjonar,

var hovudutfallet eit komposittutfall som blant anna bestod av maternell død og eitt enkelt systolisk blodtrykk over 170 (9).

I tillegg til dette finns det fleire faktorar som gjer at ein studie som har funne eit statistisk signifikant funn likevel tek feil. John Ioannidis publiserte i 2005 ein oppsiktsvekkande og velsitert artikkel kalla "Why most published research findings are false". Her viser han mellom anna at ein bør vera svært skeptisk til studier som er i eit felt som er nytt og "heitt", eller studier som gjer overraskande funn der det på førehand var stort sannsyn for å finna eit heilt anna resultat (10).

2. Utføringa og rapporteringa av studien

Studier med svakheiter i utføring og rapportering kan gje upålitelege funn. Å bruka slike til å endra eigen praksis kan forårsaka medisinsk reversering. Svakheitene inkluderer mangel på blinding, ulik behandling mellom dei ulike gruppene utanom intervensjonen, ignorering av intention-to-treat-prinsippet osv. Eg sparar vidare omtale av slike svakheiter til seinare tekstar.

3. Tolkinga og bruken av studien

Hovudproblema som kan oppstå når ein studie blir lest og brukt handler i stor grad om feiltolking av funna eller at ein bruker funna til å anbefala noko den eigentleg ikkje har omtala. Feilslutninga at eit statistisk signifikant funn er det same som eit klinisk relevant funn er lett å trekka (11). Eit legemiddel som reduserer smerte under fødsel frå VAS 8,1 av 10 til 7,9 er nok lite nyttig, sjølv om produsenten kan visa til p-verdiar med aldri så mange nullar. Av den grunn bør ein alltid sjekka om forfatarane har definert kva dei ser på som klinisk meningsfullt, og om du er einig. Helst bør ein ha kome fram til dette via tidlegare studier. Vidare må eventuell fordel vurderast opp mot ulemper ved praksisen. Kreftmedisiner kan gje uheldbare biverknadar medan ein meir liberal induksjonspraksis kan føra til auka keisarsnittrate eller redusert fødselsvekt.

Ver varsam med å ukritisk bruka resultatata frå ein studie som er utført på pasienter som ikkje likner dine eller i ein kontekst som ikkje er lik den du praktiserer i (11). Pasientar som er ulike dine egne kan for eksempel vera "friske" kreftpasientar ("olympians with cancer" som dei av og til kallast) som legemiddelindustrien rekrutterer til studiane sine. Ulik kontekst kan vera alt frå sjukehus som er høgspesialisert på akkurat den intervensjonen dei har undersøkt, til land med svært ulik svangerskapsomsorg samanlikna med Norge.

Enkeltstudier bør sjeldan brukast til å endra ein praksis. Ver klar over at ein perfekt utført randomisert kontrollert studie med eit statistisk signifikant funn kan ha funne det ved slump (10,11). Dette gjeld særleg ved små studier. Viser andre studier noko anna? Éin randomisert studie kan brukast til praksisendring, men då må denne underbyggjast av annan forskingsbasert kunnskap. Vit at legemiddelindustriens sponsa forskning er vist å ofte rapportera feil eller overdrivne resultat (12,13).

Praksisendring kan freista etter å ha lest ein overbevisande studie. Spesielt er ønsket sterkt der ein har dårlege retningslinjer frå før og problemet er overmogent for ei betre behandling. Det er likevel viktig at me venter til me veit om me sannsynlegvis vil gjera meir gagn enn skade. Ein måte å koma så nært dette målet som mogleg er å ha nok kunnskap og å tolka denne kritisk. Finn ut nøyaktig

kva kunnskapen ein sit med har besvart, og i kva populasjon og kontekst studiane er gjort. Studiane må ha adressert problem som er viktige for pasientane, og du må vega opp eventuelle fordelar med eventuelle ulemper av praksisen. Dette er like viktig under ein pandemi som elles.

Kjelder

- Guyatt et al. 2015. Users' Guide to the Medical Literature (3. utg), kapittel 6 "Why Study Results Mislead: Bias and Random Error". JAMA Evidence
- S Pocock, DR Elbourne. Randomized Trials or Observational Tribulations? NEJM, 2000 Jun 22;342(25):1907-9.
- V Prasad et al. Observational studies often make clinical practice recommendations: an empirical evaluation of author's attitudes. J. Clin. Epidemiol. 2013 Apr;66(4):361-366.e4.
- Guyatt et al. 2015. Users' Guide to the Medical Literature (3. utg), kapittel 14 "Harm (Observational Studies)". JAMA Evidence
- V Prasad et al. The Strength of Association Between Surrogate End Points and Survival in Oncology: A Systematic Review of Trial-Level Meta-analyses. JAMA Intern Med. 2015;175(8):1389-1398.
- TJ Hwang, B Gyawali. Association between progression-free survival and patients' quality of life in cancer clinical trials. Int J Cancer. 2019 Apr 1;144(7):1746-1751
- X Paoletti et al. Assessment of Progression-Free Survival as a Surrogate End Point of Overall Survival in First-Line Treatment of Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2020;3(1):e1918939
- <https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Saksdokumenter%20Beslutningsforum%20for%20nye%20metoder%2025.05.2020.pdf>
- CM Koopmans et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. Lancet. 2009 Sep 19;374(9694):979-988.
- JPA Ioannidis. Why most published research findings are false. PLoS Med. 2005. 2(8):e124
- SJ Pocock, GW Stone. The Primary Outcome Is Positive - Is That Good Enough? NEJM. 2016 Sep 8;375(10):971-9.
- J Lexchin et al. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. BMJ 2003;326:1167
- JPA Ioannidis. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. J Clin Epidemiol. 2016 May;73:82-6

1. Idéen bak og planlegginga av studien

- Er spørsmålet som stillast relevant og klart formulert?
- Er studien laga slik at den svarer på spørsmålet?
 - Er studiedesignet eigna?
 - Er utfalla relevante?
- Er det før studien starter svært sannsynleg at den finn eit gitt resultat/er funnet av studien svært overraskande?
- Er forskingsfeltet «heitt»?

2. Utføringa og rapporteringa av studien

- Inneheld studien systematiske skeivheiter eller andre feilkjelder?
- Går det klart fram av artikkelen kva forskarane har gjort?

3. Tolkinga og bruken av studien

- Er funna klinisk signifikante, og ikkje berre statistisk signifikante?
- Er det betydelege ulemper ved praksisen?
- Er studieresultatata overførbare til din praksis?
 - Likner studiedeltakarane dine egne pasientar?
 - Er studien utført i ein setting som likner den du praktiserer i?
- Er funnet truverdig?
 - Har andre studier sett på liknande spørsmål før og kome fram til liknande resultat?
 - Er det resultat frå annan type forskning som støtter opp rundt resultatet (eks grunnforskning eller studier på liknande kasus)?
 - Er det interessekonflikter blant dei som har sponsa eller utført studien?



Kjære alle LIS og FUGO-medlemmer!

Så er høsten her med kjølige morgener og småregn i lufta. Det er tiden for å finne frem ull og varme vanter. Og løfter du blikket, får du kanskje øye på de nydelige fargesjatteringer i trærne. I en tid som denne kan det være spesielt godt å kjenne den friske luften i ansiktet og friheten ute i naturen. Vi er ellers i en tid hvor det settes store begrensninger i hverdagslivet og der vi stadig må gjøre risikovurderinger, både med tanke på oss selv og andre. I lengden kan det bli slitsomt og krevende. Jeg er glad for at vi i Norge har et samfunn med tillit til helsemyndighetene. Likevel er det mye som er usikkert fremover, og jeg håper at vi klarer å bevare tilliten og overholde de veloverveide smittevernrådene også i fortsettelsen.



Hilde Sellevoll
FUGO-leder

Facebook-gruppe teller nå hele 373 medlemmer fra nord til sør. Altså er dette en glimrende arena for både faglige (og u-faglige) diskusjoner. Her kan det utveksles erfaringer med prosedyrer og rutiner ved de ulike sykehusavdelingene. Jeg oppfordrer herved til mer diskusjon, flere innlegg, og mer tips og vink!

I tillegg har vi nå lansert vårt eget «FUGOtek». Her finner du linker til podcasts som kanskje kan fungere som en erstatning for avlyste undervisningstimer, og har du noen gode tips selv, så del det med oss andre da vel, enten ved å sende epost til oystein.bergoy@gmail.com eller alternativt ved å dele det på Facebook-gruppen vår. Forøvrig anbefaler jeg også WebSurg og GynZone for de som ikke er kjent med disse arenaene fra før. Og sist men ikke minst, ikke glem å trene på laparoskopi!

Uansett hva høsten bringer videre håper jeg at så mange som mulig vil ha anledning til å være med oss direkte under FUGOs generalforsamling som avholdes på nett torsdag 15. oktober kl. 19.00. Hit har vi også invitert fysioterapeut og sexolog Jenny Toftner. Jeg tror det er mye vi kan lære av den dama – og jeg gleder meg allerede! Videre skal det blant annet velges nye styremedlemmer. Mer informasjon og dagsorden vil bli publisert på vår Facebook-gruppe nærmere. Vel møtt!

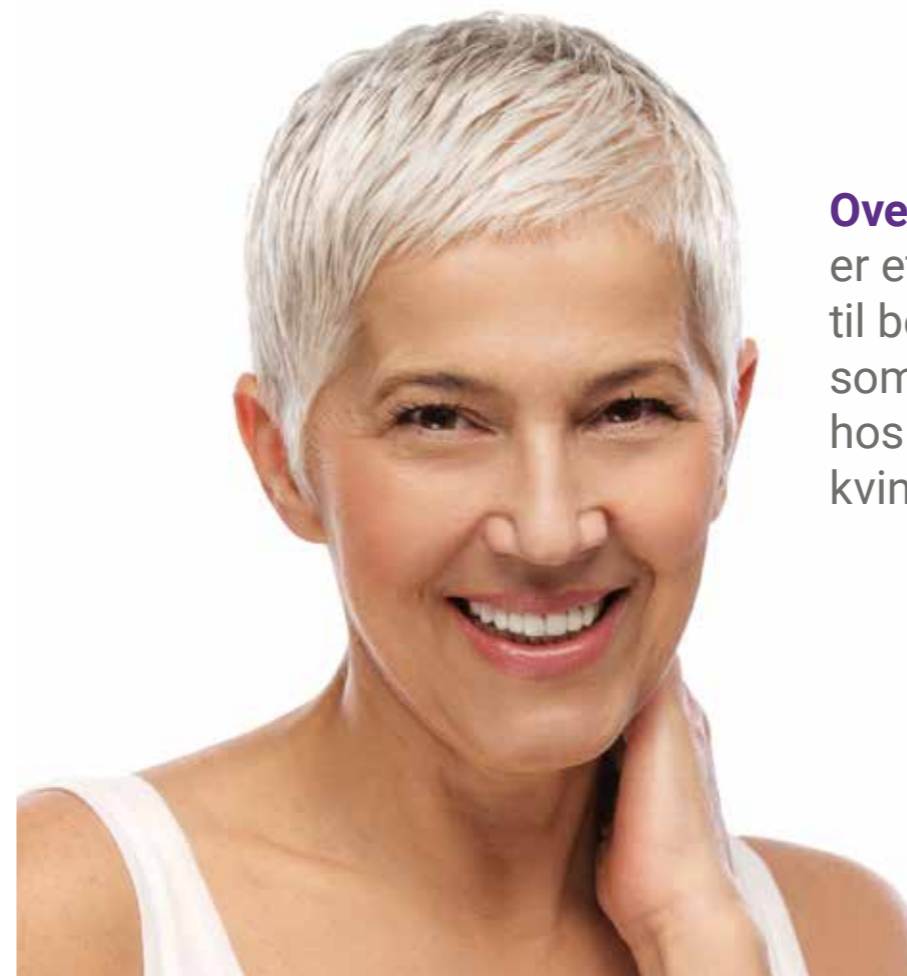
Styret i NGF var tidlig ute med å avlyse årsmøtet. Vi i FUGO-styret besluttet deretter å avlyse FUGO-kurset på grunn av de store usikkerhetene. Det er selvsagt tungt å måtte ta slike avgjørelser. Vanligvis pleier disse sammenkomstene å være arenaer der vi møtes for spennende foredrag og ikke minst sosialt samvær. Begge deler gir masse inspirasjon i hverdagen. Dette går vi nå dessverre glipp av. Ved flere avdelinger er det også svært begrensede muligheter for å avholde morgenmøter og internundervisning. Jeg er bekymret for at dette går spesielt utover LIS. Læringsarenaene forsvinner, og det er heller ikke like lett som før å få til en debrief med andre kollegaer etter en krevende vakt. Desto viktigere blir det kanskje å ha god relasjon til en veileder som er tilgjengelig ved behov.

Det kan være smart å utnytte de digitale plattformene vi har tilgjengelig, og her kan FUGO kanskje bidra bitte-litt. FUGO sin



Ovesterin
østriol
vaginalkrem/vagitorier

Tørre og såre slimhinner i underlivet?



Ovesterin krem og vagitorier er et **reseptfritt legemiddel** til behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner.¹

Les mer på
mittunderliv.no



Utvalgt sikkerhetsinformasjon for reseptfri bruk:

Skal ikke brukes dersom pasienten har eller har hatt brystkreft, østrogenfølsom kreft, udiagnostisert underlivsblødning, ubehandlet endometriehyperplasi, arteriell eller venøs tromboembolisk sykdom, trombofil forstyrrelse, akutt leversykdom, porfyri, hypersensitivitet overfor østriol. Lege kontaktes ved manglende bedring etter 3-4 uker, underlivsblødning, samt regelmessig (minst en gang i året) for kontroll ved langvarig bruk.^{2,3}



Aspen Nordic, Branch of Aspen Pharma Ireland Limited, Ireland, Borupvang 3, 2750 Ballerup, Danmark

F Ovesterin «Aspen Pharma Trading Ltd»
Ovesterin (østriol). Indikasjon, reseptfri bruk: Behandling av symptomer på vaginal atrofi på grunn av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. **Dosering:** Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. **Urogenital atrofi:** 1 applikatordose krem/1 vagitorie hver kveld de første ukene (maks. 4 uker), deretter gradvis reduksjon basert på symptomlindring, til vedlikeholdsdose: (f.eks. 1 applikatordose krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke) nås. Ved bruk av vaginalkrem og vagitorier, der systemisk eksponering for østriol forblir nær det normale postmenopausale området ved bruk 2 ganger per uke, anbefales det ikke å bruke et progestogen i tillegg. **Administrering:** Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden vha. kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder østriol 0,5 mg. **Vagitorier:** Brukes ved sengetid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjent eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert vaginalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjent trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) bør kun initieres for behandling av symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas for behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migræne eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. Hos kvinner med intakt livmor øker risikoen for endometriehyperplasi og endometriekreft når systemisk østrogen administreres alene over lengre perioder. Endometriesikkerhet ved langtids- (> ett år) eller gjentatt bruk av lokalt administrert vaginalt østrogen er ikke kjent. Hvis behandlingen gjentas, bør den derfor evalueres minst årlig. Uavbrutt østrogenstimulering kan føre til premalign eller malign transformasjon av gjenværende foci etter endometriose. Det anbefales forsiktighet ved bruk av legemidlet hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, særlig ved kjent restendometriose. Dersom blødninger eller sporblødninger oppstår når som helst under behandlingen, bør årsaken undersøkes, og dette kan medføre endometriebiopsi for å utelukke endometriemalignitet. For å unngå stimulering av endometriet skal daglig dose ikke overstige 1 applikasjon og maks.dose skal ikke brukes lenger enn maks. 4 uker. For tilstander, der sannsynlighet for og alvorlighetsgrad antas å være betydelig lavere ved lokal behandling enn systemisk, se SPC. Tilstandene bør vurderes ved langvarig eller gjentatt bruk av legemidlet. **Interaksjoner:** Interaksjoner lite sannsynlig pga. minimal systemisk absorpsjon. Interaksjoner med andre lokalt administrerte vaginale behandlinger bør vurderes. Samtidig bruk av kombinasjonen ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, med eller uten dasabuvir, krever forsiktighet pga. fare for ALAT-økning. **Graviditet, amming og fertilitet:** Skal ikke brukes under graviditet og amming. Fertilitet: Ikke aktuelt da preparatet er indisert til postmenopausale kvinner. **Bivirkninger:** Ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsgener/bryst: Ømhet/smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffsiftke/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer, irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. For klasseeffekter sett ved bruk av systemisk østrogen, se SPC. **Overdosering:** Usannsynlig ved lokal administrering. **Pakninger uten resept:** Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 26.08.2019.

Referanser: 1. Ovesterin SPC (26.08.2019), pkt. 4.1. 2. Ovesterin SPC (26.08.2019), pkt. 4.3. 3. Ovesterin PIL (26.08.2019). Meld bivirkninger på www.legemiddelverket.no/meldeskjema.

FUGOteket



Øystein Bergøy

LiS ved Stavanger Universitetssykehus
og nestleder i FUGO

Når ein starter ny på gyn er det nok vanleg at ein kjenner seg på djupt vatn. Truleg har det blitt lite eksponering for, og oppfrisking i faget sidan studiet. Det er avgrensa kor mykje svangerskapskontrollar og prevensjonsrettleiing i allmennpraksis førebur deg på det som ventar på ei gynekologisk avdeling. Ein kan bli overvelda av mindre. Iallfall som mann ("Jamen eg bad dei køyra raud tur fordi ho sa ho hadde blødd så mykje at det gjekk GJENNOM truseinnlegget hennar!"). Så då me landa drømmejobben var det nok mange av oss som tusla bort til bokhylla og drog ut den utdaterte og altfor tjukke (eller altfor overflatiske) læreboka i obstetikk og gynekologi som me kjøpte under studiet. Ekstra vanskeleg kan det vera å vita kva ein skal bruka studiedagane sine til ettersom me ikkje har eit klart pensum i spesialiseringa vår. "Ha god kunnskap om genetikk og fosterdiagnostikk", står det blant anna fint blant læremåla våre. Jaha, så på kva side står det om fosterdiagnostikk? I tillegg kan læreressursane ein har tilgjengeleg ikkje heilt leva opp til det behovet ein har som lege i spesialiseringsløp. Derfor har me i FUGO begynt å byggja opp eit bibliotek av perler som me har funne rundt forbi på internettet. Her finn ein tema som postpartumdepresjon, steg-for-steg gjennomgang av operative prosdyrar med komplikasjonar, oversikt over langtidsverkande prevensjon, tips til kritisk lesing av forskning og medisinske historiesnacks.

Me har kreativt kalla nettstaden FUGOteket. Du finn det enklast viss du søkjer på "fugotek" på din føretrukne søkjemotor. Alternativt kan du gå inn på www.legeforeningen.no/foreningsledd/



fagmed/norsk-gynekologisk-forening/fugo/fugotek/. Utan punktum på slutten der forresten. Foreløpig er det veldig tungt på podcastsida, men me håper å supplera med tekstar og videoar som alle skal vera gratis og enkelt tilgjengelege. Håpet er at FUGOteket kan bli ein stad der ein starter når ein lurar på noko eller har studiedag. Me gler oss til å sjå korleis dokker nyttar dokker av det. Vidare blir me veldig glade dersom me får inn forbetningsforslag. Det kan for eksempel vera forslag til materiale dokker vil me skal ha der, om dokker har forslag til ein betre måte å organisera ressursane, eller om nokre av lenkene ikkje verker. Kontaktinfo finnast på framsida.

God fornøyelse!



MyoSure
Tissue Removal Simplified

A complete tissue removal solution

For intrauterine procedures

The MyoSure® Tissue Removal collection

FIBROIDS ≤ 5 cm and ALL POLYPS

MyoSure®
XL
device

FIBROIDS ≤ 3 cm and ALL POLYPS

MyoSure®
REACH
device

DIRECTED BIOPSY and POLYPS ≤ 3 cm

MyoSure®
LITE
device

DIRECTED BIOPSY and POLYPS < 1 CM

MyoSure®
MANUAL
device

DOES NOT
REQUIRE:
Controller
Fluid management
automated system
External vacuum
source



For all your intrauterine pathology tissue removal needs

D & C / ENDOMETRIAL POLYP / SUBMUCOUS MYOMA / ADHESIOLYSIS
UTERINE SEPTUM REMOVAL / RPOC / DIRECTED BIOPSY

NovaSure
Endometrial Ablation



PROVEN OUTCOMES IN OVER 80 PEER REVIEWED PUBLICATIONS

97%
Patient satisfaction¹

62%
Amenorrhea rate at
5 years²

87%
Patients avoided
hysterectomy at
10 years³

- ✓ **PROVEN** Technology⁴
- ✓ **PROVEN** Clinical efficacy⁴
- ✓ **PROVEN** Safety profile⁴

References: 1. Baskett TF, Clough H, Scott TA. NovaSure bipolar radiofrequency endometrial ablation: report of 200 cases. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada. 2005;27(5):473-476. 2. Smith PP, Mallick S, Clark JT. Bipolar Radiofrequency Compared With Thermal Balloon Ablation in the Office A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2014;0:1-7. 3. Herman M, Penninx J, Mol B, Bongers M. Ten-year follow-up of a randomised controlled trial comparing bipolar endometrial ablation with balloon ablation for heavy menstrual bleeding. BJOG. 2013;120:966-970. 4. Gimpleson RJ. Ten-year literature review of global endometrial ablation with the NovaSure® device. International Journal of Women's Health. 2014;6:269-280.

normedi
NORDIC

e-post: support@normedi.com
www.normedi.com

BOKSEN GÅR – VIDERE!



Kampanjen «Boksen Går!» ble lansert høsten 2018 med mål om å implementere fast veiledet laparoskopitrening for LIS. Oppslutningen om kampanjen var stor, treningsmengden økte og det hele ble rundet av med en nervepirrende «Battle of the Best» på NGFs årsmøte i Bodø i fjor.

Av prosjektgruppa: Marianne Omtvedt, Liva Helleland, Ane Bergquist og Renate Torstensen

Fra spørreskjemaene som ble besvart før og etter kampanjen vet vi at LIS opplever definerte krav til trening som motiverende, og at for nesten 85% økte treningsmengden i noen eller stor grad. Samtidig var hele 83% misfornøyd med treningsmengden etter avsluttet kampanje. Hovedgrunnen til dette er mangel på avsatt tid til trening.

Vi i prosjektgruppa har vært i dialog med flere av avdelingene etter endt kampanjeslutt, og vi ser flere likhetstrekk ved de avdelingene som får til fast trening og ved de som ikke gjør det i like stor grad. Faktum er at det skal egentlig ikke så mye til å organisere fast trening når grunnlaget allerede er lagt i kampanjeperioden.

Her kommer prosjektgruppas beste tips for vellykket fast laparoskopitrening:

Avsatt tid

Du kan ha det mest avanserte utstyret og motiverte LIS/veiledere, men uten avsatt tid til trening skjer det ingenting. Bruk Covid-19 og det faktum at ikke alle kan være samlet på morgenmøtet, til å trene. 2 LIS + 1 veileder kan lett avses fra morgenmøtet 1 dag i uka. Bruk de med ikke-vakt funksjon, f.eks. de som skal ha fordypning eller poliklinikk, som ikke trenger å være på morgenmøtet.

Organisator

Én må ha hovedansvaret for å organisere treningen og sette opp lister for hvem som skal trene når. En annen kan f.eks. ha ansvaret for at utstyret er i orden og er tilgjengelig.

Sett krav til antall treningstimer

I de nye læringsmålene er det ingen krav til antall treningstimer på boks. Dette er opp til avdelingen å bestemme. De fleste opererer med at ferske LIS skal fullføre sertifisering del 1 ilt. de første 6-12 månedene av spesialiseringen. Videre forventes det at LIS som gjør adnexkirurgi og hysterektomier fullfører del 2. Overleger bør bruke veilednings-samtalen med LIS til å sette konkrete delmål for rotasjonen de er i.



Ansvar for egen trening

Som LIS har man selv et ansvar for å tilegne seg de ferdighetene som kreves. Bruk fordypningstid og ledige stunder på dagtid/vakt. Husk at slow and steady wins the race! Litt trening over tid utgjør en stor forskjell i det lange løp.

Kjør konkurranse!

Dette er ikke obligatorisk, men kan være en sosial og motiverende happening for mange. Arranger årlige «Battle of the Best» lokalt med gjev premie til vinneren!

Vi i prosjektgruppa ønsker avdelingene lykke til videre med laparoskopitreningen! Vi håper på å kunne arrangere ny «Battle of the Best» når vi igjen kan møtes på NGF årsmøte. I mellomtiden utfordrer vi dere til å jobbe videre med veiledet trening over tid slik at Boksen Går – Videre!

All info om kampanjen finner du lett tilgjengelig på FUGO sine nettsider: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/fugo/aktuelt/boksen-gar/>

Send en mail til prosjektgruppa dersom du har spørsmål: fugokampanje@gmail.com

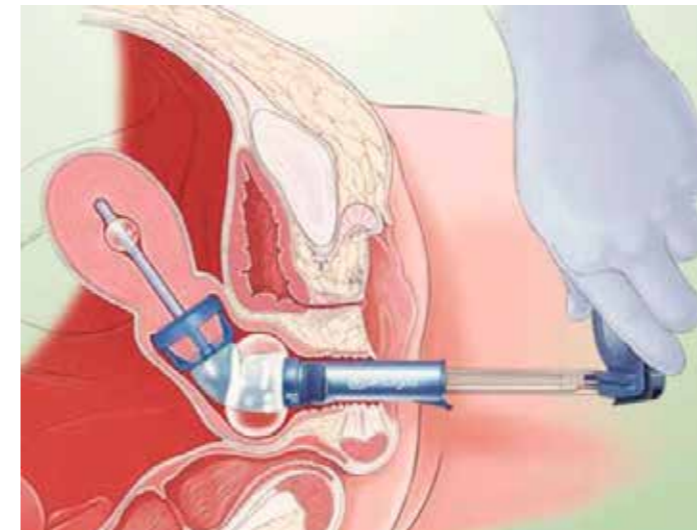


Jan Bye a.s

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi



RUMI® II SYSTEM

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

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



Elektroder til konisering



- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser

- Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode

- Spesielt belegg på kule elektrode forhindrer adhesjon

Isolerte spekler og instrumenter til konisering

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



Amnioskop med lys

- Amnioskop med lys som gir klar, uhindret og godt opplyst innsyn ved undersøkelser og prøvetaking



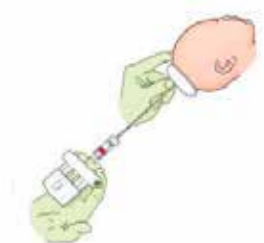
Kiwi vakuumpopp

For vaginal forløsning og keisersnitt



Kiwi OmniCup® with Traction Force Indicator

Complete Vacuum Delivery System with PalmPump™



For mer info og flere produkter, se vår hjemmeside www.janbye.no
Kontakt oss gjerne på e-post post@janbye.no eller telefon 64959377
Adresse Brevikbråteveien 9, 1555 Son



Jan Bye a.s
MEDISINSK TEKNIKK

Nytt fra spesialitetskomiteen



Marte Myhre Reigstad
Leder av Spesialitetskomiteen

Dessverre ble det ikke EBCOG eller Årsmøte på oss i år, og med tanke på samarbeidet med HDir/Legeforeningen har det naturlig nok vært stille. Vi gjenopptar arbeidet så snart situasjonen bedrer seg (snarlig håper vi). I Årsrapporten kan du lese om vårt arbeid i 2019 – et aktivt år for spesialitetskomiteen.

Med tanke på pandemisituasjonen skal ifølge Reg Ut Midt stort sett alle kurs skal gå etter oppsatt plan, med noe færre deltakere. Vi håper ikke dette fører til flaskehals! Man melder seg på kurs som vanlig og får beskjed om det blir oppmøte eller digitalt noen

uker før kursstart. Veilederkurs skal også gå som planlagt, bare med færre deltagere. Det er forslag om at kurs i administrasjon og ledelse skal tas i egen region, men følg med i kurskatalogen. Vi ser også frem til det andre Introkurset, som går i uke 44 2020.

Arbeid med etterutdanning av spesialister pågår. Forslaget til gruppen som jobber med dette, ledet av Yngvild Skåtun Hannestad, blir lagt frem på det elektroniske årsmøtet og legges på hjemmesiden slik at medlemmene i NGF får lest det på forhånd.

Takk til mine gode medarbeidere i spesialitetskomiteen. Dere gjør en fantastisk jobb og bidrar så godt til en positiv og faglig sterk gruppe. Jeg tror jeg snakker for oss alle når jeg sier at vi i komiteen gleder oss til pandemi er forbi og arbeid med ny spesialistutdanning ikke tar all vår tid. Da kan vi igjen ta fatt på det vi liker aller best, nemlig besøk til avdelinger rundt i landet.

*På vegne av komiteen,
Marte Reigstad*



NYHET!

Utrogestan®

Bioidentisk, mikronisert progesteron

Indisert til kvinner som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART).



Utrogestan® har alle egenskapene til endogent progesteron

med induksjon av et endometrium i full sekresjon, og særlig gestagene, antiøstrogene, svakt antiandrogene og antiandosteroneffekter.¹

Referanse: 1. Utrogestan® SPC

Utrogestan (progesteron, mikronisert) 200 mg vaginalpiller, myke. G03DA04. Hjelpstoffer med kjent effekt: Soyalecitin. **Indikasjoner:** Utrogestan er indisert til kvinner som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART). **Dosering:** Den anbefalte doseringen er 600 mg/døgn, fordelt på tre doser, fra dagen for embryooverføring til minst 7. uke av graviditeten og ikke lenger enn til 12. uke av graviditeten. **Administrasjonsmåte:** Vaginal bruk. Utrogestan-kapselen skal føres dypt inn i skjeden. **Bivirkninger:** Informasjonen gitt nedenfor er basert på omfattende erfaring etter markedsføring fra vaginal bruk av progesteron.

Organklasser	Frekvens ikke kjent (kan ikke anslås ut ifra tilgjengelige data)
Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer	Vaginalblødning. Vaginal utflod
Hud- og underhudssykdommer	Kløe

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene: *Kapselinnhold:* Solsikkeolje, raffinert, soyalecitin, *Kapselskall:* Gelatin, glyserol, titandioksid (E171), Vann, rensed. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, Udiagnostisert vaginalblødning, Karsinom i bryster eller genitalier, Tromboflebitt, Tromboembolilister, Hjerneblødning, Porfyri, "Missed abortion". **Advarsler:** Utrogestan skal kun brukes de første tre månedene av graviditeten og skal kun administreres vaginalt. Forskrivning av progesteron etter første trimester av gravi-

diteten kan utløse svangerskapskolestase. Utrogestan er ikke egnet som prevensjonsmiddel. Behandling skal seponeres ved diagnostisering av "misset abortion". **Forsiktighetsregler** Utrogestan inneholder soyalecitin og kan forårsake overfølsomhetsreaksjoner (urtikaria og anafylaktisk sjokk hos overfølsomme pasienter). Siden det er mulig sammenheng mellom allergi mot soya og allergi mot peanøtter, bør pasienter med peanøttallergi unngå å bruke Utrogestan. **Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon:** Utrogestan kan påvirke effektene av bromokriptin og eventuelt øke plasmakonsentrasjonen av ciklosporin. Utrogestan kan påvirke resultatene av laboratorieprøver for lever- og/eller endokrine funksjoner. Utrogestans metabolisme akselereres av rifamycinholdige legemidler (slik som rifampicin) og antibakterielle midler. Progesterons metabolisme i humane levermikrosomer ble hemmet av ketokonazol ($IC_{50} < 0,1$ mikroM). Ketokonazol er en kjent hemmer av cytokrom P450 3A4. Disse data indikerer derfor at ketokonazol kan øke progesterons biotilgjengelighet. Den kliniske relevansen av *in vitro*-funnene er ikke kjent. **Virkningsmekanisme:** Progesteron er et naturlig progesteron, det viktigste hormonet i corpus luteum og placenta. Det virker på endometriet ved å endre proliferasjonsfasen til sekretorisk fase. Utrogestan har alle egenskapene til endogent progesteron med induksjon av et endometrium i full sekresjon, og særlig gestagene, antiøstrogene, svakt antiandrogene og antiandosteroneffekter. **Pakning og pris:** 15stk vaginalpiller, 180,20 kr (godkjent utsalgpris 2019-12-11). **Reseptgruppe C. SPC OPPDATERINGS DATO:** 21.08.2019. **Kontaktinformasjon på innehaver av markedsføringstillatelsen** Besins Healthcare Ireland Limited c/o Besins Healthcare Nordics AB, Box 30070, 200 61 Limhamn, Sweden. info.nordics@besins-healthcare.com

Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Birgitte Heiberg Kahrs disputerte 5.6.2020 ved NTNU

Ultralyd før vakuumforløsning

I Norge anbefaler man at aktiv trykktid i fødsel ikke skal vare lenger enn en time. Da skal fødselshjelperen vurdere aktiv forløsning. Valg av forløsningsmetode avgjøres på bakgrunn av fosterhodets nivå og innstilling i bekkenet. Dette har man tradisjonelt gjort ved hjelp av en vaginal undersøkelse. Tidligere studier har vist at vaginale undersøkelser både er subjektive og upresise, og at ultralyd har muligheten til å bedre presisjonen av disse undersøkelsene.



DOKTORAND: **Birgitte Heiberg Kahrs**
GRAD: **PhD**
FAKULTET: **Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU**
INSTITUTT: **Institutt for klinisk og molekylær medisin**
FAGOMRÅDE: **Obstetrikk**
VEILEDERE: **Torbjørn Moe Eggebø
Erik Andreas Torkildsen
Christoph Lees**
DISPUTASDATO: **5. juni 2020**

Vi utførte en prospektiv kohortstudie i perioden november 2013 til juli 2016. Syv fødeavdelinger i Europa deltok. Hensikten med studien vår var å vurdere om ultralydundersøkelse ved langsom fremgang i trykktiden kunne forutsi om vakuumforløsningen ble vellykket, varigheten av vakuumforløsning og hvordan det gikk med den nyfødte.

Kvinnene var alle førstangangsfødende. De ble inkludert i studien når det oppsto langsom fremgang i trykktiden og de hadde trykket aktivt i minst 45 minutter. 222 kvinner ble inkludert. Først ble fosterhodets posisjon undersøkt ved å gjøre abdominal ultralyd. Deretter ble fosterhodets nivå i bekkenet undersøkt med transperineal ultralyd. Da ble avstanden opp til fosterhodet, head-perineum distance (HPD), målt. Vi målte også om fosterhodet beveget seg i bekkenet under trykking. Fødselshjelperen som var ansvarlig for kvinnen gjorde den samme vurderingen ved hjelp av en vaginal undersøkelse og bestemte forløsningsmetoden. Ultralydundersøkeren og fødselshjelperen var blindet for hverandres resultat.

Vi fant at varigheten av vakuumforløsningen var kortere hos kvinner der fosterhodet sto dypt nede i bekkenet. Hos disse kvinnene var det også mindre risiko for mislykket vakuumforløsning. Hvis fosterhodet sto høyt i bekkenet ved starten av vakuumforløsning fant vi at det var økt risiko for lav pH i navlesnoren hos den nyfødte. Videre fant vi at vakuumforløsningen gikk raskere og oftere var vellykket hvis fosterhodet lå i en occiput anterior innstilling. Ved feilinnstillinger roterte ofte fosterhodet spontant til en bakhodeinnstilling under vakuumforløsningen. Hvis det var god bevegelse av fosterhodet i bekkenet under aktiv trykking, var dette et positivt tegn for en vellykket og rask vakuumforløsning.

Hovedkonklusjonen i denne avhandlingen er at ultralydundersøkelse kan hjelpe fødselshjelperen til å velge den beste forløsningsmetoden.



Norsk kvinnelig inkontinens register inviterer leger, uroterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og sekretærer som er interessert i utredning og behandling av urininkontinens til

NKIR-FORUM

WEBINAR

Norsk kvinnelig inkontinensforum

Fredag 6. november 2020 Webinar - info om teknisk løsning kommer senere

Vi har grunnet Covid-19 pandemien sett oss nødt til å omgjøre NKIR FORUM 2020 til et Webinar. Programmet blir dermed noe forkortet. Fortsatt ber vi om at du som ønsker deltagelse melder deg på til Bjørg Tove Johansen på mailadressen nedenfor og søker fri fra arbeidsgiver fredag 06.11.20 kl 08.30 – 12. Vi trenger din e-post adresse ved påmelding for å kunne sende deg link til teknisk løsning og en liten bruksanvisning.

Møteleder Rune Svenningsen (Oslo) Ingrid Volløyhaug (Trondheim)

08.30	TVT vs Burch: langtidseffekt og senere descensrisiko	Bjørn Holdø
08.55	Er profylaktisk antibiotika nødvendig ved TVT?	Rune Svenningsen
09.20	Pause	
09.30	Validering av komplikasjoner i Helse Midt-Norge	Merethe F Myklebost
09.55	Hvor gode er NKIR data til bruk ved kvalitetssikring og forskning?	Ole Dyrkorn
10.20	Pause	
10.30	Produktinformasjon fra Astellas	
10.35	Produktinformasjon fra Contura	
10.40	Produktinformasjon fra Allergan	
10.45	Perifer elektrostimulering: indikasjon/dokumentasjon	Hjalmar Schiøtz
11.10	Praktisk gjennomføring av perifer elektrostimulering	Clara Karoliussen
11.35	Diskusjon	
11.45	Avslutningskommentarer	

Vi ber om bindende påmelding med navn, profesjon og e-post (**VIKTIG**) til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklinikken, Bærum sykehus på mail: bjorg.tove.johansen@vestreviken.no evt tlf 67809452 innen **15. oktober**. Vi sender link til digital løsning og liten bruksanvisning senest 01.11.20.

Transdermal østrogenbehandling i sprayform¹

Usynlig^{1,2} | Nøyaktig dosering^{1,2} | Tørker på 2 minutter^{1,2}



Lenzetto®

Østradiol 1,53 mg/spray

Lenzetto® transdermal østrogenbehandling i sprayform til behandling av symptomer som følger menopausen. Sprayen tørker på 2 minutter, er usynlig og har en nøyaktig dosering som kan tilpasses etter individuelle behov.^{1,2} Gir en stabil plasmakonsentrasjon i 24 timer.¹

Ref: 1. Lenzetto SPC 12.06.2018 (felleskatalogen.no) 2. John E. Buster, MD, William D. Koltun, MD, Maria Luz G. Pascual, MD, et al. Low-dose estradiol spray to treat vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol* 2008;111:1343–51

Lenzetto «Gedeon Richter» Østrogen. ATC-nr.: G03C A03. Reseptgruppe C. Reseptbelagt preparat. Kan forskrives på blå resept. **TRANSDERMALSPRAY, oppløsning 1,53 mg/spraydose:** Hver spraydose (90 µl) inneholder: Østradiolhemihydrat 1,58 mg tilsv. østradiol 1,53 mg, oktisalal, etanol.

Indikasjoner: Hormonsubstitusjonsterapi (HRT) ved symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner (hos kvinner med minst 6 måneder siden siste menstruasjon eller kirurgisk menopause, med eller uten intakt uterus). Begrenset erfaring hos kvinner >65 år.

Dosering: Gis 1 gang daglig, enten som monoterapi eller som kontinuerlig sekvensiell behandling (i kombinasjon med progestogen). 1 spraydose gis på underarmen 1 gang daglig på tørr og frisk hud. Dosen kan ved behov økes til 2 daglige spraydoser. Doseøkning bør baseres på grad av menopauseale symptomer etter minst 4 uker kontinuerlig behandling. Maks. daglig dose er 3 spraydoser (4,59 mg/dag). Laveste effektive dose med kortest mulig varighet bør benyttes. Hvis graden av menopauseale symptomer ikke reduseres etter en doseøkning, skal pasienten titreres tilbake til foregående dose. Behov for fortsatt behandling skal evalueres regelmessig etter klinisk behov (med 3–6 måneders intervaller). **Kvinner med intakt uterus:** Preparatet skal kombineres med et gestagen for å redusere risikoen for endometriskreft. Bare gestagen godkjent som tillegg ved østrogenbehandling bør gis. Østrogenet doseres kontinuerlig. Gestagenet gis sekvensielt i minst 12–14 dager i hver 28-dagers syklus. Råd om hvordan behandlingen startes skal gis til behandlingsnaive pasienter og pasienter som bytter fra andre HRT (sykliske, sekvensielle eller kontinuerlige kombinerte). I perioden hvor østrogen kombineres med gestagen kan det forekomme en bortfallsblødning. En ny 28-dagers syklus påbegynnes uten opphold. **Kvinner uten uterus:** Med mindre det foreligger en tidligere endometriosed diagnose, anbefales ikke gestagentilskudd. **Glemt dose:** Tas så snart den huskes. Hvis det nesten er tid for neste dose tas dosen til vanlig tid. Hvis 1 eller flere doser glemmes, må pumpen klargjøres ved å spraye en gang med hetten på. Glemt dose kan øke muligheten for gjennombruddsblødning og spotting. **Spesielle pasientgrupper:** **Overvekt:** Begrensede data tyder på at absorpsjonsgrad og -hastighet kan reduseres ved overvekt. Dosejustering kan være nødvendig i løpet av behandlingen. **Administrering:** Appliseres på innsiden av underarmen. Sprayboksen skal holdes rett opp og vertikalt ved spraying. Ved førstegangsbruk skal pumpen klargjøres ved å spraye 3 ganger med hetten på. Dersom foreskrevet daglig dose er 2 eller 3 spraydoser, skal disse påføres nærliggende ikke-overlappende (side ved side) 20 cm² områder på innsiden av armen mellom albuen og vristen. Ved plasmangel kan preparatet også appliseres på den andre underarmen, eller på innsiden av låret. Hudområdene lufttørkes deretter i ca. 2 minutter. Absorpsjonen av østradiol ved applikasjon på innsiden av underarmen er tilsvarende applikasjon på huden på låret, men er lavere ved applikasjon på huden på abdomen. Etter 56 spraydoser, skal beholderen kasseres selv om det skulle være gjenværende oppløsning i den. Antall brukte spraydoser markeres i tabellen på esken. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriskreft). Genital blødning av ukjent årsak. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile lidelser (f.eks. protein C-, protein S-, eller antitrombinmangel. Aktiv eller ny arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom, eller tidligere leversykdom, så lenge leverfunksjonstestene ikke har gått tilbake til normalt nivå. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Behandling av postmenopausale symptomer bør kun initieres når symptomene har negativ effekt på livskvaliteten. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas minst 1 gang årlig, og behandlingen bør bare fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Data ved behandling av premenstruell menopause er begrenset, men risiko hos yngre kvinner er lavere enn hos eldre. **Medisinsk undersøkelse/opfølging:** Før innledning eller gjenopptagelse av behandling bør en fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas. Klinisk undersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas på grunnlag av anamnese, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Under behandlingen anbefales regelmessige kontroller som tilpasses hver enkelt mht. frekvens og hva som bør undersøkes. Kvinnen bør få råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Undersøkelser, inkl. egnede bildediagnostiske metoder, f.eks. mammografi, bør utføres iht. gjeldende aksepterte screeningpraksis, tilpasset den enkeltes kliniske behov. **Tilstander som trenger oppfølging:** Dersom noen av følgende tilstander er til stede, nylig har forekommet og/eller er forverret under graviditet eller ved tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges opp nøye (det bør tas i betraktning at disse tilstandene kan komme tilbake eller forverres under behandlingen): Leiomyomer (uterine fibromyomer) eller endometriose. Risikofaktorer for tromboemboliske sykdommer. Risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer, f.eks. arvelig brystkreft i direkte nedstigende linje. Hypertensjon. Leversykdom (f.eks. leveradenom). Diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner. Gallestesykdom. Migrene eller (alvorlig) hodepine. Systemisk lupus erythematosus. Tidligere endometriehyperplasi. Epilepsi. Astma. Otosklerose. **Årsaker til umiddelbar seponering av behandlingen:** Seponeres dersom en kontraindikasjon oppdages, samt ved gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrene lignende hodepine eller graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Hos kvinner med intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinom 2–12 ganger (avhengig av behandlingsvarighet og østrogendose) når østrogen blir gitt alene over

lenge perioder. Etter avsluttet behandling kan risikoen forblir forhøyet i minst 10 år. Tillegg av et gestagen syklisk i minst 12 dager pr. 28-dagers syklus, eller kontinuerlig kombinert østrogen-gestagenbehandling hos ikke-hysterektomerte kvinner, forebygger den økte risikoen. Sikkerhet for endometriet ved tilleggsbehandling med gestagen er ikke studert. Gjennombruddsblødning og spotting kan forekomme i løpet av de første behandlingsmånedene. Dersom gjennombruddsblødning eller spotting oppstår etter en viss behandlingstid, eller vedvarer etter at behandlingen er avsluttet, bør årsaken undersøkes, noe som kan inkludere en endometriebiopsi for å utelukke malignitet i endometriet. Østrogenstimulering alene kan gi premenalg eller maligne endringer i gjenværende endometriosevev. Tilleggsbehandling med gestagener bør derfor vurderes ved østrogensubstitusjonsbehandling hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, hvis det er kjent at de har residual endometriose. **Brystkreft:** HRT med kombinert østrogen-gestagen, og muligens også ved østrogen alene, øker risikoen for brystkreft, avhengig av HRT-behandlingens varighet. Kombinert østrogen-gestagenbehandling: Økt risiko for brystkreft viser seg etter ca. 3 år. Behandling med østrogen alene: Ingen økt risiko for brystkreft hos hysterektomerte kvinner som brukte HRT-behandling med østrogen alene. En liten økning i risiko for brystkreft; vesentlig lavere enn ved bruk med østrogen-gestagenkombinasjoner. Den økte risikoen viser seg etter få års bruk, men går tilbake til utgangspunktet innen få (maks. 5) år etter avsluttet behandling. HRT, spesielt behandling med kombinasjoner av østrogen-gestagen, øker tettheten på mammografiske bilder, noe som kan virke negativt ved radiologisk påvisning av brystkreft. **Ovarialkreft:** Epidemiologiske funn antyder noe økt risiko for ovarialkreft ved HRT med østrogen alene eller østrogen-progestogen i kombinasjon. Økt risiko vises innen 5 år, og avtar over tid etter avsluttet bruk. Noen studier tyder på at bruk av kombinerte former for HRT kan være forbundet med lik eller noe lavere risiko. **Venøs tromboembolisme:** HRT er assosiert med 1,3–3 ganger økt risiko for utvikling av venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Det er høyest risiko det første året. Risikofaktorer for VTE omfatter kjent trombofili, høy alder, omfattende kirurgi, langvarig immobilitet, fedme (BMI >30 kg/m²), graviditet/postpartum periode, systemisk lupus erythematosus (SLE) og kreft. Hos postoperative pasienter bør profylaktiske tiltak vurderes for å hindre VTE etter inngrepet. Dersom langvarig immobilisering vil etterfølge planlagt kirurgi, anbefales det å seponere HRT imidlertid 4–6 uker i forveien. Behandlingen bør ikke gjeninnsettes før kvinnen er fullstendig mobilisert. Hos kvinner uten VTE i anamnesen, men med førstegradslektning med trombose i ung alder i anamnesen, kan screening tilbys etter nøye rådgivning vedrørende begrensninger (bare en andel av trombofile defekter identifiseres ved screening). Hvis en trombofil defekt identifiseres og samsvarer med trombose hos familiemedlemmer, eller hvis defekten er alvorlig (f.eks. antitrombin-, protein S- eller protein C-mangel eller en kombinasjon av defekter), er HRT kontraindisert. Kvinner som allerede får kronisk antikoagulasjonsbehandling trenger nøye nytte-/risikovurdering ved bruk av HRT. Hvis VTE utvikles etter at behandlingen er startet, skal legemidlet seponeres. Pasienten skal rådes til å kontakte lege umiddelbart, ved potensielt tromboembolisk symptom (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselige smerter i brystet, pustebesvær). **Koronar arteriell sykdom (CAD):** Risiko for CAD er noe økt ved bruk av kombinert HRT med østrogen-gestagen. Risiko for CAD øker med høyere alder. Ingen økt risiko for CAD hos hysterektomerte kvinner som får behandling med østrogen alene. **Iskemisk slag:** Behandling med kombinert østrogen-gestagen og østrogen alene er forbundet med opptil 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativt risiko endres ikke med alder eller tid etter menopausen. Siden risikoen for slag ved baseline er sterkt aldersavhengig, vil imidlertid den samlede risikoen for slag hos kvinner som bruker HRT øke med alder. **Visuelle forstyrrelser:** Vaskulær trombose i retina er sett hos kvinner som får østrogen. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart, og det skal avventes undersøkelse for å se om det er et plutselig partielt eller fullstendig synstap, eller en plutselig oppstått proptose, diplopi eller migrene. Hvis undersøkelse påviser papilloedem eller vaskulære lesjoner i retina, skal østrogen seponeres permanent. **Andre tilstander:** Østrogen kan forårsake vaskeretensjon. Pasienter med nedsatt hjerte- eller nyrefunksjon bør derfor observeres nøye. Kvinner med tidligere hypertriglyseridemi bør følges nøye under behandlingen, da sjeldne tilfeller av pankreatitt som skyldes kraftig økning av triglyserider i plasma ved bruk av østrogenbehandling ved denne tilstanden er rapportert. Østrogen øker thyreoideabindende globulin (TBG) og gir økt totalkonsentrasjon av sirkulerende thyreoideahormon. Konsentrasjon av fritt T₄ og fritt T₃ er uforandret. Andre bindingsproteiner, som kortikosteroidbindende globulin (CBG) og kjønnehormonbindende globulin (SHBG), kan være økt i serum, noe som gir økte nivåer av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnssteroide. Konsentrasjon av fritt eller biologisk aktivt hormon forblir uforandret. Andre plasmaproteiner kan bli forhøyet (angiotensinogen/reninsubstrat, alfa-1-antitrypsin, ceruloplamin). Det er sett økt risiko for demens hos kvinner som starter kontinuerlig behandling med kombinert HRT eller HRT med østrogen alene etter fylte 65 år. **Brennbar alkohobasert produkt:** Unngå ild, flamme og røyking inntil sprayen har tørket. **Påføring av solkrem:** Når solkrem påføres ca. 1 time etter Lenzetto, kan østradiolabsorpsjonen reduseres med 10%. Når solkrem påføres ca. 1 time før Lenzetto, er det ikke sett effekt på absorpsjonen. **Forhøyet hudtemperatur:** Økt temperatur i omgivelsene gir ca. 10% forskjell i østradiolabsorpsjonen. Denne effekten anses ikke å være klinisk relevant for daglig bruk. Forsiktighet utvises ved ekstreme temperaturbetingelser, som f.eks. solbading eller sauna. **Barn og ungdom:** Brystutvikling hos prepubertale jenter og tidlig utviklet pubertet og gynekomasti og brystvev hos prepubertale gutter er sett etter utilsikket sekundæreksposering for preparatet. I de fleste tilfellene gikk tilstanden

tilbake etter at eksponeringen var fjernet. Lege bør kontaktes ved mistanke om eksponering for preparatet og ev. forholdsregler tas for å forhindre dette. **Eksponeringsbeskyttelse:** Applikasjonsstedet må dekkes med tøy hvis en annen person kan komme i kontakt med hudområdet etter at sprayen har tørket. Applikasjonsstedet skal ikke vaskes på 60 minutter. Ikke la en annen person røre applikasjonsstedet i 60 minutter etter applikasjonen. Ikke la barn komme i kontakt med applikasjonsstedet. Hvis et barn kommer i kontakt med applikasjonsstedet, må barnets hud vaskes med såpe og vann så snart som mulig. Ikke tillat kjæledyr å slikke eller berøre applikasjonsstedet. Små kjæledyr kan være spesielt sensitive. Kontakt veterinær hvis kjæledyret viser tegn på forstørret bryst/brystvorte og/eller vulvahevelse, eller andre tegn på sykdom. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen interaksjonsstudier er utført. Metabolisering av østrogen kan øke ved samtidig bruk av legemidler kjent for å indukere legemiddelmetaboliserende enzymer, spesielt CYP450-enzymene, som antiepileptika og antimikrobielle midler. Ritonavir og nefinavir kan også, selv om de er kjent som kraftige hemmere, i motsetning vis induserende egenskaper når de brukes samtidig med steroidhormoner. Naturlegemidler som inneholder johannesurt (prickperikum) kan indukere metabolismen til østrogen (og gestagener). Ved transdermal tilførsel unngås effekten av førstepassasjemetabolismen i leveren. Transdermal tilført østrogen påvirkes derfor mindre av enzyminduserende preparater. Økt metabolisme av østrogen og gestagener gir redusert effekt og endringer i vaginal blødningsprofil. **Graviditet, amning og fertilitet:** *Graviditet:* Hvis graviditet oppstår skal behandlingen seponeres umiddelbart. Epidemiologiske studier mht. utilsikket føtal eksponering for østrogen, indikerer ingen teratogene eller fosterskadelige effekter. *Amning:* Skal ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Abdominalmerter, kvalme. Hud: Utslett, kløe. Kjønnsganer/bryst: Smerter/ømhøet i brystene, uterin/vaginal blødning inkl. spotting, metrorragi. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning, vektreduksjon. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi. Hjerte/kar: Palpitasjoner, hypertensjon. Hud: Erythema nodosum, urticaria, hudirritasjon. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjon. Kjønnsganer/bryst: Misfarging av brystene, utflod fra brystene, cervikale polyper, endometriehyperplasi, ovariecyste, vaginitt. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Neurologiske: Svimmelhet, vertigo. Psykiske: Nedsatt stemningsleie, insomni. Undersøkelser: Økt GGT, økt kolesterol i blodet. *Øre:* Vertigo. *Øye:* Synsforstyrrelser. *Øvrige:* Ødem, smerter i armløven. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppkast. Hud: Hirsutisme, akne. Kjønnsganer/bryst: Dysmenoré, premenstruell-lignende syndrom, brystforstørrelse. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer. Neurologiske: Migrene. Psykiske: Angst, redusert libido, økt libido. *Øye:* Intoleranse overfor kontaktlinser. *Øvrige:* Fatigue. *Ukjent frekvens:* Hud: Alopeci, kloasma, hudmisfarging. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Kvalme og brekninger, ømhøet i brystene, svimmelhet, smerter i abdomen, tretthet/fatigue og seponeringsblødning. *Behandling:* Seponering og relevant symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogen G03C side c. **Oppbevaring og holdbarhet:** Skal ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. Må brukes innen 56 dager etter første ganges åpning. Oppbevares ved høyst 25°C. Inneholder etanol som er brennbar. Skal ikke oppbevares i nærheten av varmekilder, åpne flammer eller andre antenneseksilder. **Pakninger og priser (pr. 22.08.2018):** 56 spraydoser (sprayboks) kr 120,40. 3 × 56 spraydoser (sprayboks) kr 288,80. **Refusjon:** G03C A03.1 Østradiol. *Refusjonsberettiget bruk:* Substitusjonsbehandling frem til overgangsalder ved hypofysesvikt, manglende ovarier eller inaktive ovarier. *Refusjonskoder:*

ICPC		Vilkår nr
A87	Eggstokksvikt etter behandling	125
A87	Hypopituitarisme etter behandling	125
A90	Turners syndrom	125
T99	Hypofysesvikt INA	125

ICD		Vilkår nr
E23	Hypofunksjon og andre forstyrrelser i hypofyse	125
E28.3	Primær ovarialsvikt	125
E89.3	Hypopituitarisme etter kirurgiske og medisinske prosedyrer	125
E89.4	Eggstokksvikt etter kirurgiske og medisinske prosedyrer	125
Q96	Turners syndrom	125

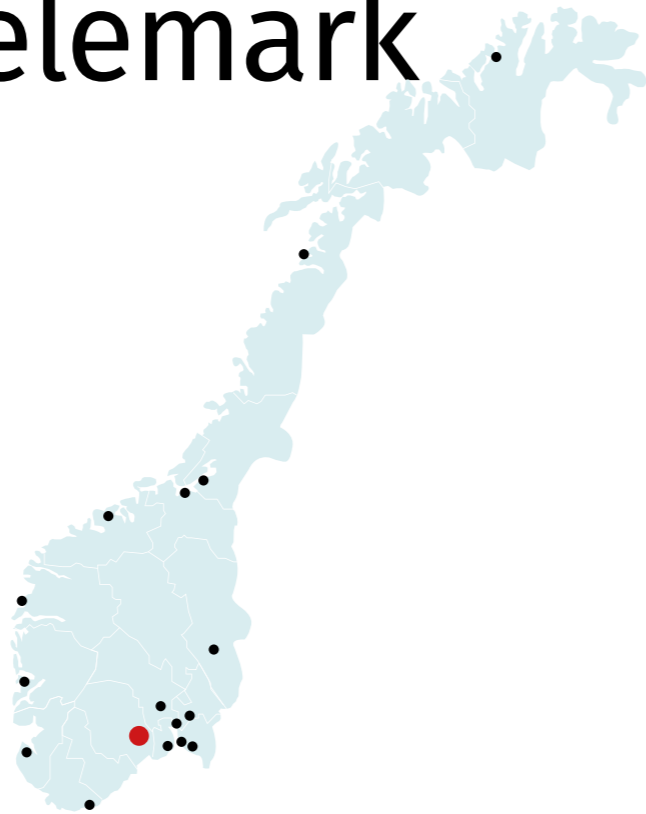
Vilkår: 125. Behandlingen skal være instituert i sykehus, i sykehuspoliklinikk eller av spesialist i indremedisin, nevrokirurgi, nevrologi, pediatri eller fødselshjelp og kvinnesykdommer. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 12.06.2018. **MAH:** Gedeon Richter Plc., Ungarn. Repr. Gedeon Richter Nordics AB, Norra Stationsgatan 61, SE-113 43 Stockholm, Sverige. Tel: +47 210 33390. E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu

Norge Rundt

Sykehuset Telemark

Tidligere besøkt:

2/2020 Drammen sykehus
 1/2020 Elverum sykehus
 2/2019 Sandnessjøen sykehus
 1/2019 Kvinneklubben – Sykehuset Østfold
 4/2018 Levanger sykehus
 3/2018 Kvinneklubben OUS
 2/2018 Kvinneklubben St.Olavs Hospital HF
 1/2018 Kvinneklubben Rikshospitalet
 4/2017 Kvinneklubben ved Bærum Sykehus
 3/2017 Kvinneklubben ved Sørlandet sykehus – Kristiansand
 2/2017 Kvinneklubben Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF
 1/2017 Kvinneklubben ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund
 4/2016 Kvinneklubben ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg
 3/2016 Kvinneklubben ved Ahus
 2/2016 Kvinneklubben ved Nordlandssykehuset - Bødø
 1/2016 Kvinneklubben i Hammerfest
 4/2015: Kvinneklubben i Stavanger
 2/2015: Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
 1/2011: Kvinneklubben i Hammerfest



**Solveig
Thorarinsdottir**



Stig Hill



Eirik Eliassen

Sykehuset Telemark har i flere tiår vært leverandør av dyktige LIS til mer sentrale strøk. Trenden har snudd, og de som nå starter utdanningen sin hos oss vil som regel tilbake til STHF. Nå blir overlegestillingene fylt med egne ferdige spesialister, tørste på faglige utfordringer og «det gode liv» i Telemark. Kvinneklubben i Telemark forsøker ha fokus på fag, kvalitet, utdanning, struktur, minimal-invasiv kirurgi på høyt nivå samt svangerskapsomsorg og fødselshjelp av første klasse.

Skien by og Telemark fylke

Skien er hovedstaden i det som tidligere het Telemark fylke - nå Vestfold og Telemark fylke. Skien har 40.000 innbyggere, og et steinkast unna ligger Porsgrunn med 36.000 innbyggere. Disse to byene, samt nabokommunene Siljan og Bamble, utgjør det urbane området Grenland med til sammen ca. 100.000 innbyggere. Grenland er et område i vekst med et bredt kulturtilbud, økende liv i sentrum med flere kafeer, restauranter og butikker. Naturen er like utenfor stuedøren, og det er kort vei til både fjord og fjell. Er du glad i naturen dekker Telemark alle dine behov, sommer som vinter. Høye fjell og dype daler, store skoger, flotte vassdrag, innbydende skjærgård og stabilt, godt vær.

Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark dekker et befolkningsgrunnlag på rundt 170 000 innbyggere. I 2020 har sykehuset ca. 3000 årsverk. Administrasjonen og hovedsykehuset ligger i Skien, men sykehuset har «filialer» i Porsgrunn, Notodden, Rjukan, Seljord, Nordagutu og Kragerø. Sykehuset er et allsidig akuttsykehus og tilbyr diagnostikk og behandling innen de fleste spesialiteter.

Kvinneklubben:

Fødeavdelingen, observasjonspost for gravide, barsel, gynekologisk sengepost og hovedoperasjon er lokalisert i Skien. Gynekologisk og obstetrisk poliklinikk og dagkirurgi er lokalisert i Porsgrunn. Vi har ca. 13.000 polikliniske konsultasjoner, 650 dagkirurgiske



Fra venstre på første rad: Karian Øvrebø, Vibeke Høydal, Elin Erikstad, Stig Hill, Henriette Skaug, Benedikte Lindesteg, Kevin Ngn, Solveig Thorarinsdottir
 Fra venstre bak: Marte Trøyen, Natalia Gundersen, Sally Almahdi, Siri Julieble, Adrian Botea og Elske Hekman Drost (Foto Russel A Jacobsen)

«Alt skal en prøve og velge det beste»

Henrik Ibsen (Skiens store sønn)

inngrep og 1.150 innleggende operasjoner per år. Kvinneklubben har ca. 3.650 innleggelse i året. Overlegene betjener gynekologisk poliklinikk på Notodden 1-2 dager pr. måned.

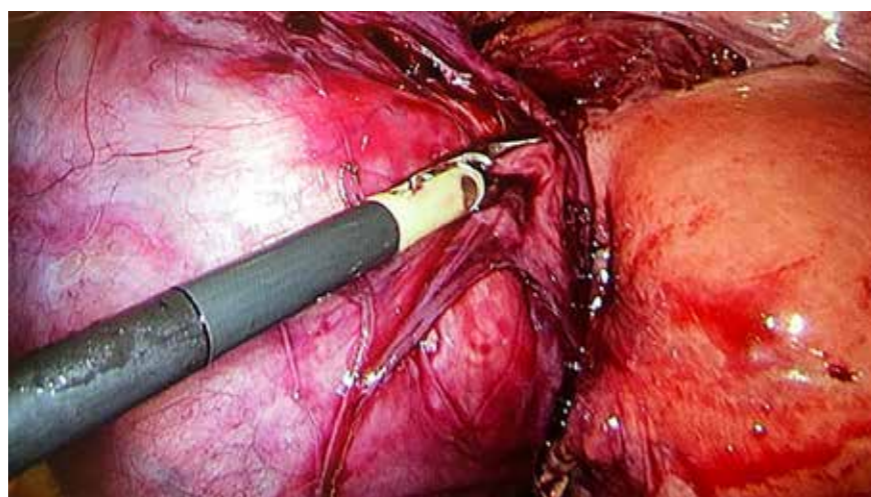
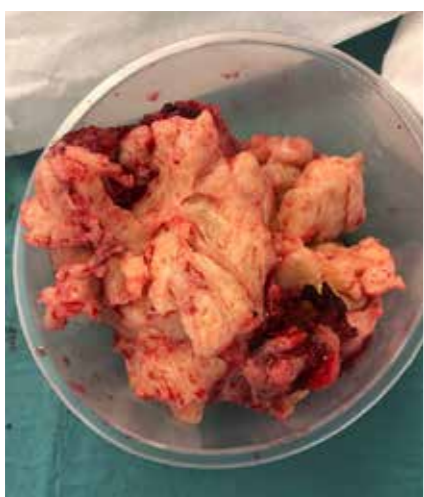
Gynekologisk seksjon har benyttet DaVinci robot fra 2011. Roboten ble erstattet med en ny versjon i 2019. Kvinneklubben STHF er den klinikken i Norge som har lengst erfaring med gynekologisk robotkirurgi innen benign gynekologi. For tiden er det 4 aktive robotkirurger i kollegiet. Vi planlegger nesten alle inngrep som primært minimal-invasiv og har svært lav komplikasjonsfrekvens og konverteringsrate til laparotomi. Fra 2011 har det blitt utført cirka 800 robotassisterte, gynekologiske inngrep ved STHF (overveiende hysterektomier, men også sakrokolpopeksier, cysteektomier og myomektomier). Kapasiteten er god, så vi tar gjerne imot gjestepasienter som har god indikasjon for hysterektomi eller annen minimal-invasiv kirurgi ☺.

Gynekologisk sengepost har 7 senger og er samlokalisert med ØNH, endo/mamma, urologi og plastikkirurgi. Fødeavdelingen har 5 fødestuer. Vi håndterer ca. 1.600 fødsler per år, men som ellers i landet har vi hatt noe fallende fødselstall de senere årene. Vi håndterer alle former for risikosvangerskap. Sykehuset har nyfødt intensivavdeling og barnelege på huset som tar imot

premature fra uke 28. Observasjonsposten på føden har 6 senger. Føde- og barselenheten ligger i Skien, og har status som «Mor-Barn Vennlig sykehus». Legene og jordmødrene har et godt samarbeid, og vi er stolte av jordmorstaben vår som alltid er imøtekommende overfor gynekologene, de fødende og deres partnere. Vi overvåker risikofødsler med STAN, og kunnskapen om fosterovervåkning er høy hos både jordmødre og leger. Barselavdelingen har 21 senger, hvor far/medmor som oftest har mulighet til å være sammen med mor og barn under hele eller deler av barseloppholdet.

STHF har status som kvinneklubben med 8 til 9-delt tilstedevakt for overleger og 8-delt tilstedevakt for LIS. Totalt er det 18 legeårsverk. Vi har for tiden lik kjønnsfordeling blant overlegene og akkurat nå kun 1 mannlig LIS. Legene dekker 9 forskjellige nasjonaliteter, noe som gir et spennende arbeidsmiljø med erfaringer fra mange land. I vår avdeling er vi åpne for at det finnes «flere veier til Rom» - vi ønsker å ha stor takhøyde, rom for faglig diskusjon, nye tanker og god stemning.

Avdelingen arrangerer 3-6 ganger i året tverrfaglige, obstetriske fagdager og/eller kvelder hvor gynekologer, jordmødre og barnepleiere deltar. Fagdage inneholder både teori og praksis hvor



Laparoskopisk hysteretomi med stort hovedsakelig retroperitonealt myom mot venstre bekkenvegg over kar og urether

vi tar opp tema som STAN-tolking, operativ forløsning, skulderdystoci, suturteknikker, post partumbødning og resucitering av nyfødte. Sykehuset har et velfungerende simuleringssenter, og vi samarbeider med dem når vi trener på bl.a. sectio grad 1 i narkose og hjerte-lunge-redning.

Vi har fokus på laparoskopiske og hysteroskopiske teknikker og har som ledd i det deltatt i «Boksen går». Vår egen LIS, Mathias Sonstad, gikk som kjent av med seieren i den første finalen i «Battle of the best» ved NGF's årsmøte i Bodø i 2019.

Siste året har vi også tatt inn NEAS og MyoSure i vårt minimal-invasive armamentarium under mottoet: «Det som er best for kirurgen er også best for pasienten».

Av sosiale aktiviteter kan vi nevne LIS'enes «Vaginavin». Sykehuslegene arrangerer også Torsdagspils en gang i måneden og innebandy eller fotball hver onsdag. Avdelingen arrangerer julebord og sommerfest hvert år, hvor det alltid er gode historier å fortelle etterpå.

Det er spennende og interessant å jobbe i Skien, faglig utfordrende og vi har godt arbeidsmiljø. Vaktbelastningen gir muligheter for å nyte familieliv i naturskjønne omgivelser med «kort vei til alt».

For å sitere Henrik Ibsen: «Man har jo kun det ene liv». Nytt det med oss i Skien!

Behandling ved vaginal atrofi

Gelisse® (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi.¹

EFFEKT
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

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

VAGINALGEL
Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®

50 µg østriol/g vaginalgel

Gelisse
Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 11.04.2017. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se www.legemiddelsok.no. Refusjon/Byttegruppe: -/- Reseptgruppe C.

Referenser:

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



NFOG e-textbook ble lansert 1.9.2020!

Gratis, engelsk lærebok i gynekologi og obstetikk for medisinstudenter finnes på:

www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/opslag-og-vaerktoejer/laereboeger/obstetrics-gynecology/

Som ledd i tverrnordisk kvalitetsarbeid har NFOG initiert et lærebokprosjekt i gynobst for medisinstudenter. Målet var å tilby et læreverv som kunne benyttes ved alle universiteter i Norden (der gynobst er internasjonal, dvs. engelskspråklig, termin) og representere den nordiske tilnærming til vårt fag, som på en del områder er annerledes enn både i USA og andre deler av Europa. Læreboken er publisert fritt, dvs. gratis for studentene (og alle andre!) å bruke. Mange av våre studenter reiser ut i gynobst-termin. Da vil de kunne formidle tilbud om gratis læreverv til medstudenter der.

Takk til alle bidragsyttende kolleger! Dette er dugnad, og veldig mange har stilt opp her; skrevet, laget videoer, funnet gode illustrasjoner. Underveis har en rukket å samarbeide med mange nordiske kolleger og styrket/nyutviklet samarbeid på tvers av våre land. Bare etter to dagers tilgang får jeg begeistrede tilbakemeldinger fra studentene! Jeg vil tro at denne også er nyttig for de aller mest nytilsatte LIS-gynekologer-to-be. Formell anmeldelse av e-boken vil komme i Gynekologen når den er komplett.

Jone Trovik
Professor UiB
På vegne av NFOG e-textbook redaksjonskomiteen



Gynstoler med integrert HD videokolposkop, eller enklere modeller

Optiske kolposkop på hjul og for feste på stol



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

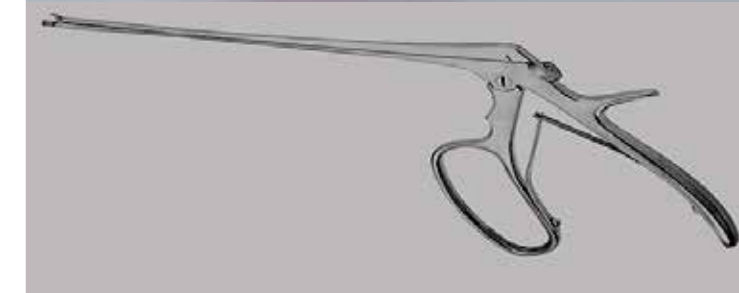
medero

MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no



Gynekologen anbefaler litteratur med (varierende grad av) faglig relevans

Denne gangen:

Tema-faggrupper på facebook



Vår måte å finne informasjon på har gradvis flyttet seg fra bøker og tidsskrifter til datamaskiner og til mobiltelefoner.

Skrevet av Irina Eide

Da grupperommet «Hormoner og endometriose» på Legeforeningens nettside ble lagt ned i desember 2019, mistet de ca. 340 deltakerne et viktig og populært diskusjonsforum. Men, ingenting er så galt at det ikke er godt for noe. Omtrent samtidig med gruppenedleggelsen bestemte Marita Anette Sandvold Lomheim seg for å ta det store steget å si opp jobben ved Kvinneklinikken i Kristiansand og starte egenpraksis uten avtalehjemmel hjemme i Mandal. Marita hadde fulgt med på grupperommet en god stund og syntes det var utrolig mye nyttig læring og gode tips der. Hun forteller at savnet etter gruppen ble veldig stort, særlig da hun begynte i en ny jobb med en helt annen pasientpopulasjon enn den hun hadde møtt på sykehuset.

Marita tok kontakt med Mette Haase Moen, gynekolog og professor emerita ved St. Olavs hospital og NTNU i Trondheim. Mette Haase Moen har dedikert sitt liv til hormoner og endometriose, og hun har vart drivkraften i grupperommet på Legeforeningens nettside. Etter flere diskusjoner tilbød Marita seg å opprette en gruppe på Facebook. Mette ble med på laget, og Marita gikk i gang. Gruppen «Hormoner og endometriose» ble opprettet på Facebook 29. april 2020, og norske gynekologer begynte å melde seg inn i bøtter og spann. Det tok ikke mange timer før det var blitt flere hundre medlemmer, og nå er det 612! Det er spennende faglige diskusjoner hver dag og stadig noe nytt å lære både for unge og eldre kollegaer. Man kan både sende email eller private meldinger til Mette eller Marita dersom man ønsker å stille spørsmål anonymt. Dette gjør at terskelen blir lav for å spørre, og man mister ikke ansikt. Ved å poste online får man også raske svar fra miljøer flere steder i landet, og man får en fantastisk

fylde i den faglige diskusjonen som man aldri hadde fått ved bare å «ringe til en kollega».

Det tok ikke så lang tid før det poppet opp nok en tema-faggruppe på Facebook. «NFK - Norsk forening Kolposkopi» ble opprettet av Ameli Tropé 22. juni 2020. På to måneder har det blitt 374 medlemmer i gruppen. Ameli Tropé er gynekolog, Dr. Med. og leder av Livmorhalsprogrammet i Kreftregisteret. Hun er opptatt av å formidle kunnskap og bevissthet rundt hvordan livmorhalskreft kan forebygges. For mange år siden begynte hun sammen med Ingrid Baasland og Ane Cecilie Munk å planlegge NFK, men i en travel hverdag har de ikke fått til å holde møter og få medlemmer. Derfor bestemte Ameli seg til å starte på Facebook, som har mange medlemmer og gir mulighet til å nå flere kollegaer. «Gruppen er først og fremst til undervisning», - sier Ameli. Man kan også få tips om utstyr, lærebøker, informasjon om kurs og møter, nyttige linker til foredrag, e-læringskurs etc. Det er mulighet til å stille spørsmål anonymt som kan sendes til Ameli på email, men man må passe på at pasienten ikke blir gjenkjennelig (eksakt alder, kommune, datoer og lignende må unngås).

Vi har på kort tid fått to viktige tema-grupper innen vårt fag på Facebook, og disse har blitt kjempepopulære blant våre medlemmer. Dette viser at den type faglig oppdatering og kommunikasjon er veldig aktuell i dag, ikke minst under koronatiden når vi har mindre mulighet til å møtes fysisk. Vi kan ikke se bort fra at nye ildsjeler tar opp tråden slik at det popper opp nye viktige tema-grupper i sosiale medier.



Tørr skjede – ingen hindring for et godt samliv

Remisoft tilfører fuktighet til slimhinnen, samt at lipider styrker og mykgjør hudbarrieren. I tillegg virker *Hamamelis virginiana*-vann (Trollhassel) på slimhinnenes overflate og styrker den fysiske barrieren. Inneholder melkesyre-bakterier.




Medisinsk utstyr klasse IIa

Remisoft vaginalkrem

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

- ✓ Lindring og tilfører fukt
- ✓ Mykgjør og bevarer elastisitet
- ✓ Heling av småskader

 Fås på alle apotek

Remisoft® 50 g krem (med applikator). Reseptfri, pleiende vaginal fuktighetskrem uten hormoner. Medisinsk utstyr, klasse IIa. Til behandling av ubehag pga. tørrhet i skjede og ytre intinområder (følelse av tørrhet, brennende følelse, smerter ved samleie eller kløe). Påføres 1g/dag. Anbefales opphold i 2 dager etter 30 dagers bruk. Kun i samråd med lege ved uttalte sympt. eller ved en vaginal infeksjon. Det mangler data for bruk av Remisoft ved graviditet/ amming. Unngå bruk rett etter fødsel og ved allergi mot innholdsstoffer. Les bruksanvisningen før bruk.

Årsberetning 2019

Norsk gynekologisk forening

Styret har bestått av Nils-Halvdan Morken (leder), Stine Andreasen (nestleder), Kirsten Hald (vitenskapelig sekretær), Hans Kristian Opøien (kasserer), Yngvild Hannestad (styremedlem, PSL), Anders Einum (sekretær, FUGO). Varamedlemmer har vært: Ane Bergquist (FUGO), Maren Baumann (PSL) og Frida Andræ.

Foreningen hadde 1173 ordinære medlemmer per desember 2019. I tillegg har NGF 11 assosierte medlemmer. NGF vokser i antall medlemmer også i 2019.

STYREMØTER

Det har vært avholdt følgende styremøter i 2019: To av disse på Legenes Hus i Oslo (februar og juni). Ett styremøte ble avholdt i Stockholm i april forbindelse med ekstraordinær generalforsamling i NFOG. Styret avholdt i september en lengre samling der vi kombinerte styremøte i Split, Kroatia med strategisamling. Dagen før årsmøtet i oktober ble det avholdt styremøte i Bodø. Året ble avsluttet med styremøte og julemiddag i Midtunhaugen 192, Bergen hos avtroppende leder. Styret har i tillegg hatt ett telefonmøte i november 2019, der en spesifikk sak knyttet til veileder i obstetrikk ble diskutert. Gynekologens redaktør og nettredaktør har begge møterett og har deltatt på flere møter.

BEHANDLEDE SAKER OG ANNET ARBEID I STYRET OG FORENINGEN

Det har vært behandlet totalt 21 nye saker i tillegg til ikke ferdigbehandlede saker fra 2018. I tillegg har faste poster på agendaen vært FUGO, PSL, NFGO, Gynekologen, Nettsiden, Legeforeningen, Helsedirektoratet, NFOG, FIGO, EBCOG og AOGS.

Av saker kan nevnes:

Styret mottok henvendelse fra NFGO og Kvalitetsutvalget med spørsmål om å legge ned veileder i gynekologisk onkologi. Kvalitetsutvalget ønsket at styret skulle ta stilling til dette som en prinsipiell sak. Helsedirektoratet hadde ytret ønske til NFGO om utvikling av vår veileder i gynekologisk onkologi til fordel for Handlingsprogram for Gynekologisk kreft. Disse metodebøkene har identisk tekst og er utarbeidet av de samme forfatterne. Styret er bekymret for at gynekologene ved å legge ned veileder i gynekologisk onkologi gir fra seg eierskapet over anbefalinger/retningslinjer til Helsedirektoratet. Til tross for at det per i dag

foreligger enighet og at Helsedirektoratet skal ha uttrykt at de ikke vil overprøve faglige råd er det ingen garanti for at slik uenighet og problemer ikke kan oppstå i fremtiden. Våre veiledere styrker fagmiljøet, gir en enhetlig fremstilling og har et særs brukervennlig format som alle NGFs medlemmer kjenner. Styret i NGF ønsker at man fortsatt utarbeider veileder i gynekologisk onkologi med NGF og Legeforeningen som eier.

Revisjon og oppdatering av veileder i gynekologi ble startet, og Pernille Schjønby takket ja til å være hovedredaktør. Finansiering av arbeidet ble i desember sikret fra Legeforeningens Kvalitetsfond.

Styret ble av medlemmer gjort oppmerksom på at anbefalingen fra Helsedirektoratet om antibiotikaprofylakse ved kirurgisk abort strider med NGFs veileder. Styret fremsatte i brev til Helsedirektoratet ønske om at det etableres kontakt mellom direktoratets forfattere og gruppen som skal revidere det aktuelle veilederkapittelet. Denne saken illustrerer styrets hovedbekymring knyttet til spørsmålet om nedleggelse av veileder i gynekologisk onkologi, omtalt ovenfor.

På oppdrag fra generalforsamlingen i oktober 2019 nedsatte styret i desember en komité med Marit Halonen som leder som skulle jobbe med en konsensustekst om abort. Det ble samtidig sendt orientering om dette arbeidet til Stortingets Helse- og omsorgskomite.

NGF SOM HØRINGSINSTANS

Styret mottok 38 høringer i 2019, noe som er betydelig færre enn i 2018. Samtlige ble vurdert, og 4 ble vurdert som relevante og ble besvart. Svarandelen er betydelig lavere enn i 2018, men de høringer som ble besvart var desto viktigere for foreningen. Av disse kan nevnes Forslag til endringer i abortloven - fosterreduksjon (besvart via Legeforeningen og som egen høringsinstans) og Forslag til endringer i bioteknologiloven (besvart som egen høringsinstans).

NGF ÅRSMØTE, BODØ

Dette var uten tvil årets høydepunkt for foreningen. Årets arrangør var Kvinneklinikken ved Nordlandssykehuset. Møtet talte om lag 300 deltakere og inneholdt et solid faglig program med flere gode diskusjoner og et strålende sosialt arrangement ved lokal

organisasjonskomite. Møtet var også godt besøkt av industrien, og nytt av året var utstillere utenfor den typiske medisinske nisjen. Styret har mottatt mange positive tilbakemeldinger.

NGF VED NASJONALE OG INTERNASJONALE MØTER

Morken og Opøien representerte NGF i muntlig høring i Stortingets helse- og omsorgskomite 16. mai 2019 om endringer i abortloven. Einum og Opøien representerte NGF i muntlig høring i Stortingets helse- og omsorgskomite den 8. oktober 2019 om fødselsomsorgen. Bjørn Backe (kapitelforfatter i veilederen 2014) var i mai 2019 på oppdrag fra styret i møte med Helsedirektoratet vedrørende asymptomatisk bakteriuri i svangerskapet. Morken er NGFs representant i arbeidsgruppen i Helsedirektoratet om endringer i fødselsomsorgen på oppdrag fra helseministeren. Gruppen hadde ved utgangen av 2019 hatt ett møte og leverte sin rapport i mars 2020. Elham Baghestan er oppnevnt som ny NGFs representant i Faglandsrådet ved Medisinsk Fødselsregister.

Hele styret deltok ved NFOGs ekstraordinære generalforsamling i Stockholm i april 2019. Leder har i tillegg representert NGF ved NFOGs board i Reykjavik (februar 2019) og i Oslo (november 2019). I Oslo deltok også påtroppende leder Kirsten Hald. Leder

har vært NGFs representant på Legeforeningens faglandsråd 11.-12. september sammen med Thea Falkenberg Mikkelsen (FUGO). Mikkelsen ble på nytt valgt inn i fagstyret.

NGF OG MEDIA

Styret har gjennom hele 2019 hatt regelmessig kontakt med journalister knyttet til ulike saker. Vi har besvart henvendelser etter beste evne. Det kan nevnes at styret i Dagsavisen 8. oktober 2019 omtalte kvalitet i fødselsomsorgen under tittelen «Fødsler og fallskjermhopping». Dette var samme dag som foreningen var i Stortingshøring, hvilket gjorde at vi kunne henvise til kronikken under høringen. Det kan også nevnes at vårt innlegg i NRK Ytring 9. november 2018 under tittelen «La abortloven være!» ble tatt inn i boken «Abortkamp-maktkamp», som utkom på Res Publica våren 2019.

Styret håper å ha representert fag og forening på en god og verdig måte i 2019.

På vegnet av styret i NGF

Nils-Halvdan Morken

Leder (2019)

Aktivitetsregnskap			
Norsk Gynekologisk Forening			
	Note	2019	
Anskaffede midler			
Kontingenter DNLF	4	1 340 500	1 147 496
Tilskudd	4	37 545	165 525
Sum anskaffede midler		1 378 044	1 313 021
Aktivitet som oppfyller formålet			
Kursinntekter	5	847 764	535 400
Sum aktivitet som oppfyller formålet		847 764	535 400
Aktivitet som skaper inntekter			
Amnoser	5	379 000	603 800
Standleie	5	663 000	630 900
Sum aktiviteter som skaper inntekter		1 042 000	1 234 700
Finansinntekter	2	78 398	13 218
Sum anskaffede midler		3 346 207	3 096 340
Forbrukte midler			
Kostnader til formålet			
Produksjonskostnader tidsskrift		408 400	409 600
Kurs og konferanser		1 089 184	1 262 695
Internasjonalt arbeid		598 459	511 331
Faglig arbeid		264 170	334 707
Sum kostnader til formålet	2, 3, 7	2 360 212	2 518 334
Administrasjonskostnader	2, 3, 7	191 651	87 284
Sum forbrukte midler	2	2 551 864	2 605 617
Årets aktivitetsresultat		794 343	490 722
Overføringer til/fra formålkapital (egenkapitalen)			
Avsatt til/fra fri formålkapital		794 343	490 722
Sum overføringer	6	794 343	490 722

Balanse			
Norsk Gynekologisk Forening			
	Note	2019	
Eiendeler			
Fordringer			
Kundefordringer		37 545	140 525
Andre kortsiktige fordringer		1 350 614	1 366 900
Sum fordringer		1 388 159	1 507 425
Bankinnskudd, kontanter o.l.	9	2 436 698	2 325 481
Sum omløpsmidler		3 824 857	3 832 906
Sum eiendeler		3 824 857	3 832 906
Formålkapital og gjeld			
Formålkapital			
Fri formålkapital	6	2 946 851	2 152 508
Sum opptjent formålkapital		2 946 851	2 152 508
Gjeld			
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		87 788	495 987
Skyldig offentlige avgifter		-3 427	21 370
Amnen kortsiktig gjeld	8	793 645	1 163 040
Sum kortsiktig gjeld		878 005	1 680 398
Sum formålkapital og gjeld		3 824 857	3 832 906
Oslo, 09.07.2020 Styret i Norsk Gynekologisk Forening			
Nils-Halvdan Morken nestleder	Hans Kristian Opøien kasserer	Kirsten Hald styreleder	
Yngvild Skåtun Hannestad styremedlem	Anders Einum styremedlem	Ragnar Sande styremedlem	

UAVHENGIG REVISORS BERETNING FOR 2019

Til medlemmene i Norsk Gynekologisk Forening

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet*Konklusjon*

Vi har revidert Norsk Gynekologisk Forenings årsregnskap som viser et overskudd på kr 794 343. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2019 og resultatregnskap for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening er det medfølgende årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av foreningens finansielle stilling per 31. desember 2019, og av dets resultater for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i «Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet». Vi er uavhengige av foreningen slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Styrets ansvar for årsregnskapet

Styret (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Ved utarbeidelsen av årsregnskapet må ledelsen ta standpunkt til foreningens evne til fortsatt drift og opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avvirket.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

For videre beskrivelse av revisors oppgaver og plikter vises det til <https://www.revisorforeningen.no/revisjonsberetninger>.



Revisorgruppen

Revisorgruppen Oslo AS
Oscars gate 30
Postboks 7154 Majorstuen
N-0307 Oslo

Tlf: +47 23 20 49 00

E-post: oslo@rg.no

Foretaksregisteret
NO 917 275 254 MVA

www.rg.no

Uttalelse om øvrige lovmessige krav*Konklusjon om registrering og dokumentasjon*

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foreningens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Oslo, 09. juli 2020

Revisorgruppen Oslo AS

Ellen Kristine Munthe-Kaas
statsautorisert revisor

Femoston «Mylan Healthcare Norge AS»

C Østrogen-progestogen sekvenspreparat

ATC-nr.: G03F B08

TABLETTER, filmdrasjerte 1 mg/10 mg: Hver pakning inneholder 14 hvite og 14 grå tabletter. Hver hvit tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Hver grå tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, dydrogesteron 10 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

TABLETTER, filmdrasjerte 2 mg/10 mg: Hver pakning inneholder 14 rødbrune og 14 gule tabletter. Hver rødbrun tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 2 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver gul tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 2 mg, dydrogesteron 10 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >6 måneder etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Dosering: 1 tablett daglig uten opphold i 28 dagers sykkluser (østrogenbehandling i 14 dager etterfulgt av 14 dager med østrogen-/progestogenbehandling). Ved oppstart og fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose brukes, i kortest mulig tid. **Behandlingsstart:** Bør startes med 1 mg/10 mg, dosen kan deretter justeres avhengig av klinisk respons. Ved overgang fra annet kontinuerlig sekvensielt eller syklisk preparat, bør pågående 28 dagers behandlingssyklus fullføres før byttet. Ved overgang fra annen kontinuerlig kombinasjonsbehandling, kan byttet gjøres når som helst. **Behandlingsregime:** 1 mg/10 mg: 1 hvit tablett daglig de første 14 dagene, deretter 1 grå tablett daglig de neste 14 dagene, som anvist på kalenderpakningen. 2 mg/10 mg: 1 rødbrun tablett daglig de første 14 dagene, deretter 1 gul tablett daglig de neste 14 dagene, som anvist på kalenderpakningen. **Glemt dose:** Glemt tablett bør tas så snart som mulig innen 12 timer. Hvis det har gått >12 timer, bør behandling fortsettes med neste tablett uten å ta den glemte tableten. Sannsynligheten for gjennombrudds-/sporbledning kan øke. **Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Svelges hele med vann. **Egenskaper:** Klassifisering: Tofasisk kontinuerlig sekvensielt kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol, og progestogenet dydrogesteron i behandlingens 2. fase. **Pakninger og priser: 1 mg/10 mg:** 84 stk. (blister) kr 280,40. **2 mg/10 mg:** 84 stk. (blister) kr 280,40.

Femostonconti «Mylan Healthcare Norge AS»

C Østrogen-progestogen kombinasjonspreparat

ATC-nr.: G03F A14

TABLETTER, filmdrasjerte 0,5 mg/2,5 mg: Hver tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 0,5 mg, dydrogesteron 2,5 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult jernoksid (E 172).

TABLETTER, filmdrasjerte 1 mg/5 mg: Hver tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, dydrogesteron 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult og rødt jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. 0,5 mg/2,5 mg: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. 1 mg/5 mg: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert.

Dosering: 1 tablett daglig uten opphold i 28 dagers sykkluser. Ved oppstart og fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose av kortest mulig varighet benyttes. Behandlingsstart avhenger av tid siden menopause og symptomenes alvorlighetsgrad. Ved naturlig menopause bør ikke behandling startes før tidligst 1 år etter siste menstraasjon. Ved kirurgisk induert menopause kan behandling startes umiddelbart. Dosen kan justeres etter oppstart, avhengig av klinisk respons. Ved overgang fra annet kontinuerlig sekvensielt eller syklisk preparat, bør pågående 28 dagers behandlingssyklus fullføres før byttet. Ved overgang fra annen kontinuerlig kombinasjonsbehandling, kan byttet gjøres når som helst. **Glemt dose:** Glemt tablett bør tas så snart som mulig innen 12 timer. Hvis det har gått >12 timer

bør behandling fortsettes med neste tablett uten å ta den glemte tableten. Sannsynligheten for gjennombrudds-/sporbledning kan øke. **Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Svelges hele med vann. **Egenskaper:** Klassifisering: Kontinuerlig kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol og progestogenet dydrogesteron. **Egenskaper:** Klassifisering: Kontinuerlig kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol og progestogenet dydrogesteron. **Pakninger og priser: 0,5 mg/2,5 mg:** 84 stk. (blister) kr 356,10. **1 mg/5 mg:** 84 stk. (blister) kr 374,50.

Felles tekst for begge produkter:

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-, protein S-, eller antitrombinmangel). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri.

Forsiktighetsregler: HRT ved postmenopausale symptomer bør kun startes hvis symptomer har negativ innvirkning på livskvalitet. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas minst 1 gang pr. år og HRT bør kun fortsettes så lenge nytte oppveier risiko. Begrensede data om risiko ved HRT ved prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan nytte-/risikobalansen være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre. **Medisinsk undersøkelse/oppfølging:** Før HRT startes eller gjenoppnas bør en komplett anamnese (inkl. familieanamnese) foretas. Medisinsk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) bør foretas mht. anamnese, kontraindikasjoner og advarsler for bruk. Rutinemessig kontroll under behandling anbefales. Kvinnen bør opplæres i hvilke endringer i brystene som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. egnet billeddiagnostikk, f.eks. mammografi, bør utføres iht. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. **Tilstander som krever tilsyn:** Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller ble forverret under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør kvinnen overvåkes nøye (disse tilstandene kan komme tilbake eller forverres under behandling): Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, gallestein, migrene eller kraftig hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose, meningeom. Behandling bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Ved intakt uterus øker risiko for endometriehyperplasi og karsinom (2-12 ganger) hvis østrogen gis alene over tid. Risikonivået kan være økt i minst 10 år etter seponering. Tillegg av et progestogen syklisk i minst 12 dager pr. måned/28 dagers syklus eller kontinuerlig kombinert østrogen-progestogenbehandling hos kvinner med intakt uterus, kan redusere den økte risikoen forbundet med HRT med østrogen alene. Gjennombrudds-/sporbledning kan forekomme i løpet av de første behandlingsmånedene. Hvis dette oppstår etter en tids behandling eller vedvarer etter seponering, bør årsaken undersøkes (kan omfatte endometriebiopsi for å utelukke malignitet). **Brystkreft:** Økt risiko ved kombinert østrogen-progestogenbehandling, muligens også ved østrogen alene. Risiko avhenger av HRT-varigheten. Økt risiko vises etter ca. 3 års bruk, men normaliseres i løpet av få år etter seponering (maks. 5 år). HRT, spesielt kombinert østrogen-progestogenbehandling, øker tettheten på mammografibilder, noe som kan ha negativ innvirkning på radiologisk påvisning av brystkreft. **Ovariekreft:** Epidemiologiske funn fra en stor metaanalyse antyder noe økt risiko ved bruk av HRT med østrogen alene eller østrogen-progestogen i kombinasjon. Økt risiko vises innen 5 års bruk, og avtar over tid etter seponering. Noen andre studier antyder at bruk av kombinasjons-HRT kan være forbundet med lik eller noe lavere risiko. **Venøs tromboemboli (VTE):** HRT er forbundet med høyere risiko (1,3-3 ganger) for utvikling av dyp venetrombose eller lungeemboli. Sannsynligheten er større 1. behandlingsår. Risikofaktorer for VTE omfatter bruk av østrogener, høy alder, omfattende kirurgi, langvarig immobilisering, overvekt (BMI >30 kg/m2), graviditet/post partumperiode, systemisk lupus erythematosus og kreft. Hos postoperative pasienter bør profylaktiske tiltak vurderes for å forhindre VTE etter kirurgi. Ved forventet langvarig immobilisering eller elektiv kirurgi bør HRT seponeres midlertidig 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenoppnas før kvinnen er fullstendig mobilisert. HRT er kontraindisert ved familier trombofil tilstand som har gitt seg utslag i trombose hos et familiemedlem, eller ved alvorlig koagulasjonsdefekt (f.eks. antitrombin-, protein S-, eller protein C-mangel eller kombinasjon av defekter). For kvinner som får antikoagulasjonsbehandling kreves grundig nytte-/risikovurdering ved bruk av HRT. Hvis VTE oppstår etter behandlingsstart, bør preparatet seponeres. Det bør rådes til umiddelbart å kontakte lege ved symptomer på tromboemboli (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselig brystsmerte, dyspné). **Koronar arteriell sykdom (CAD):** Relativ risiko for CAD øker noe ved kombinert HRT med østrogen-progestogen. Absolutt risiko for CAD ved baseline er sterkt aldersavhengig, og antall tilleggstilfeller av CAD pga. østrogen-progestogenbruk er svært lav hos friske kvinner nær menopausen, men øker med økende alder. Iskemisk slag:

Kombinert østrogen-progestogen og østrogen alene er forbundet med opptil 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko endres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseline er imidlertid sterkt aldersavhengig, og total risiko for slag ved HRT vil øke med alderen. **Andre tilstander:** Østrogen kan gi væskeretensjon, og kvinner med hjertesvikt eller nedsatt nyrefunksjon bør overvåkes nøye. Kvinner med preeksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da østrogenbehandling i sjeldne tilfeller har gitt økte plasmatriglyseridnivåer som har ført til pankreatitt. Østrogen øker thyreoiddelbinde globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoideahormonivå. Opptak av T₂-resin reduseres, noe som reflekterer økt TGB. Konsentrasjon av fritt T₄ og T₃ er uendret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnsormonbindende globulin (SHBG), kan være økt i serum, og gi økte nivåer av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnsormoner. Konsentrasjon av frie eller biologisk aktive hormoner er uendret. Andre plasmaproteiner kan være økt (angiotensinogen-/reninsubstrat, α₁-antitrypsin, ceruloplasmin). HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Kvinner ≥65 år som har startet behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene, kan ha økt risiko for demens. **Hjelpestoffer:** Inneholder laktose og bør ikke tas ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Metabolismen av østrogen og progestogen kan økes ved samtidig bruk av substanser som inducerer legemiddelmetaboliserende enzymer (spesielt CYP450), slik som antiepileptika, antiinfektiver og johannesurt (prikiperikum). Ritonavir og nelfinavir er sterke hemmere, men kan også ha induserende effekt når de kombineres med steroider. Økt metabolisme av østrogen og progestogen kan gi nedsatt effekt og endringer i uterin blødningsprofil.

Graviditet, amming og fertilitet: Skal seponeres umiddelbart hvis graviditet oppdages under behandling.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsgener/bryst: Smerter/ømhet i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerten. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppblåsthet (inkl. flatulens), oppkast. Generelle: Astenitilstander (asteni, fatigue, malaise), perifer ødem. Hud: Allergisk hudreaksjon (f.eks. utslett, urticaria, pruritus) Infeksjoner: Vaginal candidiasis. Kjønnsgener/bryst: Bekkensmerte, cervical utflod, menstruasjonsforstyrrelse (inkl. postmenopausal sporbledning, metroragi, menoragi, oligomenoré, amenoré, uregelmessig menstruasjon, dysmenoré). Nevrologiske: Migrene, svimmelhet. Psykiske: Depresjon, nervøsitet. Undersøkelser: Vektøkning. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi. Immunsystemet: Overfølsomhet. Infeksjoner: Cystittlignende symptomer Kar: Hypertensjon, perifer vaskulær sykdom, varicer, venøs tromboembolisme. Kjønnsgener/bryst: Brystforstørrelse, premenstruelt syndrom. Lever/galle: Galleblæresykdom, unormal leverfunksjon (av og til med ikterus, asteni eller malaise og abdominalsmerte). Psykiske: Libidoforstyrrelser. Svulster/cyster: Forstørrelse av uterine leiomyomer. Undersøkelser: Vektap. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Hemolytisk anemi. Hjerte: Hjerteinfarkt. Hud: Angioødem, erythema nodosum, kloasma (som kan vedvare etter seponering av legemidlet), vaskulær purpura. Kar: Hjerneslag. Muskel-skjelettsystemet: Krampet i bena. Nevrologiske: Meningeom. Øye: Intoleranse mot kontaktlinser, økt krumming av hornhinnen. **Klasseeffekter:** Andre bivirkninger sett ved østrogen-progestogenbehandling: Østrogenavhengige neoplasmer, både benigne og maligne, f.eks. endometriekreft, ovarialkreft. Økt størrelse av meningeomer. Systemisk lupus erythematosus. Hypertriglyseridemi. Mulig demens, chorea, forverret epilepsi. Arteriell tromboembolisme. Pankreatitt ved preeksisterende hypertriglyseridemi. Erythema multiforme. Urininkontinens. Fibrosytisk brystsykdom, cervixerosjon. Forverret porfyri. Økt nivå av totalt thyreoideahormon. Om økning i risiko for brystkreft, endometriekreft, ovariekreft, VTE, CAD og iskemisk slag, se Forsik-tighetsregler og SPC.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme, oppkast, ømhet i brystene, svimmelhet, abdominalsmerte, tretthet/fatigue og bortfallsblødning kan forekomme. **Behandling:** Ikke sannsynlig at spesifikk eller symptomatisk behandling er nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogener G03C og progestogener G03D på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Erstatte redusert østrogenproduksjon hos postmenopausale kvinner og lindrer menopausale symptomer. Østrogen forebygger tap av benmasse etter menopause eller ovariektomi. Tillegg av progestogen reduserer i stor grad østrogenindusert risiko for endometriehyperplasi hos kvinner med intakt uterus. Lindring av menopausale symptomer oppnås i løpet av få ukers behandling. **Absorpsjon:** Mikronisert østradiol absorberes raskt. Dydrogesteron absorberes raskt, T_{max} 0,5-2 timer. **Proteinbinding:** Østradiol: Ca. 30-52% bindes til albumin, ca. 46-69% til SHBG. Dydrogesteron og metabolitten dihydrodydrogesteron (DHD): >90% bundet til plasmaproteiner. **Halveringstid:** 10-16 timer for østradiol, 5-7 timer for dydrogesteron og 14-17 timer for DHD. **Utskillelse:** Dydrogesteron: Ca. 63% via urin.

Mylan Healthcare Norge AS

PB 194, 1371 Asker

Telefon: 66 75 33 00

infororge@mylan.com

 **Mylan**
Better Health
for a Better World



Utvalgt sikkerhetsinformasjon: 1

Indikasjoner Femoston®: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >6 måneder etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Indikasjoner Femostonconti: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. 1 mg/5 mg: Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne svulster. Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboemboli. Kjente trombofile sykdommer. Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom. Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Før HRT startes bør en komplett anamnese foretas. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas 1 gang pr. år og HRT bør kun fortsettes så lenge nytte oppveier risiko. Begrensede data om risiko ved HRT ved prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan nytte-risikobalansen være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre.

- Femoston og Femostonconti SPC (28.08.2019 og 07.08.2019) avsnitt 4.1, 4.3 og 4.4
- Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, Huber J, et al. Classification and pharmacology of progestins. Maturitas. 2003 Dec 10;46 Suppl 1:S7-S16
- https://en.wikipedia.org/wiki/Dydrogesterone

Mylan Healthcare Norge AS

PB 194, 1371 Asker

Telefon: 66 75 33 00

infororge@mylan.com

 **Mylan**
Better Health
for a Better World

Årsrapport 2019

Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER)

Hovedmålet for Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) i 2019 var å øke dekningsgraden. Med begrunnelse i utviklingen av dekningsgraden i 2018 mottok NGER i 2019 et varsel om manglende faglig utvikling fra Ekspertgruppen for medisinske kvalitetsregistre. Det er derfor svært gledelig at tallene for 2019 viste en økning i dekningsgraden til 60,7% fra 49,2% i 2018. For første gang er det også utarbeidet dekningsgradsanalyse som skiller mellom laparoskopi og hysteroskopi. Tallene viser at dekningsgraden for laparoskopi i 2019 var 62,8% og for hysteroskopi 59,7%.

Insentivordningen med økonomisk gevinst ved registrering i NGER har bidratt til å rette fokus på viktigheten av registrering i nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Men det er først og fremst gjennom god informasjon til fagmiljøet, med tanke på registerets funksjon og betydning for kvalitetsforbedring og forskning, man kan lykkes med å øke dekningsgraden ytterligere. Registeret har jobbet systematisk mot fagmiljøet for å få til dette. I 2019 var det kun 4 av 41 gynekologiske seksjoner i Norge med endoskopisk aktivitet som ikke registrerte i NGER. I skrivende stund er dette redusert ytterligere til kun å innebefatte ett sykehus, Kristiansund sjukehus. I 2019 ble det registrert 9139 forløp fullstendig i NGER. Dette var en økning fra 7185 registreringer i 2018.

I 2019 har man videreutviklet presentasjonen av resultater fra NGER på Resultatportalen via www.kvalitetsregister.no. Dette er en elektronisk portal med resultater fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Her presenteres tall på utvalgte av NGER sine kvalitetsindikatorer på sykehusnivå. Det er utarbeidet måltall for kvalitetsindikatorerne hvor man presenterer de ulike sykehusene med fargekodene grønt, gult og rødt avhengig av hvor resultatene ligger i forhold til måltallene. Dette kommer i tillegg til Rapporteket, som er registeret sin egen web-baserte portal for presentasjon av resultater som alle brukere kan få tilgang til. Rapporteket har fått ny plattform i 2019 med betydelig bedre funksjonalitet og brukervennlighet. Dette bidrar til økt tilgjengelighet av data og resultater som er viktig for å skape det engasjementet man trenger i fagmiljøet for å jobbe videre mot en dekningsgrad over 80%.

Registeret bruker RAND-36 og TSS2 for å måle pasientrapporterte utfallsmål og tilfredshet med behandlende avdeling. Disse tallene presenteres på samme måte som øvrige kvalitetsindikatorer. Generelt er pasientene svært godt fornøyd med de behandlende avdelingene. Eksempelvis hadde mer enn 90% av pasientene en positiv eller svært positiv oppfatning av behandlingen ved den gynekologiske enheten. Dette er tilnærmet uendret fra 2018.

NGER er videre aktive med arbeidet for et fritak fra samtykke gjennom reservasjonsregisteret og håper man kan komme videre

med dette inn i 2021. Dette vil bidra til å forenkle registreringspraksisen og således ha stor betydning for ytterligere vekst i dekningsgrad.

Vi vil med dette takke alle som i 2019 bidro til at dekningsgraden steg til over 60%. Vi ser frem til ytterligere positiv utvikling i årene som kommer.

Sykehus	DG NGER	DG B0041
OUS, Radiumhospitalet	65,5	91,7
OUS, Rikshospitalet	0,0	-
OUS, Ullevål	67,8	94,2
A-hus, Kongsvinger	55,0	86,7
A-hus, Nordbyhagen	45,8	1,3
A-hus, Ski	0,0	-
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	75,1	77,8
Sykehuset Innlandet, Elverum + Hamar	74,6	78,6
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	92,8	97,9
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	56,9	93,5
Sykehuset Østfold HF	44,6	68,4
Sørlandet sykehus, Arendal	65,6	76,4
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	13,6	-
Sørlandet sykehus, Kristiansand	63,8	-
Vestre Viken, Bærum	56,6	93,1
Vestre Viken, Drammen	73,2	93
Vestre Viken, Kongsberg	52,3	77,1
Vestre Viken, Ringerike	40,8	81,8
Sykehuset Telemark HF	46,0	63
Helse Bergen, Haukeland	53,0	61,6
Helse Bergen, Voss	90,2	86,1
Helse Fonna, Haugesund	76,9	76,8
Helse Fonna, Stord	97,5	95,4
Helse Førde, Førde	90,3	96,7
Helse Stavanger, Stavanger	53,7	84,3
Betanien spesialistpoliklinikk	95,2	18,4
Helse Møre og Romsdal, Kristiansund	0,0	-
Helse Møre og Romsdal, Molde	88,8	43,3
Helse Møre og Romsdal, Volda	26,3	-
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	29,0	58,9
St. Olavs hospital HF	60,4	89,3
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	0,0	-
Helse Nord-Trøndelag, Namsos	0,0	-
Helgelandsykehuset, Mo i Rana	91,9	78,8
Helgelandsykehuset, Sandnessjøen	72,7	86,4
Nordlandssykehuset, Bodø	97,0	97,2
Nordlandssykehuset, Gravdal	43,3	-
Nordlandssykehuset, Stokmarknes	55,4	90,7
UNN, Harstad	28,3	92,1
UNN, Narvik	0,0	-
UNN, Tromsø	53,3	93,2
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	94,2	85,9
Finnmarkssykehuset, Kirkenes	49,0	-
Aleris Helse AS avd Oslo	0,0	-
Totalt	60,7	76

Årsrapport 2019

Endoskopiutvalget

Endoskopiutvalget har i 2019 bestått av følgende personer:

- Anne Veddeng (leder), Haukeland Universitetssjukehus
- Klaus A. Oddenes, Haugesund Sjukehus
- Guri Majak, Oslo Universitetssykehus
- Jenny Alvirovic, Oslo Universitetssykehus
- Seema Mathew, St Olavs hospital
- Marianne Omtvedt FUGO representant

Endoskopiutvalget har som mandat å fremme endoskopisk kompetanse blant norske gynekologer.

- Arrangere kurs i gynekologisk endoskopi
- Være en pådriver for registrering i Laparoskopiregisteret
- Være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk Gynekologisk Forening
- Anbefale trening og simulatoropplegg i endoskopiske teknikker
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger (FUGO, ESGE, Nordisk Endoskopi forening, AAGL)

Facebookgruppe: «Norsk gynekologisk endoskopigruppe»

Åpen tilgang for alle kollegaer, teller i dag 147 medlemmer.

Interessante linker til web-seminar kan legges inn, ulike problemstillinger innen det endoskopiske fagfeltet, nyttige beskjeder og oppdateringer kan postes her.

Formøte:

Vi har etterhvert etablert en fin tradisjon med formøter i forbindelse med NGF sitt årsmøte. Disse møtene har vært godt besøkt og holdt en høy faglig standard. På møtet i Bodø i fjor holdt Professor Jon Ivar Einarson fra Harvard Medical School og Bingham Womens Hospital Boston et nyttig komplikasjonsforedrag på endoskopiutvalgets formøte. På grunn av sykdom, hoppet han også inn neste dag som foreleser på hovedmøtet og snakket om Laparoskopitrening/utdanning. Dette engasjerte forsamlingen i stor grad, til og med noen av de mest garvede obstetrikere i salen.

Årsrapport 2019

Kvalitetsutvalget

Kvalitetsutvalgets medlemmer er Anne Flem Jacobsen, Jørg Kessler, Kathrine Woie og Anne Cecilie Hallquist. Leder er Anne Cecilie Hallquist.

Kvalitetsutvalget er ansvarlig for utgivelsen av Veilederne.

Kurs:

Som følge av ny LiS-ordning og usikkerhet rundt ny kursstruktur rakk vi å arrangere bare 1 endoskopisk kurs i 2019, Laparoskopisk adnexkirurgi i Bergen 12.-13. desember. Dette kurset ble arrangert for andre gang i nåværende kursform. Det er et 2 dagers kurs der 2. dag inkluderer praktisk trening på levende, anestisert gris. Det har etterhvert blitt et populært kurs med svært gode tilbakemeldinger og er nå godkjent som det ene av to kirurgkurs (trinn II) innen vår spesialitet. Medlemmene av endoskopiutvalget stiller opp som forelesere og instruktører på kurset i tillegg til lokale krefter. Dette er faglig godt dekkende og kostnadsbesparende. Vi har i tillegg fått godkjenning for et tredagers kirurgkurs (trinn I), og dette skal bygge videre på det allerede eksisterende endoskopisk kurset som har vært arrangert på Ullevål i flere år. Som følge av kort tidsfrist for organisering og koronautbruddet så vi oss nødt til å utsette kurset til 2021.

Kurset i Laparoskopisk adnexkirurgi i Bergen vil forhåpentligvis gå som planlagt 3.-4. desember i år.

Styremøter:

Det ble avholdt to styremøter med fysisk oppmøte i 2019, et i forbindelse med årsmøtet i Bodø og et i tilslutning til adnexkirurgikurset i desember. Anne Veddeng ble oppnevnt som ny leder av utvalget. Tidligere leder, Klaus Oddenes, er fortsatt medlem av utvalget. Seema Mathew fra St Olavs ble valgt inn som nytt styremedlem. Stine Andreassen fra Bodø takket av etter mange års solid innsats.

I tillegg til styremøtene har vi jevnlig kontakt ved hjelp av telefon og mail, og vi ønsker gjerne at kollegaer tar kontakt dersom de vil drøfte problemstillinger med oss i utvalget, eller har forslag til nye arbeidsområder.

Anne Veddeng, Leder NGF's Endoskopiutvalg

De besvarer henvendelser fra styret i NGF, Legeforeningen, Helsedirektoratet med flere. De er åpne for innspill og spørsmål fra alle medlemmene i NGF.

Anne Cecilie Hallquist

Årsrapport 2019

NFOG vitenskapelige komite

Den vitenskapelige komiteen i Nordisk Forening for Obstetrik og Gynekologi består av en representant fra hvert av de nordiske landenes nasjonale foreninger.

I 2019 hadde komiteen følgende medlemmer:

- Antti Perheentupa, Finland (leder)
- Lars Henning Pedersen, Danmark
- Hulda Hjartardóttir, Island
- Annika Strandell, Sverige
- Marit Lieng, Norge

NFOG vitenskapelige komite har to hovedoppgaver:

1. Planleggelse og gjennomføring av det faglige programmet på NFOG kongressen som arrangeres annethvert år.
2. Vurdering av søknader til NFOG fond, og oppfølging av dette med rapporter.

Komiteen hadde to møter i 2019: I Stockholm 6. - 7. mars og Reykjavik 20. - 22. oktober. I mars vurderte komiteen søknadene til NFOG fond og deltok på et Nordisk-Nederlandsk møte vedr.

perinatal dødelighet. I oktober møtte vi de lokale arrangørene for NFOG kongressen i 2021 for planlegging av det vitenskapelige programmet, i tillegg til vurdering av fonds-søknader.

Komiteen mottok i 2019 totalt 50 søknader med totalt søknadsbeløp på 1.169.907 DKK.

37 søknader (74 %) ble helt eller delvis innvilget, og det ble utdelt 602.692 DKK.

13 søknader (26 %) kom fra medlemmer av NGF, og av disse ble 6 (46 %) helt eller delvis innvilget. Innvilget beløp til medlemmer av NGF i 2019 var 74.856 DKK. I tillegg var medlemmer av NGF part i flere nordiske søknader.

Oslo 16.08.20

Marit Lieng
NGF representant,
NFOG Scientific Committee

Årsrapport 2019

FIGO

Rapport fra Executive Council, FIGO.

FIGO's arbeid og aktiviteter var høsten 2019 preget av skifte i administrativ toppledelse. Ny CEO er Mary Ann Lumsden, og sammen med et godt korps av såkalte *officers*, inkludert nåværende og kommende presidenter, har FIGO hatt en svært aktiv vår og sommer til tross for Covid-19 situasjonen. Evnen til å avholde både møter og kurs via digitale plattformer er imponerende. Alle fysiske møter og konferanser er enten avlyst eller utsatt.

Executive Council har hatt to to-dagers møter (mai og august 2020) via Zoom der blant annet strategisk plan ble diskutert og vedtatt. Det er egentlig imponerende at over 50 personer fra alle verdensdelene og tidssoner kan bidra i aktive diskusjoner via nettet!

FIGO arrangerer hyppig webinarer med høyt faglig nivå. Disse kan finnes på <https://www.figo.org/events/upcoming-figo-global-webinars>. Jeg oppfordrer alle til å melde seg på.

Foreløpig planlegges FIGO's verdenskongress i Sydney 2021 som vanlig, men det ser mer og mer ut til at kongressen kan komme til

å bli en blanding av fysiske møter og webinarer. (<https://figo2021.org/coming-soon/>)

FIGO er svært bekymret for hvordan nedstenging av sivilsamfunnet globalt har gått ut over kvinners tilgang til grunnleggende helsetjenester. Rapporter fra medlemsland tyder på at spesielt tilgang til prevensjon og trygge aborter er blitt svært vanskelig flere steder. FIGO følger dette opp.

I Sydney går min 6 års periode som medlem i Executive Council ut. Da er Kristina Gemzell fra Sverige eneste nordiske representant tilbake. Norden bør samle seg slik at vi har minst to medlemmer i Executive Council. Ledelsen i FIGO er dominert av de store vestlige landene, og til tross for at sykdomsbyrden ligger i det globale sør, er det ikke alltid like lett å holde fokus på fattigdom og undertrykkning som systemiske årsaker til uhelse.

090920

Margit Steinholt

Canon



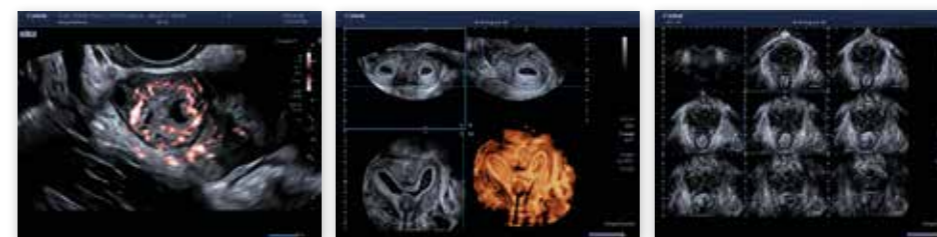
Opplev Canon Medical's nye kvinnehelsesserie

"The Aplio system continues to have a major impact particularly in key areas of gynaecology and reproductive medicine. High quality transvaginal grey scale imaging combined with SMI color flow capability has greatly improved our ability to identify gynaecological disorders and confirm the nature of pelvic masses."

Bill Smith,
Head of Ultrasound Clinical
Diagnostic Services, London

SMI (Superb Micro-vascular Imaging) Canons innovative Dopplertechnik visualiserer de minste karene uten bevegelsesartefakter.

Denne nye algoritmen isolerer og fjerner støy mens den underliggende hemodynamiske strømningsinformasjonen bevares. Denne teknologien lar deg se blodstrømsinformasjonen bak støyen, og visualiserer ekstremt lave hastighetsstrømmer som vanligvis fjernes med konvensjonell fargedoppler.



Corpus Luteum, SMI-Doppler Endovaginal

Bicornuate Uterus, Endovaginal 3D

Pelvic Floor, Endovaginal 3D

SMI forbedrer den kliniske tilliten ved vurdering av ekstremt lave strømningsstiltander, sett for eksempel i endometrium, corpus luteum cyster, lymfeknuter, polypper og svulster.

- Eksepsjonell følsomhet og oppløsning ved lave hastigheter
- Høy framerate i både farge- og monokrom modus
- Reduksjon i bevegelsesartefakter

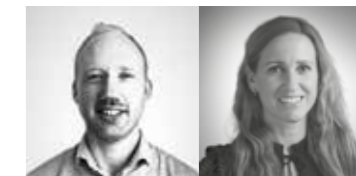
SMI er tilgjengelig i to moduser: monokrom (gråtoner) og farger.

- Fargemodus viser B-modus og fargeinformasjon samtidig
- Gråtonemodus fokuserer bare på vaskularisering, og forbedrer følsomheten ved å trekke vekk bakgrunnsinformasjonen

Tromp Medical er den største uavhengige salgs- og serviceorganisasjonen for medisinsk bildebehandling i Nordvest-Europa. Vi selger, installerer og vedlikeholder ulike typer medisinsk bildebehandlingsutstyr fra ledende, svært innovative produsenter, inkludert Canon Medical Systems, Carestream, Hologic og Ziehm Imaging, i hele Benelux og Norden.

Vi har langvarige forhold til vår store klientbase i Nordvest-Europa, med en installert base på over 2.800 medisinske bildesystemer. Våre kunder inkluderer universitetssykehus, generelle sykehus, private klinikker, forskningscentre og screeningprogrammer.

Tromp Medical AS har vært i Norge siden 1987 og teller i dag 20 ansatte. Ultralyd er et av våre store satsningsområder og vi ser frem til å møte eksisterende og fremtidige kunder i tiden som kommer.



Dan Vegard Pedersen
Salg- og applikasjons-
spesialist, Canon
Medical ultralyd

Åslaug Bjørgum
Salgsleder, Canon
Medical Ultralyd

dan.pedersen
@trompmc.no
Tlf: 45618108

aslaug.bjorgum
@trompmc.no
Tlf: 92423072

TROMP
medical

Canon
CANON MEDICAL SYSTEMS
OFFICIAL DISTRIBUTOR

Årsrapport 2019

European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG)

Det siste året har nok flere av dere som ikke ellers har vært så bevisst på EBCOG som organisasjon, fått en påminnelse om dens eksistens gjennom reklamer for EBCOG-kongressen som skulle funnet sted i Bergen nå i mai. Som alle andre planlagte kongresser ble den avlyst, og dermed kan man jo si at mye av det 2019 dreide seg om – spesielt for oss som er norske representanter i EBCOG – er blitt irrelevant. Men det er godt å få sagt at ble gjort mye godt planleggingsarbeid gjennom året, og at det lå an til et bredt og godt faglig program med god både norsk og nordisk representasjon. Utveksling av utdanningskandidater på norske sykehus var på plass etter god innsats fra FUGO og ENTOG, og vi så frem til å vise frem Bergen i mai-skrud.

Den norske EBCOG-representasjonen har i 2019 vært Jone Trovik og Yngvild Skåtun Hannestad i Council. Sammen med Knut Hordnes og Rolf Kirschner var Jone Trovik som kongress-president for EBCOG Bergen 2020 også i kongresskomiteen, samt at Hordnes og Trovik deltok i Scientific Committee for kongressen.

EBCOG er en del av nettverket av Europeiske Spesialistforeninger, UEMS (Union of European Medical Specialists). Det er for tiden 31 medlemsland i EBCOG. Alle de nordiske landene er medlemmer, mens Frankrike og Spania for tiden ikke er aktivt deltagende.

Målsetningen for organisasjonen er å forbedre helsen til kvinner, deres ufødte og nyfødte barn, og EBCOG har utviklet flere «Standards of Care for Obstetrics and Gynaecology» som er godkjent av nasjonale foreninger og av UEMS. Man ønsker å heve standarden på og harmonisere spesialistutdanningen i gynekologi og obstetikk i Europa. For å få innpass og gehør i EU for viktigheten av å høyne kvalitet på helsetilbud og utdanning innenfor kvinnehelse, har organisasjonen de siste par årene prioritert å bruke tid og penger på lobbyvirksomhet overfor EU-parlamentet.

På utdanningsfronten arbeides det gjennom flere viktige prosjekter:

PACT: Utdanningsutvalget i EBCOG har utviklet et program for spesialistutdannelsen. I PACT (Project of Achieving Consensus in Training) er det utarbeidet felles europeiske læringsmål og

veiledninger for hvordan lage lokale programmer med ferdighetstrening og simulering, kvalitetsvurdering og utvikling av lærestedene. PACT-dokumentet foreligger så langt på engelsk, tysk, spansk, portugisisk, italiensk, polsk og russisk (<https://www.ebcog.org/education>), og er godkjent av UEMS som et European Training Requirement (ETR)

EBCOG europeisk spesialisteksamen: EBCOG har innført EBCOG europeisk spesialisteksamen som består av to deler; knowledge-based assessment (KBA) med skriftlig eksamen, mens del 2 er såkalt Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Knut Hordnes har vært aktivt deltagende i evaluering av begge disse to eksamenene. Et flertall av kandidatene så langt har kommet fra land utenfor EU. Dette er således et ledd i å sikre at spesialister utenfor Europa som ønsker å jobbe der innehar de kvalifikasjoner som er ønskelig. Målet på sikt er at man skal få en felles europeisk spesialistgodkjenning. (<https://www.ebcog.org/exam>)

EBCOG har også utviklet en akkreditering av utdanningsavdelinger. Dette arbeidet var også begynnelsen til det norske visitasjonsprogrammet, med godkjenning som utdanningsavdeling, ved Spesialitetskomiteen NGF/DNLF. (<https://www.ebcog.org/accruited-centres>)

En annen viktig del av EBCOGs virksomhet er selvsagt kongressene. (<https://www.ebcog.org/congress>) En viktig avgjørelse ble tatt i 2019, da et forslag om å arrangere kongress årlig ble nedstemt. De nordiske landene sto sammen om et sterkt ønske om at man beholdt rytmen med kongress annethvert år for å unngå konkurranse med NFOG-kongressene. NFOG flyttet jo sin kongress fra 2020 til 2021 (i Reykjavik), nettopp for ikke å komme i konflikt med Bergen 2020.

Pga av avlysningen av Bergen 2020 er man kommet i utakt i forhold til opprinnelige planer, men man holder tidsmessig god avstand til NFOG og avholder neste ekstraordinære kongress i Aten i september 2021. Alle dere som hadde fått akseptert innsendt presentasjon kan delta med dem i Aten!

Yngvild Skåtun Hannestad

KEBOMED



LiNA OperåScope™
Single-Use hysteroskopi system
For poliklinisk behandling

Engangs hysteroskopi

- Bøyd kateterspiss for å passe til livmorens naturlige krumning og et vinklet håndtak for operatørens komfort.
- Stivt kateter og 360° styrbar tupp som muliggjør presis kontroll og manøvrerbarhet for å navigere pasientens unike anatomi.
- Separate inn- og utløpskanaler med individuelle stoppekraner for optimal væskestyring.
- Arbeidskanal på 5,5 Fr.
- 5 ulike engangsinstrumenter.
- Fleksibilitet til å ha visning kun på LCD skjerm, koble deg til ekstern skjerm via HDMI-kabel eller benytte LiNA OperåScope Recording Module for bilde og videooptak til USB.

LiNA OperåScope™

Forhandles av KEBOMED AS

55 98 77 00 — info@kebomed.no — www.kebomed.no



Årsrapport 2019

FUGO

FUGO-styret 2019

- Hilde Bastøe Sellevoll: Leder, ENTOG, NFYOG
- Marianne Omtvedt: Nestleder, kampanjeansvarlig «Boksen går», LIS-representant i endoskopiutvalget
- Anders Einum: LIS-representant i NGF-styret
- Ane Ø Bergquist: Sekretær, ENTOG, NFYOG
- Liva Helleland: Kursansvarlig, medredaktør i gynekologen
- Mathias Sonstad: Web- og Facebook-ansvarlig, kursansvarlig sammen med Liva Helleland
- Eirin Haugli Falch (vara): Kasserer

Generelt

Det ble avholdt fem styremøter i 2019, samt generalforsamling. Tre av møtene ble holdt i Oslo, ett i Bodø i forbindelse med årsmøtet og ett «overgangsmøte» i Bergen. Referat fra styremøtene er publisert på FUGOs nettsider.

Thea Falkenberg Mikkelsen (FUGO-leder 2016-2018) har representert FUGO på Faglandsrådet og sittet som LIS-representant i Fagstyret, som er Legeforeningens høyeste organ for fagmedisinske saker.

Camilla Rørslett Kleveland og Kristine Heien Hansen er LIS-representanter i Spesialitetskomiteen.

FUGO-styret ble forespurt om å holde innlegg under Introduksjonskurset ved Ahus i uke 45. Marianne holdt innlegg om livet som LIS i obstetrik og gynekologi.

FUGO har bidratt til Gynekologen med blant annet to intervju, innlegg om ENTOG utvekslingen i Norge i 2020 og flere innlegg om «Boksen går» i tillegg til faste innlegg.

Styrets økonomi

FUGOs arbeid finansieres av NGF med en post på 60.000 kr i NGFs budsjett. Dette skal dekke styremøter og annen relevant aktivitet i inn- og utland. Det er et mål i styret å sikre geografisk spredning i styresammensetningen, hvilket medfører en del utgifter til reising i forbindelse med møter. Utover det holdes en nøktern profil. I 2019 brukte styret i alt 46.416 kr. Utgiftene gikk til å dekke styremøter, én middag for styret, generalforsamling og deltakelse på ENTOGs generalforsamling i Warszawa for et styremedlem. Utover dette har «Boksen går»-kampanjen fått tildelt 100.000 kr gjennom Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet.

ENTOG og NFYOG

ENTOG-utvekslingen i 2019 fant sted i Polen. Norge ble tildelt tre plasser i år (ellers vanligvis to plasser) ettersom Norge skulle være vertsland for ENTOG-utvekslingen i 2020. NGF-styret innvilget søknad om å dekke utgifter for alle tre. Henriette Skaug fra Ullevål/Skien, Øystein Pedersen fra Tromsø og Mark Lewis Barbero fra Haukeland deltok under utvekslingen. Man kunne lese om deres erfaringer i Gynekologen 3/2019.

Arbeidet med å planlegge ENTOG-utvekslingen i Norge i mai 2020 ble startet for fullt våren 2019. Det ble holdt jevnlige Skype-møter med ENTOG-styret, og Ane deltok under ENTOGs generalforsamling i Warszawa 8. juni 2019. Der la hun frem programmet for ENTOG-utvekslingen i 2020. Programmet for ENTOG-utvekslingen ble også lagt frem under FUGOs formøte til årsmøte i Bodø i oktober. Utover høsten ble det rekruttert kontaktpersoner ved de ulike sykehusene i Norge, slik at man skulle kunne ta imot 50-60 LIS fra ulike deler av Europa.

NFYOG fikk i 2019 ny leder, Hanna Lilja Oddgeirsdottir fra Island. I tillegg er det flere nye styremedlemmer i NFYOG. Det ble avholdt et styremøte i Stockholm og et felles møte med NFOGs Educational Committee i Budapest, i tillegg til to web-møter. Hilde deltok på styremøtet i Stockholm i april og på de to web-møtene. Dessverre var det ingen i styret som fikk fri til å stille på felles møte med NFOGs Educational Committee i oktober. Dette sees på som uheldig og ble tatt opp i NGF-styret. Det ble avholdt NFOG-kurs 25.-26. april i Stockholm med tema "Do the right thing! Everyday dilemmas in obstetrics and gynecology and how to deal with them." Hilde deltok på dette, men dessverre var det ingen andre LIS fra Norge som deltok.

«Boksen går»-kampanjen

Startskuddet for kampanjen «Boksen går», ledet av Marianne, gikk ved årsmøtet i 2018 og fortsatte frem til årsmøtet i 2019. Kampanjen gikk ut på å bedre laparoskopitreningen for LIS, etter modell fra Sykehuset i Vestfold med sertifisering del 1 og del 2. Kampanjen fikk tildelt 100.000 kr fra Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet. Det ble dannet en egen prosjektgruppe, og samtlige 31 gynekologiske avdelinger i Norge som driver med laparoskopi var initialt med på kampanjen. Kontaktpersoner ved 26 avdelinger ble rekruttert og deltok under oppstartsmøtet. Spørreskjema om laparoskopitrening ble sendt ut i forkant og i etterkant av kampanjen. Bilder fra laparoskopitrening ved de ulike avdelingene ble publisert på FUGOs nettsider og Facebook-gruppe. Kampanjen fikk også oppslag i flere lokalaviser. Lokale konkurranser ved de ulike sykehusene ble avholdt før sommeren. Avslutningen av kampanjen ble markert på årsmøtet i Bodø med konkurranse mellom representanter fra de ulike sykehusavdelingene og finale under årsmøtemiddagen. Mathias Sonstad fra Skien/Ahus gikk av med seieren og med det også et reisestipend på 10.000kr til kurs/kongress i laparoskopi. Man kan lese mer om erfaringene fra «Boksen går» i Gynekologen 4/2019.

FUGO-kurs

Kurset i 2019 var viet tema «grunnleggjande hysterokopi». I alt 38 LIS deltok. Det var et teoretisk kurs, men med fokus på praktiske tips til LIS. Ansvarlig for planleggingen var Liva, mens Mathias stod for gjennomføringen på selve kursdagen. Tilbakemeldingene fra LIS i etterkant var at temaet var særdeles relevant.

Allerede ved begynnelsen av året var styret i kontakt med RegUt og fikk bekreftelse på at LIS i ny spesialistutdanning ville få FUGO-kurset godkjent i 2019 og dermed også utgifter til reise

og opphold dekket gjennom utdanningsfond 3. Likevel måtte vi gjennom en ny runde med RegUt og Legeforeningen både før og etter kurset, noe som tok tid og skapte stor frustrasjon.

FUGO-kursets fremtid er ennå usikker. I november 2019 fattet leder av spesialitetskomiteen og NGF-leder et brev der det anbefales å revidere kursporteføljen for ny spesialistutdanning, og det ble foreslått å inkludere blant annet FUGO-kurset. Man har da også forsøkt å knytte kurset opp mot læringsmål. Vi venter på endelig avklaring.

FUGO formøte og Årsmøte

Formøtet ble holdt 23.10.19 og startet med generalforsamling. Referat fra generalforsamlingen kan leses i Gynekologen nr 4/2019. Ane og Eirin ble takket av etter henholdsvis 2 og 4 år i styret. Anders og Liva var midt i sin 2 års-periode og var ikke på valg. Hilde og Marianne ble gjenvalgt for 2 nye år og Mathias ble valgt til varaplassen. To nye styremedlemmer ble også valgt, Mark Barbero fra Haukeland og Øystein Bergøy fra

Årsrapport 2019

Referansegruppe for fødselsovervåking

Mandat:

Bidra til kollegial læring og forbedring mht. bruk av STAN/CTG/skalpblodprøver nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og tilbakemelding. Gruppen er ikke et sakkyndig organ, det vil si at vurderinger og tilbakemeldinger ikke skal brukes som en del av pasientens journal.

Gruppen er også ansvarlig for planleggingen av det årlige, nasjonale erfaringsmøtet som avholdes for jordmødre og leger som bruker CTG-overvåking med STAN eller skalpblodprøve under fødsel. Gruppen planlegger disse møtene i samarbeid med den lokale gruppen i vertsbyen.

Gruppens sammensetning

- Leder: Branka M. Yli, PhD, Oslo Universitetssykehus
- Jørg Kessler, Overlege, PhD, Haukeland universitetssykehus
- Thomas Hahn, Overlege, Haugesund sykehus
- Heidi Overrein, Overlege, OUS Ullevål Universitetssykehus
- Kristin Sunnevåg, jordmor, Haukeland universitetssykehus, Jordmorforbundet NSF
- Lillian Lairvik, jordmor, Akershus Universitetssykehus, Den Norske Jordmorforening

1. Nasjonalt erfaringsmøte

I 2019 ble det avholdt erfaringsmøte på Akershus Universitetssykehus den 13.9.2019. Der deltok ca. 100 jordmødre og leger fra ulike sykehus fra hele landet. Flere kasuistikker ble lagt frem fra seks ulike fødeavdelinger.

Følgende foredrag ble holdt:

1. Utvikling av oksygenmangel i fødsel - Branka M. Yli
2. Amnioninfusjon i fødsel – evidens og praktisk gjennomføring - Jørg Kessler

Stavanger. Formøtet ble avsluttet med et stimulerende innlegg om bioteknologiloven av Hans Ivar Hanevik.

Under årsmøtemiddagen ble det utdelt diplom til ferdige spesialister innværende år. FUGO-styret ved Anders og Mathias var ansvarlige for organiseringen av dette. I tillegg ble FUGO tildelt utdanningsprisen for 2019. Dette var en viktig anerkjennelse av arbeidet som FUGO gjør, spesielt i et år der det er lagt ned enormt mye arbeid i «Boksen går»-kampanjen, som har løftet frem laparoskopitrening som en viktig del av LIS-utdanningen.

Kommunikasjon med medlemmer

FUGO sin web-side har blitt driftet av Mathias som webansvarlig, og sidene er blitt spesielt flittig brukt i forbindelse med «Boksen går»-kampanjen. Vi har også en velfungerende Facebook-gruppe med mye aktivitet hvor vi holder løpende kontakt med medlemmene våre. Vi oppfordrer også andre LIS til å skrive innlegg der når de har noe på hjertet!

Neste erfaringsmøte skulle holdes på Bærum sykehus i 2020, men ble utsatt til 2021 pga Covid-19 pandemien.

2. Møter

Gruppen har avholdt to møter. Et i forkant av erfaringsmøtet på Akershus universitetssykehus og et annet i februar 2019 på RH. Det er gitt skriftlig tilbakemelding på 3 kasuistikker i tillegg til muntlig tilbakemelding på de fremlagte 14 kasuistikkene på Akershus universitetssykehus. Skjemaet for de kliniske opplysningene som følger kasuistikkene er noe reviderte.

3. Kurs i fosterovervåking

Dette to dagers kurset holdes 1 gang per år. Deltagerne er leger og jordmødrer.

Temaer det undervises i:

- Grunnleggende fysiologi av oksygenering under fødsel
- Intrapartum CTG og fødselsfysiologi og patofysiologi
- CTG-klassifisering
- Antepartum CTG
- Foster EKG fysiologi/tolkning
- Skalpblodprøve
- Vurdering av barnet, tolkning/feilkilder av syre-base verdier
- Avnavlingsprosedyre
- Overvektige kvinner- fosterovervåking
- Trykktid i fødsel - fosterovervåking
- Diabetes- fosterovervåking
- Lite liv- fosterovervåking
- Intrapartum feber- fosterovervåking
- Intrapartum infeksjon- fosterovervåking

På slutten av hver kursdag er det en bolk med kasusgjennomgang.

Årsrapport 2019

NFOG

Generalforsamling

I henhold til statuttene i Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG) skal generalforsamling avholdes hvert 2. år og inkludere revisjon av 2-årig regnskap og valg av styremedlemmer. Generalforsamlingen holdes vanligvis i forbindelse med NFOG nordiske kongress. På grunn av tidligere beslutning om å utsette neste kongress til 2021 ble det derfor avholdt ekstraordinær generalforsamling 26. april 2019.

Styret NFOG 2019

NFOG President: Heikinheimo Oskari (Finland) valgt til ny president fra april 2019 etter Karen Reinhold Wøjdemann (Danmark). President velges for 2 år med mulighet for gjenvalg.

NFOG Treasurer: Kristina Renault (Danmark) valgt til ny Treasurer med oppstart januar 2020. Valgt for 4 år. Espen Berner fortsatte som Treasurer ut 2019.

Secretary General: Espen Berner (Norge) valgt til ny sekretær for perioden januar 2020 til juni 2021. Maija Jakobsson (Finland) fortsatte Secretary General ut 2019.

Ledere nasjonale foreninger i NFOG: Eva Uustal (SFOG), Nils-Havdan Morken (NGF), Hannu Martikainen (SGY), Hanne Brix Westergaard (DSOG), Alexander Smáráson (FÍFK).

Øvrige medlemmer NFOG Board: Ganesh Acharya, Norge (AOGS Chief Editor), Antti Perheentupa, Finland (Scientific Committee), Mervi Väisänen-Tommiska, Finland (Educational Committee), Niels Ulbjerg, Danmark (Guidelines Committee), Lars Ladfors, Sverige (Webmaster), Hanna Lilja Oddgeirsdóttir, Island (NFYOG), Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Island (President NFOG 2021).

I 2019 ble det avholdt tre styremøter i NFOG: Reykjavik (Februar), Stockholm (April) og i Oslo (November). Referatet fra møtene ligger på NFOG sin nettside: <https://nfog.org/about-us/meeting-minutes/>

Medlemmer 2019

Alle betalende medlemmer i NGF blir automatisk medlemmer i NFOG. I 2019 hadde NFOG 5482 betalende medlemmer. Dette er en økning på 208 (3,9%) fra 2018 og total økning på 433 (8,6%) medlemmer siste 4 årene. Antall medlemmer i de respektive nasjonale foreningene i NFOG i 2019 var; DSOG Danmark 1039, SGY Island 52, FÍFK Finland 1004, NGF Norge 1174 og SFOG Sverige 2214.

Høsten 2019 fremkom det en mulig ulik praksis mellom de nasjonale foreningene i NFOG sin rapportering av betalende medlemmer. Praksis for rapportering av medlemmer skal derfor gjennomgås i 2020, med eventuell korrigering av medlemstall og medlemsavgift til NFOG.

Økonomi

NFOG har en 2-årig økonomisk revisjon av regnskap ved revisor i forbindelse med Generalforsamling hvert 2. år. Neste generalforsamling er planlagt i Reykjavik i juni 2021. Det er derfor ikke gjort opp endelig regnskap for 2019. Foreløpig balanse for 2019 viser anslagsvis et lite overskudd.

NFOG har hatt en solid økonomi de siste 10 årene. Det er god balanse mellom inntekter og utgifter. NFOG har to hovedinntektskilder. Medlemskontingent fra nasjonale foreninger utgjør tilsammen ca 1,3 millioner danske kroner (Dkr) pr år. For 2019 var den årlige medlemskontingenten for de nasjonale foreningene i NFOG: 250,- Dkr per betalende medlem. Inntekter fra eierskapet av Acta Obstetrica og Gynecologica Scandinavia (AOGS) har de siste årene utgjort ca 2,0 millioner Dkr pr år. Endringer i publikasjonsbransjen gir stor usikkerhet om fremtidig inntekter fra AOGS. NFOG har derfor satt av midler i budsjett i 2020-2021 for å unngå endringer i drift ved sannsynlig fremtidig inntektsbortfall.

AOGS

Ganesh Acharya (Norge) er sjefsredaktør for AOGS. Impact Factor for AOGS i 2019 var 2.77. Dette er ny rekord for 4. år på rad. I 2019 undertegnet NFOG ny 5 års kontrakt for AOGS med forlaget Wiley. Denne kontrakten gjelder fra 1.1.2020.

De siste to år har det vært diskusjoner i NFOG Board og med forlaget Wiley om en overgang til full Open Access (OA) for AOGS. Dette vil medføre et forbigående inntektstap. NFOG har satt av midler i budsjettet til å bære dette inntektstapet. NFOG har besluttet å gjøre en årlig vurdering sammen med forlaget Wiley om evt. overgang til OA fra det påfølgende året.

NFOG kongresser

NFOG arrangerer vanligvis sin nordiske kongress hvert 2. år. Siste kongress var i Odense 2018. Det er tidligere besluttet å utsette neste kongress til 2021 for å koordinere kongressene til EBCOG. Den 42. NFOG nordiske kongressen er derfor planlagt arrangert på Harpa i Reykjavik 13-16. Juni 2021. NFOG har gjennom 2019 gjort forarbeider til denne kongressen.

NFOG generalforsamling i april 2019 besluttet at den 43. NFOG Nordic skal bli avholdt i Trondheim i 2023. Kjell Å. Salvesen ble valgt til kongress president for denne kongressen. NFOG har fra 2023 besluttet å arrangere sine kongresser i august, med håp om flere kongressdeltagere fra Sverige.

NFOG Fondet

NFOG fond tildeler midler til foreningens medlemmer gjennom søknad til NFOG vitenskapelig komite. Komiteen vurderer og prioriterer søknadene til fondet etter spesifikke kriterier. Søknadsfrist til fondet er 1. mars og 1. oktober hvert år. I 2019 tildelte NFOG fond tilsammen 602.292,- Dkr til medlemmene. Detaljert informasjon om søknadsrutiner ligger tilgjengelig på nfog.org/fund/applications.

Nordisk elektronisk tekstbok

NFOG generalforsamlingen april 2019 besluttet endelig å vedta den felles nordiske e-læreboken i gynekologi og obstetrikk for medisinstudenter. Prosjektet har en etableringskostnad på ca 1 million Dkr og har driftsutgifter ca 100.000,- Dkr pr år. Det er besluttet å benytte plattformen Sundhet.dk til den elektroniske tekstboken. Boken vil bli ferdigstilt og publisert høsten 2020.

Referat

Fullstendige referat fra NFOG styremøter, årsrapport og generalforsamling er tilgjengelig for nedlasting: nfog.org/about-us/meeting-minutes.

Espen Berner, Secretary General NFOG. Oslo 6.9 2020

Inkontinens? Det fine er at det finnes løsninger.



Efermia urinstopper for kvinner med stress-inkontinens. Enkel, effektiv og gjenbrukbar.



NeuroTrac MyoPlus Pro Kombinert EMG biofeedbackapparat og elektrostimulator.

QUINTET
quintet.no - 55 98 15 55 - post@quintet.no

Vi har en landsdekkende oversikt over fysioterapeuter som har kompetanse på kvinnehelse og elektrostimulering / biofeedback. Vi leverer kvalitetsprodukter til alle norske helseforetak!

Årsrapport 2019

Spesialitetskomiteen

I 2019 besto spesialitetskomiteen av seks medlemmer og to varamedlemmer.

Leder: Marte Myhre Reigstad

Medlemmer: Yngvild Skåtun Hannestad, Jette Stær Jensen, Camilla Kleveland, Christine Hancke, Renate Torstensen, Kristine Heien Hansen og Mari Bunkholt Elstrand

2019 var et aktivt år for oss. Hovedgeskjeften vår har som tidligere år vært ny spesialitetsstruktur og arbeid med denne. Vi har jobbet med nytt kursoppsett for obligatoriske kurs i samråd med Reg Ut Midt og Legeforeningen. I tillegg har vi arbeidet med å bistå HDir i godkjenning av utdanningsinstitusjoner til ny spesialistutdanning. Vi så også avspark for vårt lenge planlagte kurs Introkurset, som ble kjempebra! Videre har vi et godt samarbeid med den nordiske komiteen for utdanning, Educational committee i NFOG.

Møtevirksomhet

I 2019 holdt vi tre vanlige arbeidsmøter og et 2-dagers seminar/ arbeidsmøte. I tillegg hadde vi et møte med Reg Ut Midt om ny spesialiststruktur. Alle komiteens medlemmer deltok stort sett på møter, til tross for at det ikke alltid er mulig å få fri i en travel klinisk hverdag. I mai deltok to komitémedlemmer på Legeforeningens årlige møte for spesialitetskomiteene på Soria Moria. Lederen deltok også på to møter sammen med NFOGs Educational Committee.

Etter instruks fra Legeforeningen sentralt har avdelingsbesøk utgått i 2018-2019 på grunn av at arbeid med spesialistutdanning skal prioriteres. Vi jobber fortløpende med søknader om spesialistgodkjenning der HDir trenger bistand, og godkjenner kurs til utdanning, og har derfor hyppig kontakt via epost. I 2019 bisto vi også HDir med å vurdere søknader fra utdanningsinstitusjonene.

Samarbeid med Regionale Utdanningscenter Midt

Regionale Utdanningscenter Midt har fagansvar for gynekologi og obstetrikk og overtok i mars 2019 jobben som koordinator for kursene våre. Komiteen ble i mars 2019 invitert «hjem» til Reg Ut Midt i Trondheim. Dette var et veldig nyttig og hyggelig arbeidsmøte. Vi ble ønsket varmt velkomne og fikk sette ansikt til navnene på de som jobber der, og dette har gjort det hyggelig og enkelt å samarbeide senere.

Godkjenning av utdanningsinstitusjonene

Først og fremst synes jeg det er på sin plass å rose alle våre utdanningsansvarlige leger og ledere som har jobbet hardt med å få godkjenning av sykehusene som utdanningsinstitusjoner. Vi vet at dette har vært tid- og ressurskrevende arbeid. I 2019 bisto vi HDir og Legeforeningen med å gå gjennom disse. Mye ser veldig bra ut, og det er gode planer for hvordan ny LiS-utdanning skal gjennomføres i tråd med nye krav. Det gjenstår å se hvordan disse planene vil bli utført i praksis, når den endelige godkjenningen kommer fra HDir.

Kursene

I 2019 jobbet vi intenst med å sette opp en solid kursportefølje for LiS. Dette arbeidet har vært krevende, fordi all kommunikasjon med HDir foregår gjennom Legeforeningen. I tillegg er det usikkert hva HDir ønsker ift balansen obligatoriske vs valgfrie

kurs. Etter flere runder mellom Legeforeningens sekretariat og oss, lander det nå på at vi setter så mange som mulig av våre kurs som obligatoriske. Ulempen med dette er at systemet blir nokså «rigid». Men vi tenker oss allikevel at fordelene med dette er at LiS får så mange kurstimer som mulig, og at hverken HDir eller arbeidsgiver kan sløyfe frivillige kurs, fordi de ikke er strengt tatt nødvendige. Vi vet heller ingenting om hvor «dynamisk» denne kursporteføljen vil bli, dersom nye tema oppstår. Forhåpentligvis blir det slik at innholdet i hvert enkelt kurs skal kunne tilpasses. Antallet kurstimer ser ut til å bli nokså likt som på gammel ordning. OBS! Merk at kursene vil få nye navn, på grunn av at ordlyden skal være lik på tvers av spesialitetene – men vil i praksis være nokså like ift. både innhold og kursledere. Heldigvis!

Introkurset

Komiteen påbegynte planlegging av Introduksjonskurset i fødselshjelp og kvinnesykdommer for flere år siden, og det første gikk endelig av stabelen på Ahus i uke 46 2019. Dette fikk veldig gode tilbakemeldinger, og Jette Stær-Jensen og Ellen Marie Strøm-Roum har gjort en kjempejobb, sammen med mange gode foredragsholdere! Kurset går som planlagt i år, til tross for pandemisituasjonen, i uke 44 2020.

Etterutdanning

Legeforeningens landsstyrevedtak fra 2016 om obligatorisk etterutdanning for spesialister skal nå konkretiseres. Det er skissert at spesialisering i løpet av en fem års periode skal gjennomføres et visst antall etterutdanningsaktiviteter. Alle aktiviteter får en poengsum, og i løpet en 5-års periode skal man oppnå 300 poeng. Den obligatoriske delen er tenkt til å inneholde hospitering, kurs (nasjonale og internasjonale), samt fagspesifikke kurs. Den valgfrie delen skal inneholde bl. a. forskning, undervisning, referee, kurs, internundervisning, utarbeiding av prosedyrer. Spesialitetskomiteen har sammen med NGF satt ned en arbeidsgruppe som ledes av «vår» Yngvild Skåtun Hannestad. Arbeidet skulle ha blitt presentert for medlemmene på Årsmøtet i 2020. Forslaget til etterutdanning blir nå isteden lagt frem på det elektroniske årsmøtet. Forslaget legges på hjemmesiden så medlemmene i NGF får lest det på forhånd. Kom gjerne med innspill!

Årsmøtet Bodø 2019 - Utdanningsprisen og Forbildeprisen

Forbildeprisen deler vi i komiteen ut til kollegaer som har stilt spesielt mye opp for å lære opp LiS. Til tross for all kursing og systematisering av læring, består en betydelig del av spesialistutdanningen av mester-svenn læring, som er helt uvurderlig. Forbildeprisen 2019 ble tildelt Liv Ellingsen ved Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus. Hun er et forbilde for LiS på grunn av sitt faglige engasjement, sin alltid ydmyke og vennlige holdning og evige interesse for å lære seg nye ting. Stor stas!

Vi deler også hvert år ut Utdanningsprisen til den avdelingen som har vist seg å ha særlig fokus på utdanning av LiS. Viktigst av alt i år var at prisvinneren hadde bidratt til stadig bedre kvalitet på kursene, høy kvalitet i LiS utdanningen, lyttet til LiS og jobbet for at utdanning skal settes på agendaen. Det var en spesielt stor ære og glede for oss i spesialitetskomiteen å tildele utdanningsprisen 2019 til FUGO, som vi mente utmerket seg spesielt i 2019.

SAMSUNG

Ultrasound for Women's Health
Commitment to Life-Long Healthcare for Women



Inter-Medical – Oslo

Grini Næringspark 3

1361 Østerås, Norge

Telefon: [+47] 952 73 527

Email: post@inter-medical.com

Inter-Medical – Gjøvik

Baldersvei 3

2816 Gjøvik, Norge

Telefon: [+47] 406 17 940

Epost: nils@inter-medical.com

SAMSUNG

INTER-MEDICAL AS

OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON

GYNEKOLOGISK VEILEDER OM URININKONTINENS



Ønsker du å motta epost fra Astellas om våre produkter eller terapiområder samt faglige møter som er relevante for deg? Vennligst gi ditt samtykke til dette ved å scanne QR koden og fylle ut dine opplysninger.